

9 Droger

9.1 Inledning

De områden som följande kapitel handlar om är tobaksrökning samt missbruk av alkohol, narkotika och läkemedel. Följderna av rökning och alkoholmissbruk tillhör de verkligt stora folkhälsoproblemen. Narkotikamissbruk har däremot inte samma betydelse från folkhälsosynpunkt. Data tyder dock på att tillgången på narkotika aldrig varit så god som i dag, att fler yngre människor än tidigare testat narkotika och att färre etablerade missbrukare förmås att sluta med sitt missbruk.

Läkemedelsberoendet som folkhälsoproblem är inte tillräckligt undersökt. Klart är dock att förskrivningen ökar med stigande ålder och att kvinnor brukar lugnande medel i större utsträckning än vad män gör. Kortutbildade, arbetslösa och personer som lever under socioekonomiskt underprivilegierade förhållanden konsumerar också betydligt mer bensodiazepiner än andra.

De droger som följande kapitel behandlar har det gemensamt att de påverkar det centrala nervsystemet, vilket inte är något större problem om användningen är temporär och begränsad. Däremot ger tillvänjning och beroende upphov till betydande sociala och hälsomässiga problem. Positivt är att försäljningen av tobak för rökning har minskat under de senaste decennierna i befolkningen som helhet. Bland ungdomar har dock den nedgång som skedde fram till 1980-talets mitt bromsats upp. Noterbart är att rökningen i årskurs 9 är markant mer utbredd bland flickor än bland pojkar.

Under en följd av år har den registrerade alkoholförsäljningen per capita varit relativt konstant. Vissa data tyder dock på att den faktiska alkoholkonsumtionen har gått upp de senaste åren beroende på en ökning av den oregistrerade konsumtionen. Konsumtionen av alkohol bland ungdomar har också ökat något sedan början av 1990-talet.

De ohälsosfaktorer som behandlas i detta avsnitt, droger och drogmissbruk, har det gemensamt att effekterna av ett missbruk drabbar personer som lever under dåliga socioekonomiska förhållanden hårdare än de som lever under goda sociala förhållanden. Goda livsbetingelser

ger alltså visst skydd mot konsekvenserna av den ohälsa som drogmissbruk för med sig.

9.2 Tobak

9.2.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Inledning

Tobaksförsäljningen i Sverige finns redovisad sedan mitten av 1800-talet. I synnerhet under tobaksmonopolets tid (1915–1960) fanns en detaljerad försäljningsstatistik som torde ha givit en fullständig och tillförlitlig bild av tobakskonsumtionens utveckling. Därefter fortsatte Svenska Tobaks AB/Swedish Match att redovisa data över totalförsäljningens utveckling. Avregleringen av tobakshandeln, ökat resande, öppnare gränser m.m. har dock medfört att försäljningsstatistikens tillförlitlighet som mått på totalförbrukningen i landet i viss mån har minskat, särskilt under de allra senaste åren. Enkätundersökningar av befolkningens tobaksvanor har företagits av en rad olika myndigheter, institutioner, m.fl. Den första kända undersökningen gjordes år 1946. År 1963 genomfördes den hittills största kartläggningen av rökvanor m.m. Från år 1980 ingår frågor om rökvanor varje år i Statistiska Centralbyråns undersökningar om svenska folkets levnadsförhållanden.¹

Förekomst av tobaksbruk

I befolkningen

Under början av 1900-talet var snus den produkt som dominerade marknaden tillsammans med piptobak och i någon mån cigaretter/cigariller. Försäljningen av cigaretter låg fram till andra världskrigets slut varje år under 500 st per capita. Därefter skedde emellertid en kraftig ökning av cigarettförsäljningen, som endast till liten del skedde på andra varugrupperns bekostnad. En topp nåddes i mitten av 1970-talet då konsumtionen per capita (15 år och äldre) var över 1 800 cigaretter per år. Det kan i sammanhanget noteras att kvinnliga tobakskonsumenter så gott som uteslutande röker cigaretter, medan såväl pip- och cigarrökning som snusning förekommer bland män.

¹ *Drogutvecklingen i Sverige*. Rapport 99. Folkhälsoinstitutet, Centralförbundet för alkoholo- och narkotikaupplysning. Rapport nr 8.

Under de två senaste decennierna har försäljningen av tobak för rökning minskat långsamt. Försäljningen av cigarrer/cigariller resp. pip- och rulltobak har i ett längre perspektiv varit i stort sett oförändrad eller minskat. Försäljningskurvan för cigaretter, räknat i vikt, påverkas marginellt av att cigaretterna genomsnittligt har blivit lättare, och försäljningen av cigaretter har minskat kraftigt även räknat i stycken. Även i förhållande till befolkningsutvecklingen ser man en markant minskning av försäljningen av tobak för rökning.

Försäljningen av snus kom efter andra världskriget att minska kraftigt från över 4 000 ton år 1939 och ca 3 500 ton år 1945 till en lägsta nivå år 1968, då endast 2 375 ton snus såldes. Inom Svenska Tobaks AB, som då (liksom Swedish Match i dag) ensamt dominerade den svenska snusmarknaden, fördes diskussioner om huruvida snusandet var på väg att försvinna helt och produktionen kunde läggas ner. Företaget beslöt dock att i stället satsa på att popularisera snuset och startade den första stora reklamkampanjen för snus i sin historia, med nya märken och förpackningar samt med en omfattande annonsering och affischering. Sedan dess har försäljningen av snus ökat stadigt. År 1998 såldes 5 349 ton snus. Försäljningen av tuggtobak är däremot mycket liten (14 ton år 1998) och har minskat stadigt under de senaste decennierna.

Män och kvinnor

Redan för ett halvsekel sedan var rökningen mycket utbredd bland män. I den första kända rökaneundersökningen år 1946 var det 50 procent av männen men endast 9 procent av kvinnorna som rökte regelbundet. I den stora rökaneundersökning som SCB genomförde år 1963 var andelen dagligrökare bland vuxna män i stort sett densamma (49%), medan andelen rökare bland kvinnorna hade ökat till 23 procent. Bland männen hade det sannolikt, som tidigare påpekats, skett en övergång från pip- och cigarrökning till cigarettökning, i synnerhet bland de yngre.

År 1963 var rökningen allra mest utbredd i de yngsta åldersgrupperna, vilket var särskilt märkbart bland kvinnor. En prognos då skulle ha pekat på en "automatisk", dramatisk ökning av andelen rökare i befolkningen, till följd av att äldre generationer med låga andelar rökare successivt skulle ha ersatts av nya generationer där rökningen var mer utbredd.

Utvecklingen blev dock mer gynnsam än man kunnat förvänta. Visserligen fortsatte rökningen att öka bland kvinnor, sannolikt till slutet av 1970-talet, men bland männen kunde en minskning skönjas redan i början av 1970-talet. År 1977 hade andelen dagligrökare enligt SCB

minskat till 41 procent bland vuxna män (16–74 år) men ökat till 32 procent bland kvinnor. I den yngsta åldersgruppen (16–24 år) var mönstret ännu tydligare: andelen dagligrökare hade här minskat till 35 procent bland männen men ökat till 47 procent bland kvinnorna.

Från 1980-talet och framåt kan dock en tydlig minskning ses bland både män och kvinnor. Andelen dagligrökare under åren 1980–1998 framgår av tabell 9.1.

Tabell 9.1. Andel (%) dagligrökare bland vuxna (16–84 år) under åren 1980–1998.

Dagligrökare 1980–98		
	Män	Kvinnor
1980	36	29
1981	34	27
1982	34	28
1983	32	26
1984	33	28
1985	30	27
1986	29	27
1987	29	26
1988	28	26
1989	25	26
1990	26	26
1991	26	24
1992	25	27
1993	23	23
1994	22	24
1995	22	24
1996	21	23
1997	17	22
1998	17	22

Källa: SCB.

Minskningen har varit mer påtaglig bland män än bland kvinnor, vilket lett till att rökningen nu är mer utbredd bland kvinnor än bland män. Detta är mycket ovanligt i ett internationellt perspektiv. Minskningen har skett i alla grupper, men den har genomgående varit störst i de yngsta grupperna. Den befarade utvecklingen år 1963 har alltså förbytts i sin motsats: de nya generationerna röker genomsnittligt mindre än de äldre. Andelen dagligrökare efter kön och ålder år 1998 framgår av tabell 9.2

Tabell 9.2. Andel (%) dagligrökare bland vuxna (16–84 år) efter ålder och kön år 1998.

	Dagligrökare 1998	
	Män	Kvinnor
16–24	15	22
25–44	15	24
45–64	24	29
65–74	13	16
75–84	10	8

Källa: SCB

Barn och ungdom

De första undersökningarna om skolungdomars rökvanor gjordes i början av 1970-talet. Av eleverna i grundskolans årskurs 9 år 1971 var det 41 procent av pojkarna och 47 procent av flickorna som svarade ja på frågan ”Röker du?”. Under hela 1970-talet och början av 1980-talet minskade sedan rökningen bland skolungdomarna.

Bland ungdomar är tobaksvanorna inte lika tydligt befästa som bland vuxna. Många ungdomar ”har prövat” eller ”röker ibland”, och det kan diskuteras hur dessa data skall tolkas. I ett hälsoperspektiv står det dagliga tobaksbruket i fokus, men de verkligt allvarliga hälsoskadorna – fränsett själva beroendet – uppstår vanligen inte förrän efter flera års tobaksbruk. Intresset koncentreras därför till frågan hur prognosen ser ut för t.ex. de elever som ”bara prövat”. Är de på väg in i ett regelbundet bruk eller skall de snarare betraktas som f.d. rökare? Ju yngre ungdomarna är, desto svårare blir det att bedöma innebörden i svaren.

Mot denna bakgrund ter det sig naturligt att i första hand redovisa det regelbundna tobaksbruket bland ungdomar. Det är här man ser hur stor del av en ungdomskull som sannolikt har förutsättningar att bli dagligrökare även i vuxen ålder och därmed kommer att utsättas för hälsoriskerna. En sammanställning av denna utveckling bland 16-åringarna under åren 1983–1998 framgår av tabell 9.3.

Tabell 9.3. Andel (%) som röker varje dag eller nästan varje dag bland ungdomar i grundskolans årskurs 9 under åren 1983–1998.

	Daglig/nästan dagligrökare, 16-åringar	
	Pojkar	Flickor
1983	11	18
1985	11	14
1987	10	15
1989	12	17
1991	13	18
1993	14	18
1995	13	17
1996	12	17
1997	12	16
1998	11	14

Källa: CAN.

Den nedgång som skedde fram till 1980-talets mitt har uppenbarligen bromsats upp därefter. Även om skillnaderna mellan enskilda år är små, förefaller det regelbundna rökandet ha ökat bland ungdomar i slutet av 1980-talet och något år in på 1990-talet. Det är svårt att avgöra om det verkligen skett någon nämnvärd minskning under 1990-talet. Om man i stället ser på den andel som inte röker alls, har denna mellan åren 1991 och 1997 heller inte ändrats nämnvärt bland vare sig pojkar (80 procent år 1991 mot 82 procent år 1997) eller flickor (71 procent år 1991 mot 74 procent år 1997).

Samma mönster över tid återfinns när det gäller rökningen bland elever i årskurs 6 (dvs. 13-åringar). Här är andelen som "röker" mindre och det är inte meningsfullt att skilja mellan olika intensitet i bruket. Även i årskurs 6 är andelen rökare låg vid mitten av 1980-talet, ökar vid slutet av 1980-talet men planar sedan ut på en lägre nivå under 1990-talet. År 1997 var det 4 procent av pojkarna och 3 procent av flickorna i årskurs 6 som uppgav sig vara rökare.

Rökningen är i årskurs 9 (men inte i årskurs 6) markant mer utbredd bland flickor än bland pojkar. Detta mönster fanns redan år 1971 och torde främst förklaras av att 16-åriga flickor genomsnittligt är "äldre" i biologiskt och socialt avseende än jämnåriga pojkar. (Att pojkar i denna ålder röker mer än flickorna i länder i Syd- och Östeuropa, Asien etc. torde förklaras av att rökning bland kvinnor där är tabubelagd på ett sätt som inte längre är fallet i länder som Sverige). Det är däremot osäkert huruvida snus användningen bland pojkar bidrar till att rökningen är

mindre utbredd bland dem än bland flickorna. Det finns heller inga entydiga skillnader i dagskonsumtion mellan rökande pojkar och flickor.

Den andel som snusar har minskat bland pojkarna i årskurs 9, och det går inte att urskilja någon ökad snusning bland flickorna. Bland pojkarna finns ett visst "blandbruk", dvs. att man både röker och snusar.

Socioekonomiska och etniska grupper

Rökningen har inte minskat lika mycket i alla grupper. För ett halvsekel sedan var rökningen allra mest utbredd bland de välsituerade grupperna, och särskilt bland kvinnor var detta tydligt: arbetarklassens kvinnor rökte knappast alls på 1940-talet. Numera framträder ett helt annorlunda socioekonomiskt mönster för rökningens utbredning i befolkningen. Rökningen har minskat mest i socialt och ekonomiskt gynnade grupper, medan den förblivit utbredd i mindre gynnade grupper.

SCB publicerade nyligen en 20-årsuppföljning av ULF-studierna där man bl.a. kunde ge en mer detaljerad bild av detta genom att slå samman rökvanedata för åren 1992–95.² Några exempel på stora skillnader är följande.

Andelen dagligrökare i befolkningen i åldern 16–84 år var för de valda åren 23 procent bland män och 24 procent bland kvinnor. Det fanns dock stora socioekonomiska skillnader i rökvanor (samtliga siffror nedan är åldersstandardiserade).

Bland dem som enligt SCB definieras som "utbildningsfattiga"³ rökte 36 procent av männen och 43 procent av kvinnorna. I gruppen "minst tre års högskola" var motsvarande siffror 14 procent resp. 13 procent. Bland s.k. "ej facklärd arbetare"⁴ rökte 30 procent av männen och 33 procent av kvinnorna, mot 17 procent resp 15 procent i kategorin "högre tjänstemän".

Bland heltidsarbetande rökte 21 procent av männen och 28 procent av kvinnorna, jämfört med 38 procent för män och 38 procent för kvinnor i gruppen "långvarigt arbetslösa". Bland LO-medlemmar rökte 26 procent av männen och 33 procent av kvinnorna, jämfört med 13 procent resp 12 procent bland SACO-medlemmar.

² Statistiska Centralbyrån (SCB). *Välfärd och ojämlikhet i ett 20-årsperspektiv*. SCB-rapport nr 91, Stockholm 1997.

³ Personer vars högsta formella utbildning är folkskola eller grundskola och som innehar yrken med de lägsta utbildningskraven.

⁴ Yrken där det normala kravet på utbildning efter grundskola är mindre än två år.

Bland sammanboende småbarnsföräldrar rökte 23 procent av både män och kvinnor, mot 51 procent bland ensamstående småbarnsmödrar.

Bland dem som var födda utanför Europa rökte 38 procent av männen och 19 procent av kvinnorna, jämfört med 22 procent resp. 25 procent bland infödda vars båda föräldrar var födda i Sverige. I kategorin "högre tjänstemän i privata näringslivet" rökte 16 procent av männen och 20 procent av kvinnorna, vilket kan jämföras med 56 procent av männen och 45 procent av kvinnorna som "tillhör socialbidragshushåll".

Sammantaget framträder nu en helt annan bild än vid 1900-talets mitt: i dag är "överklassen" rökfri medan "underklassen" röker.

Regionala skillnader

Rökvanorna skiljer sig åt i olika delar av landet.⁵ Genomgående är rökningen mest utbredd i storstäderna. Andelen dagligrökare bland vuxna män år 1997 är t.ex. 20 procent i Stockholm, Göteborg och Malmö, mot 14 procent i södra mellanbygden och 16 procent i övriga landet.

Bland kvinnor är bilden mer splittrad: andelen dagligrökare är högst (26 procent) i Stockholm, men ligger högre i norra tätbygden (25 procent) än i Göteborg och Malmö (21 procent). Även bland kvinnorna är andelen dagligrökare lägst (19 procent) i södra mellanbygden.

Effekter för individ och samhälle

Hälsoskador av tobaksbruket drabbar främst individen men har också betydelse för samhället i form av produktionsbortfall på grund av sjuklighet och död i aktiva åldrar, sjukvårdskostnader etc.

Rökningen medför medicinska snarare än sociala skadeverkningar. Tobaken har effekt på i stort sett alla organsystem. Sambandet mellan rökning och ohälsa har sedan början av 1960-talet dokumenterats i ett mycket stort antal vetenskapliga rapporter över hela världen. Över 70 000 vetenskapliga undersökningar har publicerats om rökningens hälsorisker. Vetenskapen står här på säker grund.⁶

År 1994 publicerades t.ex. data från 40 års uppföljning av rökvanor och rökningens betingade dödlighet bland brittiska läkare. Resultaten visade att varannan rökare dör av sin rökning. Varannan av dessa – dvs. totalt var fjärde rökare – dör i medelåldern (35 – 69 år) och förlorar i

⁵ Statistiska Centralbyrån (SCB). Undersökningen om svenska folkets levnadsförhållanden (ULF), 1997.

⁶ Folkhälsoinstitutet. *Längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention*. Folkhälsoinstitutet i samarbete med SBU, Stockholm 1997.

genomsnitt 22 år av sitt liv. Tjugofyra olika dödsorsaker hade ett klart samband med rökning. Skademönstret domineras av hjärt- och kärlsjukdomar samt flera former av cancer, främst lungcancer.

WHO har utvecklat en metod att utifrån nationell dödsorsaksstatistik beräkna antalet rökningssrelaterade dödsfall i ett land.⁷ Enkelt uttryckt innebär metoden att man använder lungcancerdödligheten i ett land som mått på hur länge och hur mycket man rökt i landet. Utifrån detta mått beräknar man den rökningssrelaterade dödligheten i övrigt med utgångspunkt från data i stora epidemiologiska studier från Storbritannien och USA. Metoden innebär sannolikt en underskattning av antalet, men det har ändå intresse att se på utvecklingen i Sverige enligt dessa beräkningar. De framgår av tabell 9.4

Tabell 9.4. Antalet rökningssrelaterade dödsfall per år i Sverige under perioden 1955–1995.

Rökdödsfall		
	Män	Kvinnor
1955	1 500	100
1965	3 000	100
1975	5 500	900
1985	5 900	1 200
1990	5 300	2 000
1995	5 100	2 800

Källa: WHO.

Sammanlagt bedöms rökningen för närvarande kräva 8 000 liv per år i Sverige. Trots att beräkningarna inte baserats på rökvaner eller försäljningsstatistik utan på dödsorsaksstatistik, sammanfaller mönstret med den utveckling man kan förvänta utifrån tobaksstatistiken. Bland män nådde rökningsskadorna tidigt en hög nivå men har nu börjat minska. Bland kvinnor uppträdde skadorna senare och någon minskning kan ännu inte ses.

Cigarettökning är en viktig orsak till hjärt- och kärlsjukdomar bland såväl män som kvinnor. Cigarettökningen påskyndar åderförkalkningsprocessen i kroppens ådror vilket gör att skador kan påvisas i alla organsystem, inte bara i hjärta, hjärna eller benens stora ådror.

⁷ Peto R et al. *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000*. WHO and Imperial Cancer Research Fund. Oxford University Press, Oxford 1994.

Skadeeffekten är proportionell mot mängden rökt tobak. Den individuella risken är mycket hög bland personer som röker mer än ett paket cigaretter per dag, men det största antalet dödsfall återfinns i de grupper som röker relativt måttligt. Det beror på att måttlighetsrökarna är betydligt fler än storrökarna. Risken för hjärtinfarkt bland kvinnor som använder p-piller är flera gånger högre hos storrökande kvinnor än hos icke-rökare. Redan rökning av 1–5 cigaretter per dag fördubblar risken för hjärtinfarkt hos kvinnor.

De flesta rökare får någon form av besvär i luftvägarna. En vanlig sjukdom är den kroniska luftrörskatarren med hosta och slembildning. Var femte rökare drabbas dock av en allvarligare form som benämns kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) med långsamt tilltagande andfåddhet på grund av sammandragning av luftrören och förstöring av lungvävnaden (emfysem).

Lungcancer är i dag den vanligaste orsaken till cancerdödsfall i världen. Dess omfattning ökar internationellt på grund av den stora ökningen av antalet människor som röker. Tobaksrökning orsakar de flesta fallen av lungcancer. I befolkningar där det är vanligt med rökning svarar den för 80–90 procent av sjukdomen.

Tobaksrökning är vidare en viktig orsak till cancer i läpp, munhåla, svalg, struphuvud, matstrupe, magsäck, bukspottskörtel, njurbäcken, urinblåsa och penis samt en riskfaktor för cancer i livmoderhalsen.

Tandlossning, rynkig hud, vissa former av syn- och hörselnedsättning, ryggbesvär och impotens är exempel på tillstånd som kan uppkomma till följd av de ovan nämnda effekterna på blodkärlen. Av samma anledning försämras näringstillförseln till fostret genom moderkakan om modern röker under graviditeten. Risken för ofruktbarhet, missfall och plötslig spädbarnsdöd är förhöjd. Nyare studier talar för att moderns rökning under graviditet påverkar utvecklingen av allergi och senare kärlsjukdom hos barnet. Kvinnor som röker kommer in i klimakteriet ett till två år tidigare än kvinnor som inte röker. Rökande kvinnor löper också en större risk att drabbas av benskörhet.

Nikotinet är enligt WHO:s kriterier en beroendeframkallande drog och har en hög beroendeframkallande potential (ungefär som kokain). De farmakologiska effekterna av nikotinet i tobaken är helt avgörande för både drivkraften att fortsätta använda tobak och för svårigheterna att sluta. En mycket stor del av dem som regelbundet använder tobak, är också nikotinberoende.

Med hänsyn till att det mesta av cigaretröken inte går till rökaren själv utan till omgivningen, är det inte överraskande att finna samma sorters skador hos dem som exponeras för den s.k. miljötobaksröken som hos rökaren själv. Risken avgörs av koncentrationen av rök i luften och exponeringens längd. Flera studier har visat att icke-rökare som

sammanbor med rökare löper en förhöjd risk (20–25 procent) att insjukna i hjärt- och kärlsjukdom eller lungcancer.

Det finns ett tydligt samband mellan överkänslighetsbesvär och rökning, liksom man kan se ett samband mellan rökning och utveckling av allergi. Föräldrars rökning anses orsaka åtminstone vart fjärde fall av astma hos barn. Barn till rökare har också oftare inflammation i mellanörat än barn till rökfria föräldrar.

Tobaksskadornas utveckling följer förändringarna i konsumtionsmönstret med ett par årtiondens latenstid. Man kan således förvänta att tobaksskadorna i framtiden fortsätter att minska bland män, i synnerhet i mer gynnade socio-ekonomiska grupper. En ökning av skadorna kan däremot förväntas bland kvinnor och i de socio-ekonomiska och etniska grupper där rökningen i dag fortsätter att vara mycket utbredd.

9.2.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

Människors tobaksbruk bestäms av olika bakomliggande faktorer som delvis är påverkbara. I ett historiskt perspektiv kan man notera att den nutida rökningsepidemin i många länder följer ett mönster. Under 1900-talet introducerades cigarettökningen bland männen och togs först upp av de yngre männen. Rökningen vann främst utbredning bland samhällets mer välsituerade grupper och nådde först senare männen i övriga samhällsklasser.

Vid seklets mitt började rökningen också vinna insteg bland kvinnor och även bland dem sågs samma sociala mönster. De unga kvinnorna började röka, främst bland de välsituerade grupperna. Vid mitten av 1940-talet rökte, som framgått, mindre än 10 procent av de vuxna svenska kvinnorna. Rökningen var då mest utbredd bland de välsituerade, bland yrkesverksamma, självständiga kvinnor med längre utbildning och "egen" inkomst.

Bland arbetarklassens kvinnor var rökningen sällsynt. Under 1950- och 1960-talen ökade dock rökningen kraftigt bland unga kvinnor i alla samhällsklasser.

Samma mönster kan skönjas i den minskning av rökningen som tog sin början under 1970-talet. Först började rökningen minska bland männen, med början bland de yngre i de välsituerade grupperna. Från 1980-talet har rökningen även börjat minska bland kvinnorna, även här först bland de mer välsituerade. En ögonblicksbild vid 1990-talets mitt visar således att rökningen är mer utbredd bland kvinnor än bland män,

och mer utbredd bland grupper med kortare utbildning, lägre inkomst, etc. än bland mer gynnade grupper.

Man vet i dag att tobaksdebuten mestadels inte sker till följd av något välinformerat "personligt val" vid ett välavgränsat beslutstillfälle. Istället sker debuten gradvis under en för individen svåröverskådlig process i flera faser. Så gott som alla ungdomar prövar på att röka, "experimentrökning", ofta redan före tonåren. Det är oftast en grupaktivitet förknippad med nyfikenhet, spänning och lust att pröva något nytt, "vuxet" och "förbjudet". Endast en mindre del av ungdomarna går dock vidare till nästa fas, då ett regelbundet tobaksbruk befasts. Här blir rökning gradvis en alltmer alldaglig och "naturlig" handling som följer omgivningens beteende. Man röker för att demonstrera samhörighet med gruppen, för att demonstrera mognad och oberoende av auktoriteter etc. Förvånansvärt snabbt uppstår en vanebildning med ett fysiologiskt beroende av nikotin.

De faktorer som inverkar på etableringen av tobaksbruk är främst av psykologisk och social natur. Det handlar om självförtroende och självständighet gentemot kamrattryck, om attityder till hälsa och livsstil. Det handlar också om föräldrars, kamraters och andra förebilders vanor, kunskap (eller brist på kunskap) om tobakens hälsorisker, den allmänna bilden av rökning och rökare liksom om sociala för- eller nackdelar av tobaksbruk. Även tobaksvarornas tillgänglighet (inkl. pris) är avgörande. De faktorer som främjar tobaksdebut förefaller främst vara verksamma under tonåren. Åtta av tio vuxna rökare har börjat röka före myndig ålder och rökdebut efter 20-årsåldern är en sällsynthet.

Att ett etablerat tobaksbruk sedan vidmakthålls, oftast i decennier eller under hela livet, förklaras till övervägande delen av beroendeskabet. Nikotinet är en beroendeframkallande drog och har en hög beroendeskapande potential (ungefär som kokain). De farmakologiska effekterna av nikotin är helt avgörande för både drivkraften att fortsätta använda tobak och för svårigheterna att sluta. Ungefär åtta av tio rökare beräknas vara nikotinberoende.

Även att avbryta tobaksbruket sker under en process med flera olika stadier av förändring. Här spelar en rad faktorer in, delvis olika för de olika stadierna i förändringen. Graden av beroendeskabet, omgivningens tobaksvanor och -regler, (ny) kunskap om hälsorisker liksom sociala för- eller nackdelar av tobaksbruk och tobakens tillgänglighet och pris har betydelse. I en fas av förändringen kan rökstopp utlösas av faktorer som t.ex. råd att sluta (från läkare, anhöriga m.fl.), självupplevda hälsoskador, prishöjningar eller begränsningar av rökningen på exempelvis arbetsplatsen.

Påverkansmöjligheter

De olika faktorer som inverkar på olika faser i tobaksbrukets uppkomst, vidmakthållande och avbrytande, är till stor del möjliga att påverka genom samhälleliga åtgärder. I en teoretisk modell kan rökningens utbredning i ett samhälle ses som ett samlat resultat av varje individs beslut och handlingar.⁸ Bestämningsprocesserna kan i mycket hög grad variera från en individ till en annan till följd av exempelvis arv, personlighet, social miljö, personliga preferenser, ekonomiska resurser, relevanta kunskaper och attityder osv. Sådana variabler kan med psykologins språkbruk definieras som "proximala" variabler då de ligger nära den enskilde och de val denne gör. En del av dessa variabler kan ses som en avspeglning av karakteristika hos andra, "distala" variabler, dvs. faktorer som ligger längre ifrån den enskilde individen och beskriver egenskaper hos samhällets makrostruktur. De distala variablerna utgör den beslutanderam inom vilken individen agerar.

När tobaksvanorna i samhället förändras (på makronivå) söker man ofta förklaringen till detta i förändringar hos andra makrovariabler som kan ha betydelse för individens förändringar av sitt tobaksbruk. Exempel på sådana faktorer är exempelvis ökad genomsnittlig köpkraft hos ungdomsgrupperna, det nutida slanka skönhetsidealet eller andra trender eller synsätt som kopplar samman rökningen med bilden av en modern människa.

Många av de faktorer som utgör den samhälleliga beslutanderamen för individens handlande, ligger utanför samhällsapparatus kontroll. De faktorer vars effekter är kända och som samhället kan styra, kan samlas i några huvudgrupper: lagstiftning och andra regleringsåtgärder, prispolitik, informationsinsatser (hälsoundervisning i skolan, hälsoupplysning etc.) samt behandlingsåtgärder (tillgång till rökslutarstöd, nikotinersättningsterapi m.m.). Om effekten i form av minskad rökning uteblir, innebär detta att samhällsapparatus insatser varit för svaga i relation till förändringar av andra makrovariabler som främjat ökad rökning.

Samhällsåtgärderna tar sikte på att dels undanröja eller motverka faktorer som riskerar att främja tobaksbruk, dels skapa eller förstärka faktorer som motverkar tobaksbruk.

⁸ Kraft P, Svendsen T. Roykevaner og bruk av snus i Norge 1973–95. Har nedgangen stoppet? *Tidsskr Nor Laegeforen* nr 5, 1996:629–34.

Lagstiftning och annan reglering

Rökfria miljöer. Omgivningens tobaksvanor och inställning till rökning är, som framgått ovan, en faktor som inverkar på såväl tobaksdebut som benägenheten att sluta med tobak. Lagstiftning för att göra gemensamhetslokaler rökfria bidrar således inte enbart till att skydda mot ofrivillig exponering för miljötobaksrök utan kan också bidra till minskad rökning i allmänhet.

Varningstexter och innehållsdeklaration på tobaksförpackningar. Lagregler om märkning av tobaksförpackningar är en åtgärd som tillämpats länge (i Sverige sedan år 1977) och har närmast karaktären av en informationsinsats. När varningstexterna infördes kunde man i undersökningar konstatera att de bidrog till att öka rökarnas kunskaper om tobakens hälsorisker och hade samband med att rökningen minskade i slutet av 1970-talet. Numera torde effekterna av märkningen i länder som Sverige vara mer blygsamma.

Reklamförbud. Den kommersiella tobaksreklamen påverkar den allmänna bilden av tobaksbruket och uppmuntrar föreställningar om sociala fördelar med tobaksbruk. Följaktligen är det angeläget för samhället att så långt möjligt eliminera reklamen. I Sverige infördes kraftiga begränsningar mot tobaksreklamen redan i mitten av 1970-talet. Reglerna har sedan skärpts successivt.

Förbud mot försäljning till minderåriga. Ett sätt att minska tobaksvarornas tillgänglighet för barn och ungdom är att förbjuda försäljning till minderåriga. Den svenska tobakslagen innehåller numera ett förbud mot att sälja eller i näringsverksamhet överlåta tobaksvaror till personer under 18 år.

Produktkontroll. Tobakslagen ger möjlighet att utfärda gränsvärden för skadliga ämnen i tobaksrök. För närvarande gäller – till följd av EU-direktiv – ett förbud mot att sälja cigaretter som ger mer än 12 mg tjära. Dessutom får regeringen, om det finns särskilda hälsoskäl, förbjuda tillverkning eller import av vissa slag av tobaksvaror.

Priset. Priset på tobaksvaror har en väl dokumenterad effekt på konsumtionen. För cigaretter bedöms den s.k. priselasticiteten vara ungefär 0,4 i länder som Sverige, vilket innebär att om det reala cigarettpriset höjs med en procent, så minskar konsumtionen med 0,4 procent. Det är framför allt rökarnas dagskonsumtion som minskar medan effekten inte är lika tydlig vad gäller antalet personer som helt slutar röka. En del av konsumtionen kan också styras över till andra tobaksprodukter, exempelvis till obeskattade eller lågt beskattade cigaretter (genom gränshandel, resandeförsel eller smuggling) eller till billigare produkter som handrullade cigaretter eller snus. Ett högt pris har dock särskilt en av-

hållande effekt på tobaksdebuter bland ungdomar. Samhället har – genom beskattningen – stora möjligheter att kontrollera tobakspriserna.

Informationsinsatser

Den grundläggande strategin i Sverige går ut på att få till stånd en integrerad, lokalt förankrad och kontinuerlig verksamhet i olika samhällssektorer. Alla de nyckelgrupper, vidareförmedlare och kommunikatörer som har skäl och möjlighet att integrera tobaksupplysning i sitt dagliga arbete skall också få kunskaper, motivation och goda arbetsverktyg för att kunna göra detta. Det gäller lärare, hälso- och sjukvårdspersonal, ungdoms- och fritidsledare, journalister, personer som är aktiva inom fritids- och föreningslivet m.fl.

Med hänsyn till de ökande sociala skillnaderna i tobaksbruket blir det allt viktigare att nå de grupper och subkulturer som skolan (och den offentliga sektorn i allmänhet) har svårare att nå. Informationsverksamheten kan behöva ske via okonventionella kanaler och media utanför den offentliga sektorn, t.ex. i tidningar som främst läses av ungdomar.

Sedan år 1964 avsätts regelbundet statliga medel för information om tobakens skadeverkningar. Numera kanaliseras dessa medel via Folkhälsoinstitutet. Huvuddelen av informationsarbetet utförs dock inom hälso- och sjukvården, skolväsendet, olika organisationer m.m. Informations- och utbildningsinsatser tillmäts allmänt stor vikt. Det är sannolikt att informationsverksamheten spelat en stor roll för att minska rökningen i Sverige sedan 1970-talet, även om effekterna är svåra att mäta.

Innehållet i informationsverksamhet måste också anpassas bättre till olika gruppers behov. När det gäller barn och ungdomar krävs information (förutom om tobakens hälsorisker inkl. beroendeskop) om tobak ur samhälls- och miljöperspektiv samt tobaksdebutens mekanismer (inkl. aktivt arbete med attityder och värderingar, färdighetsträning i att stå emot grupstryck och fatta självständiga beslut). När det gäller vuxna gäller innehållet såväl tobakens hälsorisker som tobaksfrågor i ett vidare samhälls- och miljöperspektiv. För dem som nått en beredskap att avbryta sitt tobaksbruk behövs också information om hur man går till väga, vad som händer när man slutar, abstinenssymtom och ”motmedel”, praktiska råd m.m.

En svaghet med informationsverksamhet är att den är kostnadskrävande. En annan svaghet är att informationsinsatser främst når och påverkar de grupper i samhället som är tränade att ta emot och värdera information och som har stort utrymme att själva forma sin livssituation. En kraftig informationssatsning som inte åtföljs av andra sam-

hällsstrukturella åtgärder, tenderar således att leda till ökade klyftor mellan samhällsklasser och förstärka ojämlikheten i hälsa, åtminstone på kort sikt.

Behandlingsinsatser

En annan viktig uppgift i samhällets tobakspolitik är självfallet att se till att rökslutarstöd finns lätt tillgängligt inom t.ex. företagshälsovården och primärvården. På senare år har en rad olika rökavvänjningsmedel, utformade enligt principen om nikotinsubstitution, lanserats kommersiellt. Dessa produkter, liksom reklamen för dem, är ett viktigt led i arbetet med att underlätta för dem som vill sluta med tobak. Samtidigt gäller fortfarande att flertalet av de många som slutat med tobak under de senaste decennierna, har lyckats med detta på egen hand, utan stöd av särskild rökavvänjningsbehandling eller nikotinterapi.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Kunskapen om olika påverkansmöjligheter och metoder behöver utvecklas, liksom kunskaperna om tobaksbruk och dess bestämningsfaktorer i olika grupper, t.ex. i ett etniskt perspektiv eller genusperspektiv. För att förbättra arbetsmetoderna inom olika sektorers verksamhet och utveckla erfarenheterna från olika regionala och lokala insatser krävs en systematisk satsning på metodutveckling och försöksverksamhet. Det handlar om åtgärdsinriktad tobaksforskning, i första hand av beteendevetenskaplig natur. Socialstyrelsen publicerade redan för något årtionde sedan ett förslag till forskningsplan för beteendevetenskaplig tobaksforskning.⁹ Den har dock endast delvis genomförts. Denna forskningsplan behöver uppdateras och genomföras som ett led i att utveckla det nationella tobaksarbetet.

⁹ Socialstyrelsen. Beteendevetenskaplig forskningsplan om tobak – ett regeringsuppdrag. PM 101/85. Stockholm 1985.

9.2.3 Befintliga mål och strategier

Befintliga strategier och aktörer

Några officiella mål för arbetet mot tobak har hittills inte slagits fast i Sverige. Indirekt kan man dock – utifrån bl.a. innehållet i den svenska tobakslagen – konstatera att huvudsyftena med insatserna mot tobaksbruket har varit att barn och ungdomar inte skall börja använda tobak, att så många som möjligt skall sluta använda tobak samt att alla skall skyddas mot att ofrivilligt utsättas för tobaksrök i miljön.

Det svenska arbetet mot tobaken kan sägas ha tagit sin början år 1963, då staten för första gången anslog särskilda medel för information om tobakens skadeverkningar. En nationell tobakspolitik har där- efter utvecklats. Arbetet mot tobak kan sägas vila på fyra grundpelare:

- information och utbildning om tobak som skall vara ett reguljärt inslag i många verksamheter, t.ex. inom skolväsendet och hälso- och sjukvården,
- rökavvänjning och rökslutarhjälp som ges genom hälso- och sjukvårdens försorg, men också genom tillgång till information och läkemedel för rökavvänjning på apoteken,
- opinionsbildning till stöd för en aktiv tobakspolitik, t.ex. för rökfria miljöer,
- lagstiftning om rökfria miljöer, reklamförbud, åldersgräns för tobaksinköp m.m.

På 1970-talet infördes långtgående restriktioner för tobaksreklamen och obligatoriska varningstexter på tobaksförpackningar. Under 1980-talet gjordes alltfler offentliga miljöer rökfria. År 1983 publicerade Arbetskyddsstyrelsen och Socialstyrelsen gemensamt allmänna råd om rökfri miljö i gemensamhetslokaler. År 1988 blev Västernorrland det första rökfria landstinget. Under 1990-talet etablerades en allsidig tobakspolitik bl.a. genom införandet av tobakslagen år 1993. Lagen har därefter skärpts vid två tillfällen. I dag deltar en rad myndigheter och organisationer i arbetet för ett minskat tobaksbruk. Folkhälsoinstitutet har ett samordningsansvar för det nationella arbetet mot tobaken.

Uppnådda effekter

Rökningen började, som framgått ovan, minska bland ungdomar och vuxna män från början av 1970-talet och bland vuxna kvinnor från slutet av 1970-talet. Några decennier senare sågs också en minskning av den rökingsrelaterade sjuk- och dödligheten bland män, främst i form av

minskad förekomst av hjärt- och kärlsjukdomar och lungcancer. Bland kvinnor fortsätter rökningsskadorna, t.ex. förekomsten av lungcancer, ännu att öka.

Framgångarna ter sig anmärkningsvärda i ett internationellt perspektiv. Bl.a. har andelen dagligrökare bland vuxna män mer än halverats på drygt 30 år. Trots detta är rökningen fortfarande en av de enskilt viktigaste orsakerna till sjukdom och för tidig död. Skillnaderna i rökvanor mellan olika befolkningsgrupper är avsevärda. Tobaksbruket är därmed en viktig orsak till ojämlikhet i hälsa.

Utvecklingen mot ett minskat tobaksbruk är inte automatisk och bakslag kan inte uteslutas. Någon tydlig minskning av rökningen bland ungdomar kan inte konstateras under 1990-talet. En fortsatt förstärkning av den svenska tobakspolitiken är därför nödvändig.

På regeringens uppdrag utarbetade Folkhälsoinstitutet under år 1998 ett underlag till en nationell handlingsplan mot tobak.¹⁰ Handlingsplanen överlämnades i januari år 1999 till regeringen och sändes därefter ut på remiss. Remissbehandlingen avslutades i början av hösten år 1999 och regeringen beslöt i samband därmed att en del av förslagen i handlingsplanen skulle överlämnas till Nationella Folkhälsokommittén, medan andra förslag fortsatt bereds inom regeringskansliet. De mål och strategier som förordas nedan överensstämmer i stort sett med inriktningen i Folkhälsoinstitutets handlingsplan.

¹⁰ Folkhälsoinstitutet. *Underlag till Nationell handlingsplan mot tobak*. F-serie nr 4, Stockholm 1999.

9.2.4 Mål och strategier

Mål

1. Tobakskonsumtionen skall minska

- Från år 2005 skall alla nyfödda få en rökfri livsstart.
- År 2010 skall ingen vare sig röka eller snusa före 18 års ålder.
- År 2010 skall minst 90 procent av den vuxna befolkningen vara helt rökfri.
- Bruket av tobak skall minska mest hos de grupper som har högst konsumtion.
- Bruket av snus skall inte öka.

2. Ingen skall utan eget val utsättas för tobaksrök i sin omgivning

- Restauranger skall i princip vara rökfria.

3. Licensiering skall införas för detaljhandel med tobak

4. Tillgången till rökslutarstöd skall öka

Inledande synpunkter

Det yttersta målet för arbetet mot tobaken är att så långt möjligt eliminera den tobaksorsakade sjukligheten och dödligheten. Men det är inte realistiskt att föreställa sig att detta kan uppnås genom att hälso- och sjukvården blir bättre på att behandla och bota de tobaksorsakade sjukdomarna. Snarare bör man sträva efter att tobaksbruket som sådant upphör, bl.a. genom olika förebyggande insatser.

Det mest effektiva sättet att inom överskådlig tid minska den tobaksorsakade ohälsan, är att de som i dag röker slutar med detta. De allra flesta av dem som kommer att insjukna och dö på grund av tobaken inom de närmaste årtiondena, röker redan idag. Mot denna bakgrund ter det sig angeläget att satsa på olika slag av rökslutarstöd och rökavvänjningsbehandling av vuxna.

Samtidigt kan man inte förvänta sig att lyckas få alla som röker att sluta röka. För att tobaksbruket skall upphöra krävs därför en långsiktig strategi där man också satsar på att motverka att nya generationer börjar använda tobak regelbundet och därmed förhindrar att de alls blir beroende. Även detta är en stor uppgift, som dessutom inte kommer att ge några positiva resultat när det gäller sjuklighet och dödlighet förrän om ett par decennier. Förväntningarna knyts således inte enbart till att

snabbt uppnå beteendeförändringar bland dem som redan använder tobak. Det är genom kraftfulla insatser också mot tobaksdebut bland barn och ungdomar som tobaksbruket som samhällsföreteelse kan minska avsevärt på några decenniers sikt.

Många insatser påverkar tobaksbruket på dessa sätt, dvs. att såväl motverka tobaksdebuter bland barn och ungdom som främja rökstopp bland vuxna. De individinriktade strategier som hittills dominerat (hälsoupplýsning, rådgivning) bör dock i ökad utsträckning kompletteras med samhällsinriktade strategier. Dessa kan sammanfattas i nyckelorden *stödjande miljöer, bred delaktighet och hjälp till självhjälp*.

Det svenska tobaksarbetet har hittills i huvudsak utformats utifrån ett *konsumtpolitiskt* angreppssätt. Det har handlat om att genom olika slag av informationsinsatser påverka individernas inställning till tobaksbruket och skapa minskad efterfrågan. Den nya kunskapen om tobaksbruket som ett beroende gör nu att man snarare bör använda ett *drogpolitiskt* angreppssätt. På samma sätt som i fråga om t.ex. läkemedel eller alkohol, bör man i större utsträckning kunna använda en kontrollpolitik som också tar sikte på att reglera marknaden och att påverka tillgång och tillgänglighet.

Mål, strategier och aktörer

Tobakskonsumtionen skall minska

Man vet numera att rökning under graviditet och rökning i små barns miljö innebär allvarliga skaderisker för barnet. Härutöver kan man konstatera att barn till rökande föräldrar löper en större risk att själva börja röka senare i livet. Hittills har man främst ansett att detta inflytande av föräldrarnas rökning beror på sociala och psykologiska faktorer. Nyare forskning tyder dock på att det också kan finnas en direkt fysiologisk koppling.

Det finns nu med andra ord ännu starkare skäl att motverka att små barn utsätts för rökning såväl i moderlivet som i hemmet. Under 1990-talet har tobaksarbetet inom mödra- och barnhälsovården utvecklats såväl kvantitativt som kvalitativt. Det har både handlat om att ta fram en ny, specialanpassad metodik för konstruktiva samtal med rökande gravida kvinnor och att på bred front utbilda personalen inom mödra- och barnhälsovården i metodiken. Andelen rökare bland de gravida har också minskat påtagligt under samma tid, från ca 25 procent vid 1990-talets början till ca 15 procent i dag. Även här finns skillnader mellan olika socioekonomiska grupper.

Rökningen bland gravida kvinnor måste minska ytterligare. Detta kan inte enbart nås genom förstärkta insatser inom mödra- och barnhälsovården. Det behövs också mer intensiva förebyggande insatser redan bland tonåringar, främst flickor, t.ex. inom ramen för skolans undervisning om sex och samlevnad eller i samband med besök på ungdomsmottagning. Från år 2005 bör alla nyfödda kunna få en rökfri livsstart.

Information och undervisning om tobakens hälsorisker måste utvecklas så att den bättre når de nya generationerna av barn och ungdomar. Att kunskapen är spridd och välkänd bland vuxna är ingen garanti för att den också når det uppväxande släktet. Skolans arbete mot tobak behöver vidareutvecklas. Punktinsatser, t.ex. förbud mot rökning på skolgårdar eller temadagar om ANT (alkohol, narkotika, tobak), får föga genomslag om de inte ingår i en allsidig och genomtänkt strategi för en tobaksfri skola. Här finns mycket att lära av hälso- och sjukvården, där en helhetssyn på tobaken, innefattande både utbildning om tobak, regler om helt rökfri arbetsmiljö och satsningar på rökslutarstöd för personalen, har lett till kraftigt minskad rökning.

Även andra samhällssektorer kan spela en viktig roll i arbetet mot tobak bland barn och ungdomar. Det gäller inte minst tandvården. Barn- och ungdomstandvården bör kunna notera tecken på tobaksbruk, ge personligt avpassad information om tobaksbrukets hälsorisker (inte enbart för munhälsa) samt ge enkel rådgivning till den som vill sluta röka. För att detta skall ske krävs metodutveckling, ut- och fortbildning av tandvårdspersonalen samt en tydlig politisk markering, t.ex. genom ersättningsystemet, att tandvården förväntas göra sådana insatser.

Härutöver är det viktigt att barns och ungdomars miljöer hålls rökfria, både med hänsyn till skaderisker av passiv rökning och därför att rökfria miljöer ger tydliga signaler om samhällets inställning till rökning. I vissa miljöer, t.ex. hemmen, kan detta endast uppnås med ökad information och opinionsbildning. I andra fall kan man dock överväga en ny eller skärpt lagstiftning. Ett exempel är här restauranger och kaféer som i dag är miljöer där många ungdomar vistas och som också ofta fungerar som "trendsättare" genom att de äldre ungdomar eller unga vuxna som vistas där fungerar som förebilder för tonåringar. Detta behandlas vidare nedan.

Det finns många skäl till försiktighet i inställningen till snusning. Det gäller i synnerhet bruk av snus bland barn och ungdomar. Snus har negativa effekter i munhålan och innehåller en rad skadliga ämnen, bl.a. cancerframkallande nitrosaminer samt nikotin som är beroendeskapande. Även om inte alla studier pekar i samma riktning, kan det inte uteslutas att långvarig snusning är förknippad med ökade risker för cancer eller hjärt- och kärlsjukdom. Därför kan man inte okritiskt betrakta snus som

ett rökavvänjningshjälpmedel, likvärdigt med nikotinplåster o. dyl, även om det naturligtvis används på detta sätt av framför allt medelålders män som minskat sin rökning. Bland barn och ungdomar riskerar snusning tvärtom att skapa ett nikotinberoende som kan öka risken att man senare i livet också börjar röka.

Kontrollpolitiken för tobaksvaror bör således fortsättningsvis omfatta även snuset. Syftet bör främst vara att barn och ungdom inte skall börja använda snus och därmed förvärva ett nikotinberoende som kan leda vidare till rökning.

Risken för nikotinberoende bör för övrigt också beaktas i samband med nikotineläkemedlen. Dessa säljs för närvarande fritt på apotek och en ytterligare ökad tillgänglighet förespråkas nedan genom försäljning i licensierade butiker. Tillgängligheten bör dock även i framtiden vara begränsad för barn och ungdom, och kravet på läkarrecept bör bibehållas vid försäljning till minderåriga.

Tobakskonsumtionen bland vuxna bör nedbringas ytterligare under perioden fram till år 2010. Minst 90 procent av den vuxna befolkningen bör då vara helt rökfri. Denna procentsats är anknuten till målet om tobaksrökning i kapitel 3 där det sägs att andelen i befolkningen som röker dagligen skall minska med en procentenhet per år till år 2010. De flesta vuxna har i dag en grundläggande kunskap om att tobaksbruket är förknippat med hälsorisker. En majoritet av rökarna säger sig vilja sluta röka, och varje år gör ett par procent av dem spontant allvarligt menade försök att sluta röka.

Rökslutarförsök utlöses ofta av förändringar i den närmaste miljön, t.ex. att arbetsplatsen görs rökfri eller att priset på tobaksvaror ökar. Samhällsinriktade strategier är med andra ord viktiga även här. En stödjande miljö, i form av t.ex. rökfria gemensamma lokaler, är självfallet också viktig för att förebygga återfall bland dem som slutat.

Den enskilt mest verksamma åtgärden för att minska tobakskonsumtionen är att höja priset. Under 1990-talet har också priset på tobak ökat väsentligt till följd av skattehöjningar vid ett par tillfällen. Skattehöjningarna under år 1997 bedömdes dock leda till så stora problem med smuggling m.m. att skatten åter sänktes under år 1998. Priset på ett paket cigaretter är därmed tillbaka på samma nivå som före år 1997.

Prishöjningarna ledde dock uppenbarligen till att rökningen minskade. Den registrerade cigarettförsäljningen minskade från ca 8 miljarder år 1996 till omkring sex miljarder år 1997. Tillgängliga studier visar att det var osedvanligt många som försökte sluta röka vid tiden för den största skattehöjningen (augusti 1997) och under perioden därefter (oktober 1997–april 1998) var andelen dagligrökare markant lägre än dessförinnan, motsvarande ungefär 200 000 färre rökare. Även försäljningen av nikotineläkemedel ökade väsentligt under denna tid.

Skattesänkningen år 1998 medförde en markant minskad försäljning av nikotinläkemedel samtidigt som den registrerade cigarettförsäljningen ökade. Data på hur andelen dagligrökare utvecklats efter sänkning finns ännu inte tillgängliga.

Smugglingen av cigaretter har ökat efter Sveriges inträde i EU. Enligt en bedömning från Brottsförebyggande rådet (BRÅ) svarade smuggelmarknaden år 1996 för ca 200 miljoner cigaretter eller ett par procent av totalkonsumtionen. Under våren år 1998 svarade smuggelmarknaden enligt BRÅ för ca 500 miljoner cigaretter. Trots denna ökning ligger dock cigarettsmugglingen i Sverige på en låg nivå jämfört med många andra EU-länder. I t.ex. Spanien – med EU:s lägsta cigarettpriser – beräknas smugglingen svara för omkring femton procent av konsumtionen. I de skandinaviska länderna torde (legal och illegal) resandeförsel svara för en större del av den oregistrerade konsumtionen än den storskaliga kriminella smugglingen.

Prissänkningen år 1998 har sannolikt lett till en minskad gränshandel i Danmark och Finland. Under år 1998 fick också tullen en förstärkt rätt att ingripa mot misstänkta postförsändelser, vilket tycks ha lett till att Internet-handeln med billiga cigaretter per post från bl.a. Portugal och Grekland har minskat kraftigt. Däremot finns knappast några tecken på att den storskaliga, kriminella cigarettsmugglingen har minskat. Under början av år 1999 har t.ex. tullen beslagtagit omkring 12,5 miljoner cigaretter mot omkring 14 miljoner under samma period år 1998. BRÅ bedömer nu att ytterligare prissänkningar knappast bidrar till en minskad smuggling. I stället krävs ytterligare förstärkning av tullen.

Mot denna bakgrund finns det anledning att fråga sig om inte Sverige åter i någon mån kan använda sig av skattepolitiken för att nedbringa tobakskonsumtionen. Detta måste dock ske i samarbete med främst andra EU-länder. Sverige bör här samordna sina strävanden med de länder som f.n. har högre priser än Sverige, främst Storbritannien.

Tobaksbruket skall minska mest hos de grupper som har högst konsumtion. Det handlar, som framgått ovan, om socioekonomiskt mindre gynnade grupper, bl.a. långvarigt arbetslösa, personer (särskilt kvinnor) med kort utbildning och låga inkomster, ensamstående föräldrar och vissa etniska grupper. Allmänna informationsinsatser medför, som framhållits ovan, en risk att skillnaderna i tobaksbruk mellan olika socioekonomiska grupper ökar, åtminstone på kort sikt. Detta är dock självfallet inget skäl till att avstå från en strategi som använder information som arbetssätt. I stället måste metoderna för och budskapen i hälsoupplysning och information utvecklas så att de kan nå fram till och accepteras av de grupper som f.n. har högst konsumtion. Trots de senaste decenniernas informationsarbete finns det fortfarande grupper där de basala kunskaperna om tobakens skadeverkningar är otillräckliga.

Kunskapen om hur rökvanorna utvecklas och vilka faktorer som påverkar utvecklingen i olika socioekonomiska grupper är begränsad. Här behövs såväl förbättrad kartläggning av rökningens utbredning och förändringar som intensifierad metodutveckling och försöksverksamhet. Det handlar här om många olika och sinsemellan ofta ytterst heterogena grupper. Olika grupper har sin egen livsstil och sina egna förutsättningar, som språk, kulturella faktorer, attityder och värderingar osv., som måste beaktas. Det har t.ex. ringa värde att sprida skriftlig information till grupper som inte behärskar svenska eller rentav är analfabeter, att erbjuda rökavvänjningsbehandling till kvinnor i etniska grupper där ytterst få kvinnor röker, eller liknande. Det är också angeläget att ha ett genusperspektiv i arbetet.

Bland de aktörer som kan göra viktiga insatser här, märks främst de generella system som når så gott som alla medborgare, dvs. skolan, tandvården och hälso- och sjukvården. Goda erfarenheter finns, som påpekats, i synnerhet inom mödra- och barnhälsovården. En liknande utveckling bör komma till stånd inom andra sektorer.

Bland viktiga aktörer märks också de media, organisationer etc. som särskilt når ifrågavarande grupper. Dessa kan vara av skiftande art, alltifrån t.ex. kvinnotidningar till kulturföreningar eller religiösa samfund som har bred förankring och hög trovärdighet inom en viss grupp eller kultur. Dessa aktörer måste självfallet identifieras, engageras och delta i arbetet på sina egna villkor, men de kan också stimuleras till aktiva insatser genom att man erbjuder särskilda resurser för arbetet.

Även när det gäller de grupper som avses här, kan dock de främsta utsikterna till framgång förknippas med samhällsinriktade strategier som stödjande miljöer. Att påverka samhällsklimatet kring rökningen genom förbud mot tobaksreklam, rökfri miljö på arbetsplatser och i gemensamma lokaler m.m. blir därför en viktig uppgift i arbetet på att långsiktigt minska hälsoskillnaderna mellan olika grupper.

Bruket av snus skall inte öka. Hälsoriskerna av snus är ännu ofullständigt utforskade. Man vet, som påpekats, att snusning kan leda till skador i munhålan, dvs. på tänder och tandkött, samt till nikotinberoende.

Snus innehåller bl.a. nitrosaminer som är cancerframkallande. Experimentella studier har visat att snus kan framkalla cancer hos försöksdjur. Epidemiologiska studier utförda i Sverige och Nordamerika har tidigare visat att snusande ökar risken för munhålecancer. Senare svenska studier har dock inte kunnat påvisa en ökad risk för munhålecancer hos snusare. Jämfört med rökare exponeras dock vanesnusaren för betydligt större halter av nikotin. Nikotin har en mångfald effekter t.ex. på hjärta och blodkärl, magtarmkanal och ämnesomsättning, alla otillräckligt utredda framför allt när det gäller långtidseffekter. Det finns

således skäl till försiktighet i inställningen till snusning och anledning att verka för att unga inte börjar snusa.

Ingen skall utan eget val utsättas för tobaksrök i sin omgivning

Miljötabaksrök, s.k. passiv rökning, har numera konstaterats vara ett hälsoproblem. Långvarig passiv rökning leder bl.a. till ökad risk för lungcancer och hjärt- och kärlsjukdom. I Sverige beräknas drygt 500 personer årligen dö av sjukdom som har samband med passiv rökning. Små barn som utsätts för passiv rökning har ökad risk för luftvägsinfektioner, öroninflammationer och astma-allergi. Det finns också ett samband mellan miljötabaksrök och plötslig spädbarnsdöd.

Under de år som tobakslagen varit i kraft har man konstaterat att det finns brister i skyddet mot passiv rökning och en del problem med tillämpningen av bestämmelserna om rökfria miljöer.

Barns hemmiljö. Den mest angelägna åtgärden från medicinsk synpunkt är att förbättra barns skydd mot passiv rökning i hemmiljön.

Anställda i vissa verksamheter. Rätten till rökfri arbetsmiljö kan inte alltid upprätthållas till följd av verksamhetens art. Exempelvis inom hemtjänsten kan man inte avstå från att ge bistånd med hänvisning till att biståndstagaren röker i hemmet. I viss mån kan problem undvikas genom schemaläggning eller på frivillig väg.

Mindre företag med ett fåtal anställda saknar ofta en central policy för t.ex. rökning i arbetsmiljön. Enstaka anställda finner det ofta i praktiken omöjligt att kräva rökfri miljö på en arbetsplats där kamrater eller chefer röker. Problemet kan eventuellt påverkas av skärpt lagstiftning i form av förbud mot rökning på arbetsplatser (med möjlighet att avsätta rökrum).

Tobakslagens bestämmelser om rökfri miljö innebär i allmänhet ett principiellt rökförbud med möjligheter till undantag där så är befogat. För restauranger gäller dock det omvända – rökning är principiellt tillåten men rökfria bord skall finnas om inrättningen har minst 50 sittplatser. Lagstiftningens utformning försvårar för tillsynsmyndigheten att verka för förbättringar.

De som utsätts för passiv rökning på restauranger är i första hand personalen. Rätten enligt tobakslagen att inte mot sin vilja utsättas för tobaksrök gäller visserligen i de delar av restaurangen som är renodlade arbetslokaler (t.ex. köket), men i det utrymme där gästerna vistas tar tobakslagens bestämmelser om ”rökfria bord” över. Gästerna kan också utsättas för passiv rökning, men exponeringen blir i praktiken aldrig så långvarig eller intensiv att den kan medföra ökad risk för allvarlig sjukdom. Däremot kan många gäster drabbas av akuta obehag eller be-

svär av lindrig art. De som är särskilt känsliga kan dock få svårare besvär. För den som lider av astma, allergi eller känsliga luftrör kan det vara mycket påfrestande eller i praktiken omöjligt att vistas i en rökig restauranglokal.

Restauranger, kaféer osv. frekventeras i stor utsträckning av äldre ungdomar och unga vuxna. Restaurangerna utgör en av de relativt få miljöer där tobaksreklam ännu är tillåten och de utnyttjas därför i allt högre grad som "marknadsplatser" för tobaksbolagen. De fungerar ofta som "trendsättare" för att etablera ett dagligt tobaksbruk och utgör en miljö där den som röker tillfälligtvis lockas att röka mer. Miljön bör i princip vara ett stöd för den som inte vill börja röka.

Svårigheterna att införa rökfritt på restauranger och motsvarande får inte överdrivas. Flera delstater i USA (däribland New York och Kalifornien) har exempelvis redan nu lagstiftat om totalt rökförbud på restauranger. Erfarenheterna visar att reglerna efterlevs väl. Studier har visat att såväl den rökfria miljön lett till bättre hälsa för de anställda som att reglerna inte medfört minskad omsättning eller andra ekonomiska avbräck för näringsidkarna. Även några europeiska länder har mer långtgående regler än Sverige.

I undersökningar som nyligen genomförts i Jönköpings och Uppsala län, är det en majoritet av de svarande som eftersträvar en rökfri miljö på restauranger (varvid 45 procent i båda länen vill ha helt rökfritt). Önskan om rökfri miljö är något större bland frekventa restaurangbesökare. Mer än 85 procent av de svarande anger att de helst sitter i en rökfri avdelning, medan ytterst få (1 procent) anser att rökning skall vara tillåten överallt på restauranger och liknande.

Reglerna för rökning på restauranger och motsvarande bör skärpas. Nationella folkhälsokommittén föreslår två alternativ till skärpningar.

Alt. 1. Det finns inga skäl varför inte de regler som gäller i bl.a. många delstater i USA, inte skulle kunna tillämpas i Sverige. En regel om total rökfrihet är enkel och tydlig, vilket innebär att den också är lätt att informera om. Genom att samma regel gäller för alla serveringslokaler undgår man att olika rökregler används som konkurrensmedel. Gästerna behöver aldrig tveka om vilka regler som gäller utan de kan (liksom inför flygresor) planera sin rökning inför vistelsen i den rökfria miljön osv. Restauranger och andra serveringslokaler bör således vara helt rökfria.

Alt. 2. De regler som gäller i många delstater i USA – dvs. total rökfrihet – skulle i princip kunna tillämpas även i Sverige. Reglerna i USA har dock i allmänhet införts stegvis så att restauranger gjorts helt rökfria först sedan de dessförinnan varit partiellt rökfria under flera år. Restaurangernas ägare, personal och gäster har därmed kunnat vänja sig vid tanken att rökning i längden inte kan accepteras. En liknande

utveckling bör ske även i Sverige. I ett första steg bör därför restauranger och andra serveringslokaler göras rökfria i princip, samtidigt som rökning ändå bör kunna tillåtas i en särskild del av lokalen som är så beskaffad att röken inte kan spridas till de andra delarna.

Licensiering skall införas för detaljhandel med tobak

Bland samhällsätgårderna mot tobaksbruk bland barn och ungdomar finns sedan år 1997 ett lagfäst förbud mot att sälja tobak till den som är under 18 år. Olika utvärderingar tyder dock på att åldersgränsen på sina håll tillämpas dåligt. Detta kan inte enbart förklaras med att det är svårt att avgöra ungdomars ålder eller att arbetssituationen i detaljhandeln är stressig. Det finns också oseriösa tobakshandlare som systematiskt negligerar åldersgränsen. Ofta är de även oseriösa på andra sätt, t.ex. genom att sälja smuggelcigaretter.

För att öka efterlevnaden av åldersgränsen bör man införa ett licensieringssystem för detaljhandel med tobak. Ett sätt, som föreslagits i Folkhälsoinstitutet handlingsplan, är att införa kommunala säljtillstånd för tobakshandel. Ingen butik skall kunna saluföra tobak utan säljtillstånd, och den som begår upprepade överträdelser mot försäljningsreglerna bör kunna få sitt tillstånd indraget. Liknande slag av licenssystem finns i andra länder. Exempelvis i Frankrike bedöms för övrigt kontrollsystemet för detaljhandeln med tobak ha bidragit till att smuggelcigaretter utgör ett väsentligt mindre problem än i grannländerna.

Regeringen har överlämnat förslaget till Nationella Folkhälsokommittén för fortsatt beredning. Bl.a. har flera remissinstanser efterlyst en mer utförlig bedömning av de ekonomiska konsekvenserna för näringsidkarna. Kommunförbundet och flera enskilda kommuner har förklarat sig positiva till förslaget under förutsättning att kommunerna erhåller täckning för de kostnader det kan medföra.

Ett system med säljtillstånd ökar kommunernas möjligheter att bedriva effektiv tillsyn. Bl.a. kan det ge ökade resurser för tillsynen genom att kommunerna kan ta ut avgifter för såväl tillståndsgivning som tillsyn. Allt mer av den kommunala tillsynen (t.ex. enligt den nya miljöbalken) är numera avgiftsfinansierad. Det finns inget skäl att från denna praxis undanta tillsyn enligt tobakslagen.

Utan att föregripa den fortsatta beredningen kan man konstatera att kostnaderna måste vägas mot behovet att minska tobaksbrukets skadeverkningar. Det har ansetts befogat att ha en kommunal kontrollapparat för t.ex. solarier eller utskänkning av öl och vin. Den nya miljöbalken har givit kommunerna tillsynsuppgifter för en rad produkter (t.ex. kosmetika). Mot denna bakgrund skulle ett beslut om att *inte* införa något

slags licenssystem eller avgifter för tillsynen kunna tolkas som att man vill bagatellisera tobaken som hälsoproblem.

Tillgången på rökslutarstöd skall öka

Det är angeläget att öka tillgängligheten till rökslutarstöd i olika former. Enkel rådgivning, ibland kombinerat med råd om t.ex. användning av nikotinläkemedel, har visat sig vara en mycket kostnadseffektiv metod för rökavvänjning. Trots detta är sådan rådgivning ännu inte rutin inom t.ex. tandvården eller hälso- och sjukvården, där man ändå möter många människor i situationer där en individuell rådgivning enkelt kan ske. Här finns en stor potential för ett utökat rökslutarstöd. För detta krävs dock att rökavvänjningsmetodik, såväl som tobaksfrågor i allmänhet, får en tydligare plats i ut- och fortbildningen för de berörda yrkesgrupperna. Det krävs också en tydligare ledning från de beslutande organ, främst landstingen, som ansvarar för dessa samhällssektorer. En kraftsamling av resurserna för utveckling och spridning av kunskaper kring rökavvänjning och särskild kompetens i dessa frågor bör finnas åtminstone i varje sjukvårdsregion.

En ökad tillgänglighet bör också övervägas när det gäller läkemedel för rökavvänjning. Detta är inte okontroversiellt. Risken att nikotinläkemedel för barn och ungdom kan bli en inkörsport till ett nikotinberoende har berörts ovan. Man kan också anföra att det inte heller bland vuxna är önskvärt att bibehålla beroendet av nikotin, och att en omfattande propaganda för nikotinläkemedel kan skapa missuppfattningen att man måste använda läkemedel för att kunna sluta röka. Man kan också se en risk med att läkemedlen inte längre används vid rökstopp utan som en tillfällig ersättning för cigaretter i t.ex. rökfria miljöer. Ett sådant blandbruk av rökverk och nikotinläkemedel riskerar att försvaga viljan att sluta röka helt, om konsumenten får uppfattningen att redan "minskad rökning" är tillräckligt för att hälsoriskerna skall bli försumbara.

Trots dessa farhågor bör dock tillgängligheten kunna tillåtas öka för nikotinläkemedel och andra läkemedel för rökavvänjning. Det gäller bl.a. priset på rökavvänjningsmedel. De receptfria läkemedlen omfattas i dag inte av några subventioner och detta kan därmed bidra till att medlen av kostnadsskäl inte används, i synnerhet i socio-ekonomiskt mindre gynnade grupper.

Man bör överväga att återinföra en möjlighet för läkare (och ev. annan hälso- och sjukvårdspersonal) att i begränsad utsträckning förskriva ifrågavarande läkemedel på recept med rabatter, t.ex. till ungdomar eller personer som av akuta medicinska skäl bör sluta röka. Någon

generell rabattering bör dock inte komma ifråga, dels av hänsyn till samhällets kostnader för läkemedelssubventioner i allmänhet, dels med tanke på behovet av att genom konkurrens söka nedbringa priserna på läkemedlen i fråga.

Även i övrigt bör man utvidga den rökslutarstödjande verksamheten. Ett exempel på nya vägar härvidlag är den s.k. ”Sluta röka-linjen” med rådgivning per telefon som nu drivs på försök. Genom ökade insatser bör år 2015 minst 85 procent av vuxenbefolkningen vara helt rökfri.

Ekonomiska satsningar

Förstärkta insatser mot tobak måste genomföras från många aktörers sida inom såväl den offentliga som den privata och frivilliga sektorn. De resurser som finns för sådant arbete är klart otillräckliga – och påfallande mycket mindre än vad samhället annars satsar på förebyggande insatser.

Av reguljära statliga medel satsas i år 8–10 miljoner kronor på arbetet mot tobaken (i Folkhälsoinstitutets budget och inklusive vissa bidrag till frivilliga organisationer). Samtidigt satsas i t.ex. Norge 30 miljoner kronor per år, i Storbritannien 1 300 miljoner kronor (på tre år) och i den amerikanska delstaten Massachusetts (med sex miljoner invånare) över 200 miljoner kronor per år.

Ibland sätter man pris på människoliv. Vägverket investerar 7,4 miljoner kronor för att rädda ett liv. Statens strålskyddsinstitut investerar 10 miljoner kronor för att förhindra ett cancerfall. En insats som t.ex. skulle leda till att antalet nya rökare bland barn och ungdom minskar med fem procent, beräknas på sikt rädda 300 liv per år.

9.3 Alkohol

Inledning

Att dricka alkoholdrycker framstår för en stor del av befolkningen i vårt land som något lustfyllt. Många är samtidigt medvetna om att alkoholskador och alkoholrelaterade sjukdomar utgör ett av de verkligt stora folkhälsoproblemen. Antalet dödsfall som är direkt alkoholrelaterade uppgår varje år till mellan 5 000 och 6 000. Nästan tio gånger så många dör på grund av alkoholmissbruk som i trafikolyckor. Dessutom är många av dödsfallen i trafiken i sin tur alkoholrelaterade. Under år 1997 dödades eller skadades över 1 000 personer i trafikolyckor, där någon förare var alkoholpåverkad. Dessutom påverkar alkoholmiss-

bruket antalet självmord och dödlighet i andra sjukdomar t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar. Det faktum att konsumtionen av alkoholdrycker är ojämnt fördelad i befolkningen, där 10 procent svarar för 50 procent av konsumtionen, utgör i sig ett problemskapande fenomen.

Alkoholmissbruk skapar många samhällsproblem och utgör en av de tunga faktorerna bakom sjukhusvård, sjukskrivningar och förtidspensioneringar. Inom akutsjukvården tas en betydande del av resurserna i anspråk för kostsamma insatser som orsakats av alkoholrelaterade sjukdomar och skador. I ekonomiska termer har de totala samhällskostnaderna för alkoholskadorna uppskattats till mellan 50 och 100 miljarder årligen.¹¹ Huvuddelen av dessa kostnader utgörs av kostnader för produktionsbortfall och vårdkostnader.

Vid en jämförelse med andra folkhälsoproblem har samhällets alkoholproblem stora dimensioner. Även om rökningen årligen beräknas orsaka mellan 8 000 och 10 000 dödsfall så intar alkoholmissbruket och dess följderna en särställning ur ett folkhälsoperspektiv. Följdefeffekter av alkoholmissbruk utgörs t.ex. av en hög självmordsfrekvens bland alkoholmissbrukare och vid en stor del av våldsbrottsligheten i Sverige är antingen gärningsmannen eller offret, eller båda, alkoholpåverkade. Människor som missbrukar alkohol är oftare än andra arbetslösa och/eller sjukskrivna.

Dominerande riskfaktorer eller riskbeteenden hos befolkningen uppträder ofta samtidigt och hos samma individer. Det gäller i hög grad inom missbruksområdet. Människor som missbrukar alkohol är oftare än andra sjukskrivna och/eller arbetslösa. Det är vidare inte ovanligt att missbruk av alkohol och lugnande medel förekommer tillsammans med ett narkotikamissbruk. Ungdomar som är högkonsumenter av alkohol missbrukar i större utsträckning än andra också narkotika. I en utredning om narkotikamissbrukets omfattning år 1992 konstaterades vidare att majoriteten av narkotikamissbrukarna även var alkoholmissbrukare. Mot den bakgrunden är det viktigt att inte bortse från en helhetssyn på missbruksproblematiken i vårt samhälle.

Missbruk av alkohol utgör tillsammans med bruk av tobak, missbruk av narkotika och narkotikaklassade läkemedel några av de dominerande riskfaktorerna när det gäller hälsan. Vid en jämförelse med andra länder har Sverige dock under många år fört en från folkhälsosynpunkt relativt framgångsrik alkoholpolitik, som inleddes med restriktionspolitiken och införandet av den s.k. motboken omkring år 1919. Alkoholskadorna har genom vår alkoholpolitik kunnat pressas tillbaka och vid en

¹¹ Carlsson L, Ågren G, Andréasson S. *Svensk alkoholpolitik – välmotiverad eller förlegad?* Nationella folkhälsokommittén. Stockholm 1998.

internationell jämförelse intar Sverige en god position när det gäller att förebygga och motverka alkoholskador i befolkningen.

Den pågående internationaliseringen av vårt samhällsliv och följderna av vårt EU-medlemskap har emellertid skapat andra förutsättningar för landets alkoholpolitik. Det är viktigt att påpeka att det finns ett betydande hot mot en folkhälsoorienterad alkoholpolitik som inte enbart sammanhänger med följderna av vårt EU-medlemskap. Det finns i den alkoholpolitiska debatten en utbredd alkoholliberal attityd, som är nära sammanvävd med föreställningen att restriktioner är gammalmodiga och oförenliga med att allt fler vill värna om individens frihet och som därmed vill minska den politiska maktens rätt att inskränka denna frihet. En sådan förändring ses ofta som en följd av en närmast lagbunden samhällsutveckling. Mot bakgrund av denna diskussion finns det skäl att påminna om att opinionsbildningen i själva verket följer helt olika utvecklingslinjer i Sverige inom de områden som behandlas inom ramen för detta avsnitt i betänkandet. Medan kraven på en liberalisering av alkoholpolitiken har vuxit i styrka över en längre tidsperiod, har restriktiviteten i synen på narkotika däremot i huvudsak varit oförändrat stark, samtidigt som förståelsen för även långtgående inskränkningar i individens frihet bl.a. genom lagstiftning inom tobaksområdet har ökat kraftigt i Sverige liksom i hela västvärlden.

Den allmänna opinionen utvecklas således inte på något entydigt sätt i riktning bort ifrån en folkhälsoorienterad politik inom drogområdet. Det är sannolikt så att opinionen i växande grad är påverkbar i båda riktningarna, bl.a. genom lagstiftning, information och tydliga politiska viljeyttringar. Inför formuleringen av nya folkhälsomål på alkoholområdet är det således viktigt att de ovan redovisade förutsättningarna klagörs för att sedan i nästa steg utgöra grunden för ett framtida framgångsrikt folkhälsoarbete på alkoholområdet.

På nationell nivå finns sedan år 1995 en gällande nationell handlingsplan, där riktlinjerna för det alkohol- och drogförebyggande arbetet lagts fast efter det att villkoren för svensk alkoholpolitik förändrats i och med Sveriges medlemskap i EU. Förutsättningarna för en svensk nationell politik på de områden som har med missbruk av droger att göra och som Nationella Folkhälsokommittén har till uppgift att behandla, påverkas emellertid starkt av vårt medlemskap i EU. Denna påverkan kommer sannolikt att förstärkas framledes, något som inte minst framkommer i regeringens proposition 1998/99:134, Vissa alkoholfrågor m.m., och i betänkandet Alkoholpolitikens medel (SOU 1999:156).

9.3.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Förekomst av alkoholmissbruk

I befolkningen

Sverige är ett av de länder som har den lägsta registrerade försäljningen av alkoholdrycker inom EU-området. Det s.k. 25-procentmålet som antogs av WHO:s europaregion 1980 innebar att medlemsländerna bl.a. skulle reducera sin alkoholkonsumtion med 25 procent före år 2000. Den svenska regeringen ställde sig bakom det s.k. 25-procentmålet i den hälsopolitiska propositionen (1984/85:81), som riksdagen lämnade utan erinran. Om konsumtionen därefter skulle ha reducerats enligt WHO:s mål hade det inneburit stora välfärds- och hälsomässiga vinster samtidigt som hälso- och sjukvården skulle kunna ha minskat de vårdinsatser man nu måste göra för dem som drabbas av alkoholrelaterade sjukdomar.

Under det senaste decenniet har emellertid en rad ytterligare initiativ tagits, av WHO och enskilda nationer, för att utveckla en mer folkhälsoorienterad alkoholpolitik i den europeiska regionen.

År 1992 antog WHO:s europaregion en alkoholpolitisk handlingsplan för regionen (The European Alcohol Action Plan). I handlingsplanen, bakom vilken alla medlemsstater i regionen ställde sig, underströks bl.a. betydelsen av alkoholbeskattning och kontroll av tillgängligheten med syftet att hålla tillbaka alkoholkonsumtion och –skador.

Vid en särskild europeisk ministerkonferens om "hälsa, samhälle och alkohol" i Paris år 1995 anordnad av WHO:s europaregion med stöd av den franska regeringen antogs Europadeklarationen om alkohol (The European Charter on Alcohol). I deklarationen fastslogs en rad strategier och etiska principer som vägledning för medlemsländernas arbete med att utveckla samlade alkoholpolitiska handlingsprogram. Tre år senare, år 1998, antog WHO ett nytt hälsopolitiskt program med 21 mål och ett antal delmål. Där ingår också ett alkoholpolitiskt mål som innebär att alkoholkonsumtionen per capita i medlemsländerna inte skall överstiga 6 liter (100 % alkohol) per år för dem som är 18 år eller äldre.¹² Nästa revidering av programmet äger rum år 2005. I september 1999, slutligen, antog WHO:s Europaregion en ny version av den alkoholpolitiska handlingsplanen för Europa. Där slås strategier och delmål för perioden 2000–2005 fast i samma anda som i den första europeiska planen.

Det föreligger stora skillnader i alkoholkonsumtion och förekomst av alkoholproblem mellan olika grupper (mellan män och kvinnor, mellan ungdomar och äldre, mellan olika yrkes- och socialgrupper osv.). Under

¹² Hälsa på 2000-talet. Folkhälsoinstitutet 1999.

efterkrigstiden har förskjutningar ägt rum mellan olika social- och yrkesgrupper.¹³ Tidigare var det välutbildade personer som hade den högsta alkoholkonsumtionen. I dag är männens totalkonsumtion tämligen lika, medan andelen högkonsumenter är större i de lägre klasserna.¹⁴ För gruppen tjänstemän är dock totalkonsumtionen fortfarande något högre per capita än bland arbetare. Berusningsdrickandet – exempelvis definierat som konsumtion av en halv flaska sprit, en flaska vin eller fem burkar starköl vid ett och samma tillfälle minst en gång i veckan – är högre bland arbetare än bland tjänstemän men dock allra högst bland arbetslösa och studerande.

Under en följd av år har den registrerade alkoholförsäljningen per capita varit relativt konstant. Vissa data tyder emellertid på en uppgång av den faktiska alkoholkonsumtionen under de allra senaste åren, beroende på en ökning av den oregistrerade konsumtionen. Det föreligger stora svårigheter att uppskatta den konsumtion som härrör från ”svartsprit” (illegalt tillverkad sprit, smuggelsprit och renad teknisk sprit), där framför allt konsumtionen av smuggelsprit enligt tillgängliga data har ökat mycket starkt under den senaste 5-årsperioden.

Trots att per capitakonsumtionen och andelen högkonsumenter länge var högst i de högre samhällsskikten pekar dödlighetsdata i en motsatt riktning. Olika undersökningar från 1970-talet och framåt har visat att dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar är högre bland arbetare än bland tjänstemän. Denna tendens är tydligast bland männen.

Med alkoholrelaterade dödsfall avses här samtliga avlidna, registrerade i det nationella dödsorsaksregistret, med en eller flera diagnoser som underliggande (huvuddiagnos) eller bidragande dödsorsak: alkoholism (alkoholberoende fr.o.m. år 1987), alkoholmissbruk, alkoholpsykos, alkoholförgiftning, levercirrhos samt bukspottkörtelinflammation. Analyserna avser således enbart dessa medicinska dödsorsaker där hög alkoholkonsumtion i majoriteten av fallen är en nödvändig orsak. Det verkliga antalet alkoholrelaterade dödsfall i Sverige är dock klart högre än de tal som kommer att redovisas i detta avsnitt. Själv mord och dödsolyckor ingår exempelvis inte här och bakom en rad andra diagnoser som t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar kan alkoholmissbruk förekomma som en indirekt orsak.

Konsumtionen av ”svartsprit” har under 1990-talet blivit ett betydande och tilltagande problem i befolkningen. Distribution, försäljning och konsumtion av ”svartsprit” utgör ett synnerligen allvarligt angrepp på den svenska alkoholpolitiken eftersom såväl prispolitik som den samhälleliga regleringen av tillgängligheten delvis sätts ur spel. Men det

¹³ Hasselgren S. Alkoholvanor i förändring. *Alkohol & Narkotika*, sid. 9–11.

¹⁴ Leifman H. *Socialklass och alkoholvanor*. Folkhälsoinstitutet 1998.

kanske allvarligaste är att grunden för legitimiteten avseende den svenska alkoholpolitiken på sikt rycks undan.

Beräkningar gjorda inom ramen för den s.k. KALK-studien visar att "svartspriten" svarar för en tredjedel av den totala spritkonsumtionen. 35 procent av all spritkonsumtion i Sverige utgörs av "svartsprit" och den svarar samtidigt för ca 13 procent av den totala konsumtionen av alkoholdrycker.¹⁵ Den största konsumtionen av "svartsprit" svarar alkoholmissbrukarna för. Konsumtionen av "svartsprit" är vanligast i åldersgruppen 18–24 år. CAN:s undersökningar år 1997 av konsumtionen bland elever i årskurs 9 visade att 38 procent av såväl pojkar som flickor hade druckit t.ex. hembränd sprit någon gång under de senaste 12 månaderna. Av samtliga 131 912 brottslingar, som under perioden 1991–1995 dömts till fängelse, skyddstillsyn eller villkorlig dom, hade 2 097 gjort sig skyldiga till ett eller flera brott mot bestämmelserna avseende olovlig sprittillverkning. I detta urval hade 47,5 procent också gjort sig skyldiga till ett eller flera våldsbrott.

När det slutligen gäller dryckesmönstret i Sverige kännetecknas det av en tämligen låg frekvens av konsumtionstillfällen men med en hög konsumtion vid varje dryckestillfälle. Dessa tillfällen inträffar oftast under veckoslut och i samband med särskilda storhelger. Detta mönster har förstärkts i Sverige under de senaste decennierna. Andelen människor som beskriver regelbundet berusningsdrickande har mer än fördubblats sedan 1960-talet.¹⁶ Det finns ett starkt samband mellan sättet att dricka alkohol och omfattningen av vissa alkoholrelaterade problem som t.ex. våldsbrottslighet och sådan vårdkonsumtion som utgör en effekt av alkoholkonsumtion. Det finns betydande samhällsekonomiska men även folkhälsomässiga vinster att göra om dryckesvanor och konsumtionsmönster kan förändras så att vi dricker mindre vid varje dryckestillfälle.

¹⁵ Kühnhorn E, Rundstedt M, Hibell B, Larsson, S, Zetterberg, H. *Alkohol från legala och illegala källor i mitten av 1990-talet*. OAS 1997.

¹⁶ Andréasson Sven. Vad vet vi om effekter av prevention på alkohol och narkotikaområdet? *Föredrag på socialtjänstforum* 12–13 april i Göteborg 1999.

Män och kvinnor

Sedan år 1982 har SIFO (och senare TEMO) årligen genomfört riksrepresentativa konsumtionsundersökningar i befolkningen av sprit, starkvin, lättvin, starköl och öl klass II. Den uppgivna genomsnittskonsumtionen per vecka var lägst år 1984 och högst år 1989. År 1998 var den 10,5 centiliter 100 procent alkohol, vilket motsvarar en årlig konsumtion på 5,5 liter ren alkohol. Den totala alkoholkonsumtionen har enligt TEMO-undersökningarna ökat med 5 procent mellan åren 1996 och 1998. Männens har ökat mer än kvinnornas. Kvinnornas veckokonsumtion var 6,3 centiliter år 1998 och männens 14,5 centiliter.¹⁷

När det gäller konsumtionsmönstret i övrigt bland kvinnor har det framkommit att, med undantag för gruppen långtidssjukskrivna och förtidspensionärer, de lägsta andelarna högkonsumenter finns bland kvinnliga arbetare och arbetslösa. Det är särskilt de gymnasieutbildade kvinnorna som har en stor andel högkonsumenter. Bland de lägst utbildade kvinnorna är konsumtionen markant lägre och de har även en lägre andel högkonsumenter och en större andel nykterister.

När det gäller konsumtionsnivån ökar kvinnorna nu sin konsumtion totalt sett enligt en del data och det gäller särskilt yngre kvinnor men även ungdomsgrupperna. Enligt SIFO:s och TEMO:s konsumtionsundersökning av kvinnor 18–70 år var medelkonsumtionen år 1990 2,1 liter ren alkohol per person och år och 1996 var motsvarande siffra 3,2 liter.

Under 1990-talet har den alkoholrelaterade dödligheten utvecklats något olika för män och kvinnor. Det standardiserade dödstalet år 1996 per 100 000 var för männen 36,6 och för kvinnorna 7,6.

För männen har dödligheten minskat i flera sociala skikt eller grupper. För kvinnorna har den däremot ökat bland tjänstemännen och minskat något bland arbetare jämfört med hur situationen var på 1980-talet. Kvinnliga tjänstemän i lägre befattningar svarar nu som under 1980-talet, för en högre dödlighet i levercirrhos än arbetarkvinnorna. När det gäller dödlighet i alkoholism, alkoholpsykos och alkoholförgiftning har de kvinnliga arbetarna fortfarande en högre dödlighet jämfört med samtliga tjänstemannagrupper och särskilt jämfört med tjänstemän på mellannivå men även med dem på en högre nivå. De kvinnliga företagarna intar en särställning med en betydligt högre risknivå jämfört med andra förvärvsarbetande kvinnor. Dödligheten är emellertid högst bland de icke yrkesverksamma kvinnorna. De har en alkoholrelaterad

¹⁷ Rapport 1999. *Drogutvecklingen i Sverige*. Folkhälsoinstitutet, CAN. Rapport nr 8. Stockholm 1999.

dödlighet som är sju gånger så hög som den som kvinnliga tjänstemän på mellannivå har.

Kvinnor och män påverkas olika fysiskt sett av konsumtion av alkoholdrycker, något som hittills i stor utsträckning förbisetts av alkoholforskare och de som sysslar med information kring alkoholfrågor.

Ungdomar

Data om alkoholkonsumtionen i olika befolkningsgrupper finns i första hand för ungdomar och framför allt för skolungdom men även för de värnpliktsmänstrade. Undersökningarna visade att pojkarna i årskurs 9 hade en relativt oförändrad alkoholkonsumtion under första hälften av 1970-talet, medan flickornas konsumtion tilltog. I anslutning till mellanöllets avskaffande år 1977 ökade konsumtionen av öl (klass II) och starköl fram till år 1979, både bland pojkar och flickor. Den totala ölkonsumtionen var dock betydligt lägre än under "mellanölstiden". Under åren 1979 till 1981 minskade konsumtionen av samtliga alkoholdrycker. Sedan denna period har konsumtionen varit relativt oförändrad eller eventuellt ökat något under senare år, med undantag för vinkonsumtionen, som fortsatt att minska bland ungdomar.

Den beräknade genomsnittliga årskonsumtionen bland elever i årskurs 9 sjönk således mellan åren 1977 och 1981 från ca 4 liter 100-procentig alkohol bland pojkarna och ca 3,5 liter bland flickorna, till ca 2,3 liter respektive 1,6 liter. Sedan början av 1990-talet finns dock en tendens till ökning av konsumtionen. Enligt CAN:s skolundersökningar var pojkarnas alkoholkonsumtion i årskurs 9 år 1990 3,0 liter ren alkohol per år och flickornas 1,8 liter. År 1997 var motsvarande siffror 3,2 respektive 2,0. Såväl pojkar som flickor har således ökat sin konsumtion.

Ökningen av skolungdomens totalkonsumtion motsvaras av en ökning av deras berusningskonsumtion resp. intensivkonsumtion. Berusningskonsumtion definieras i studierna som ungdomens upplevelse av berusning och intensivkonsumtionen som ungdomens skattning av sin egen högkonsumtion. Med intensivkonsumtion menas därvid konsumtion vid ett och samma tillfälle av minst en halv flaska starksprit eller 1 helflaska vin eller fyra starköl. Under 1990-talet har såväl andelen ungdomar som berusar sig ofta som andelen som uppger s.k. intensivkonsumtion minst en gång i månaden ökat jämfört med 1980-talet. Redan under åren 1976 och 1977 inträffade emellertid ett maximivärde när det gäller berusningsbenägenheten såväl bland pojkar som bland flickor i årskurs 9.

Konsumtion av t.ex. hembränd sprit har undersökts genom skolundersökningarna sedan år 1991 och det har därvid framkommit att en viss ökning ägt rum av andelen elever som någon gång druckit hembränd sprit de senaste 12 månaderna. Den trenden gällde dock inte åren 1996 och 1997 jämfört med år 1995. Utvecklingen gällde framför allt ungdomar som hade möjlighet att lätt skaffa hemtillverkad sprit.

Berusningsbenägenheten bland de mönstrade visar också en liknande utveckling med en kraftig minskning från år 1977 fram till mitten av 1980-talet. Konsumtionen bland de mönstrade av s.k. hembränd sprit i berusningssyfte visar på en ökning från början på 1990-talet och framåt.

Regionala skillnader

I Sverige har de tre storstadsregionerna den högsta frekvensen alkoholrelaterade dödsfall. Göteborgs och Bohus län hade mellan åren 1994 och 1996 exempelvis mer än dubbelt så många dödsfall som Kronobergs län, där frekvensen alkoholrelaterade dödsfall var lägst. Samtidigt har de alkoholrelaterade dödsfallen i Stockholm och Göteborg minskat med över 30 procent på 15 år medan de samtidigt ökat med 10 procent i Malmöhus län.

Skillnaden i alkoholrelaterad dödlighet mellan kommunerna är större än den som föreligger mellan länen. De kommuner som ligger högst har mellan fem och sex gånger högre alkoholrelaterad dödlighet jämfört med de som har den lägsta dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar.

Socioekonomiska skillnader

Enligt analyser av tre olika surveymaterial från 1990-talet finner vi i dag små skillnader i alkoholkonsumtion mellan olika utbildnings- och yrkesbaserade klasser.¹⁸ Under motbokstidens sista år och även under 1960-talet fanns det dock mycket som talade för att konsumtionen var högst i de högre sociala skikten. För männen har en utjämningsprocess pågått under de senaste 30–40 åren, vilket lett till att konsumtionen i dag är ungefär densamma i de olika klasserna. Även för kvinnorna är skillnaderna mindre i dag än tidigare även om en del fakta tyder på att konsumtionen genomgående är högre bland de högutbildade och i tjänstemannaklasserna.

Trots att den genomsnittliga konsumtionen är tämligen lika för t.ex. arbetare och tjänstemän är andelen manliga högkonsumenter större bland

¹⁸ Leifman H. *Socialklass och alkoholvanor*. Folkhälsoinstitutet 1998.

arbetarna. Det tycks vidare vara så att den andel som drabbas av de negativa följderna av alkoholbruk och alkoholmissbruk är större inom de resurssvaga grupperna än inom de resursstarka, trots att per capitakonsumtionen i stort sett är densamma. En tänkbar förklaring är att det sociala skyddsnetet är svagare för de lägre sociala skikten. Det är mycket möjligt att alkoholmissbrukare tillhörande "högre klasser" kan behålla sin sociala position under längre tid än de missbrukare, som tillhör de lägre klasserna. Den sociala sårbarheten är således större vid samma konsumtion i de lägre sociala skikten.

Alkoholkonsumtion och våld

Alkohol spelar en betydande roll som utlösande faktor vid våldsbrott. Cirka 70 procent av alla gärningsmän och ungefär 40 procent av alla offer för polisanmält våld är alkoholpåverkade. Dessutom sker en stor del av det polisanmälda våldet i anknytning till restauranger och andra platser där alkoholdrycker serveras. En ökning av den årliga alkoholkonsumtionen med en liter 100-procentig alkohol per vuxen och år har visat sig öka misshandeln med runt 10 procent.

Sambandet mellan alkohol och våld är generellt sett starkare i länder där man dricker för att berusa sig (t.ex. i Sverige) än i länder där alkoholkonsumtionen är mer jämnt fördelad över tiden. Beräkningar som gjorts har visat att om den genomsnittliga alkoholkonsumtionen ökar med 5 liter 100-procentig alkohol skulle antalet mord eller dråp öka årligen med 100 och antalet anmälda fall av misshandel med ca 22 000.¹⁹ Utöver den kända och anmälda våldsbrottsligheten, som i dag är ca 55 000–60 000 per år, finns det en dold våldsbrottslighet som uppgår till åtminstone 700 000–800 000 per år. En betydande del av den brottsligheten inträffar inom familjen och det närmaste nätverket och sannolikt spelar alkoholen även här en betydande roll som utlösande faktor.

Effekter för individ och samhälle

Varje år avlider mellan 5 000 och 6 000 personer till följd av alkoholrelaterade sjukdomar eller skador. Alkoholpåverkade trafikanter, såväl förare som andra, står för åtminstone 125 dödsfall i trafiken varje år. Cirka 10 procent av patienterna inom den slutna sjukhusvården lider av alkoholrelaterade sjukdomar. Mellan 15 och 30 procent av patienterna

¹⁹ Holder et al. Potential consequences from possible changes to nordic retail alcohol monopolis resulting from european union membership. *Addiction* 1995.

som söker vård på sjukhusens akutmottagningar är antingen alkoholpåverkade och/eller kända missbrukare. Mer än 100 000 barn uppskattas växa upp i hem där minst en av föräldrarna har alkoholproblem. Man beräknar att det varje år föds mellan 100 och 200 barn med skador som orsakats av mödrarnas alkoholproblem. Det är således en omfattande problemkatalog för samhälle och individ där bruk och missbruk av alkohol spelar en mer eller mindre avgörande roll.

Avslutningsvis kan i detta sammanhang nämnas att det gjorts flera försök att uppskatta de samhällsekonomiska kostnaderna för missbruket av alkohol. De totala samhällsliga kostnaderna för bl.a. sjukvård, produktionsbortfall, rättsväsende m.m. uppgår enligt vad som framkommit ovan till mellan 50 till 100 miljarder per år.

9.3.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

Den totala försäljningen av alkoholdrycker i Sverige ökade relativt kontinuerligt från 1960-talet till mitten av 1970-talet. I bakgrunden fanns inledningsvis som förklaring lättningen i den restriktionspolitik, som inleddes under perioden kring första världskriget bl.a. med införandet av motboken. Bakgrunden till restriktionspolitiken utgjordes av det omfattande missbruk som då förekom och som medförde synnerligen stora sociala, ekonomiska och medicinska konsekvenser. Under den period som föregick motbokens införande och därefter spelade nykterhetsrörelsen en betydande ideologisk roll som opinionsbildare för att motverka alkoholmissbruk i samhället.

Den mest betydande och avgörande försvagningen av restriktionspolitiken inträffade år 1955, då motboken avskaffades. År 1956 genomfördes en kraftig prishöjning på alkoholdrycker, som markerade en övergång från en tillgänglighetsbegränsande alkoholpolitik till en högprispolitik. Från denna tidpunkt har priset varit ett centralt alkoholpolitiskt instrument.

Från åren omkring 1960 till mitten av 1970-talet ökade alkoholkonsumtionen i Sverige kraftigt. Det var inte bara lättningarna i restriktionspolitiken som medförde konsumtionsökningen av alkoholdrycker utan minst lika avgörande var den starka stegring av köpkraften som ägde rum efter andra världskriget. Införandet av det alkoholstarkare mellanölet år 1965 bidrog också med stor sannolikhet till den registrerade försäljningsökningen. Efter år 1976 minskade dock försäljningen kontinuerligt fram till år 1984 och sedan mitten av 1980-talet har den

totala registrerade försäljningen av alkoholdrycker legat på mellan 6 och 6,5 liter.

Den alkoholrelaterade dödligheten steg kraftigt i början av 1960-talet och fram till år 1979 och därefter har en minskning av dödligheten ägt rum. Utvecklingen följer, med några års förskjutning, relativt väl utvecklingen av alkoholförsäljningen. Under den senare delen av 1990-talet har den alkoholrelaterade dödligheten varit relativt konstant.

Den gradvisa avvecklingen av restriktionspolitiken med en minskad samhällelig kontroll av alkoholhanteringen, det ökade utbytet med andra länder, anammandet av en delvis förändrad dryckeskultur, har betytt mycket för den utveckling som ägt rum. Den förändrade dryckeskulturen har t.ex. inneburit att den traditionella storkonsumtionen av starksprit kring helger och storhelger har kompletterats med ett mer eller mindre regelbundet öl- och vindrickande under inflytande av ett kontinentalt dryckesmönster. Det ökade resandet till andra länder har t.ex. medfört att införsel av alkoholdrycker i större mängder till Sverige sannolikt påverkat konsumtionen och konsumtionsmönstret av alkoholdrycker på ett betydande sätt. Det har också skett en viss utjämning av skillnaderna i konsumtionsmönstret mellan könen samtidigt som konsumtionsdebuten förskjutits nedåt i åldersgrupperna.

På senare år har ytterligare några faktorer tillkommit som sannolikt påverkat konsumtionen på ett betydande sätt. Konsumtionen av "svartsprit" har enligt tillgängliga data ökat betydligt. Den illegala privata införseln av alkoholdrycker från utlandet har t.ex. ökat avsevärt. De minskade möjligheterna till gränskontroll bl.a. i samband med EU-anslutningen har här spelat en betydande roll. Ytterligare en faktor är att kontrollen av hanteringen av den industriella tekniska spriten har sådana uppenbara brister att den sannolikt "läcker ut" på ett illegalt sätt och används för konsumtion. Den nu pågående Alkoholutredningen har som sitt uppdrag att se över lagstiftningen om hantering och tillverkning av den tekniska spriten men även av formerna för tillsynen av sådan verksamhet.

Den svenska alkoholpolitiken har hittills, trots de betydande förändringar som ägt rum i villkoren för den, bidragit till att hålla alkoholkonsumtionen och de alkohol- och drogrelaterade problemen på en lägre nivå jämfört med flertalet länder i Europa. Den nationella alkohol- och narkotikapolitiken har utgjort ett viktigt stöd för det lokala och regionala förebyggande arbetet i Sverige.²⁰ Den ekonomiska krisen i Sverige under 1990-talet med hög arbetslöshet kan ha medfört att alkoholmissbruket utvecklats i en negativ riktning i vissa riskgrupper och kanske framför

²⁰ Folkhälsoinstitutet. *Nationell handlingsplan för alkohol- och drogförebyggande insatser*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1995.

allt bland en del ungdomar, som helt eller delvis saknat förankring på arbetsmarknaden. Det finns emellertid inga enkla samband mellan arbetslöshet och alkoholskador. Nettoeffekten av ökad arbetslöshet är sammantaget sett troligen färre alkoholproblem i samhället, även om problemen i vissa grupper kan ha ökat.

Sveriges allt starkare anknytning till Europa – i samband med EES-avtalet år 1994 och framför allt genom EU-medlemskapet år 1995 – har förändrat villkoren för bedrivandet av en ”traditionellt” restriktiv alkoholpolitik. EU-medlemskapet medförde bl.a. att de statliga alkoholmonopolen, med undantag för detaljhandelsmonopolet, avskaffades. Denna förändring innebar att statens kontroll över alkoholhanteringen minskade och att antalet aktörer på området med privata vinstintressen ökade.

De senaste årens förändringar har medfört att de två kanske viktigaste alkoholpolitiska instrumenten, nämligen prispolitiken och detaljhandelsmonopolet, satts under stor press. Allt har skett under en tid med för svenska förhållanden hög arbetslöshet. Dessa förändringar har också ägt rum i en tid när konsumtion av alkoholdrycker, här avses främst öl, och benägenheten att pröva narkotika ökat bland ungdom.

Påverkansmöjligheter i ett EU-perspektiv

De regionala och lokala nivåernas ansvar för det alkohol- och drogförebyggande arbetet har i det läge som uppkommit betonats alltmer. Det är emellertid nödvändigt att utveckla och utvärdera effekterna av nya alkohol- och drogförebyggande strategier såväl på lokal som på regional nivå.

Den hittillsvarande politiken har främst kännetecknats av befolkningsinriktade åtgärder, som syftar till att begränsa tillgängligheten av och efterfrågan på alkoholdrycker, avskärma privata intressen från handeln med alkoholdrycker och motverka alkohol- och drogmissbruk bland ungdom. Prishöjningar har givetvis också påverkat eller ansetts påverka efterfrågan. Av dessa är det egentligen enbart direkta åtgärder mot efterfrågan som inte påverkats nämnvärt av den senaste tidens förändringar. Det är därför knappast någon överdrift att påstå att utformningen av framtidens alkoholprevention är oviss.

Dessa yttre förhållanden, som på ett markant sätt förändrat förutsättningarna för den svenska alkoholpolitiken, bör självklart vägas in vid utformningen av den svenska alkoholpolitiken i framtiden och speciellt de långsiktiga målen för denna. Ett sådant övervägande får däremot inte bli så pass dominerande att de nationella handlingsalternativ som faktiskt finns kvar kommer i bakgrunden. Gränshandeln utgör ett exempel på denna frågeställning. När undantagsavtalet med EU löper ut år 2000,

eller om det förlängs till år 2004 innebär detta inte att Sverige helt måste anpassa sig till EU:s generella regler för införsel av alkoholdrycker i samband med resor över nationsgränserna.

Debatten har ibland givit intrycket av att Sverige ovillkorligen tvingas anpassa sina bestämmelser till de som gäller mer generellt inom EU. Förändringarna av de nu gällande reglerna kommer emellertid inte att vidtas utan föregående förhandlingar mellan Sverige och EU och utgången av dem kommer att vara beroende av vilken vikt som man från svensk sida lägger vid kravet på en förlängd undantagsordning.

Betydelsen av att slå vakt om de delar av det alkoholpolitiska regel-systemet som inte anses vara i konflikt med EG-rätten bör framhållas. Om sänkta alkoholpriser genom sänkta alkoholskatter bedöms som politiskt nödvändiga att göra – under trycket av en ökad legal och illegal införsel av alkoholdrycker – så blir det exempelvis alltmer väsentligt med utgångspunkt från ett folkhälsoperspektiv att upprätthålla Sveriges detaljhandelsmonopol.

Den viktigaste konsekvensen hittills av medlemskapet i EU har som nämnts varit en avveckling av de tidigare statliga alkoholmonopolen inom alla områden utom inom detaljhandeln dvs. av export-, import-, tillverknings- och partihandelsmonopolen. Avmonopoliseringen hade egentligen inga för allmänheten omedelbart synliga konsekvenser, men den medförde en påtaglig ökning av antalet relativt starka privata intressenter på en växande privat marknad för import och vidareförsäljning av alkoholdrycker men även med tiden för en ökande produktion av alkoholdrycker.

Effekterna av kommersialiseringen på längre sikt går knappast att uttala sig om, men det förefaller sannolikt att den kommer att utsätta den återstående alkohol- och folkhälsopolitiskt motiverade regleringen av marknaden för alkoholdrycker för ett växande tryck i en liberaliserande riktning.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Bristen på kunskaper om lokala och regionala skillnader när det gäller konsumtionsnivå och befintliga problem orsakade av en för hög alkoholkonsumtion är påtagliga. Men det finns trots allt data som tyder på att skillnaderna mellan olika regioner ibland är relativt stora eller t.o.m. mycket stora. Det är viktigt att det finns kunskaper om den lokala konsumtionen och vilka problem som föreligger i samband med att lokala eller regionala strategier skall utformas.

När nu de övergripande och generella alkoholpolitiska åtgärderna delvis kan mista sin kraft blir det desto viktigare att kunskaperna blir

bättre om effekterna av alternativa preventiva insatser. Här avses t.ex. sekundärpreventiva insatser till sårbara riskgrupper. Vilka effekter som mer allmänt inriktade informationskampanjer till befolkningen i sin helhet har är ett annat område där det behövs mer forskning.

Kunskapsnivån behöver också höjas när det gäller effekterna av olika åtgärder mot sådana dryckessituationer som alstrar betydande problem. Här kan t.ex. nämnas åtgärder mot berusningsdrickandet till helger eller åtgärder som inriktar sig mot problem som uppstår på eller utanför restauranger också delvis i samband med berusningsdrickande.

Den s.k. smuggelspriten utgör ett betydande samhälleligt problem. Kunskaperna är för närvarande otillräckliga när det gäller vilka som står bakom distributionssystemet kring smuggelspriten. På vilket sätt är organisationen uppbyggd och vilka är egentligen gärningsmännen? När det gäller tillverkning av hembränd sprit är kunskaperna större när det gäller vilken grupp av individer som svarar för tillverkning och distribution.

Den medicinska nyttan av konsumtion av alkoholdrycker har diskuterats mycket. Det finns forskning som tyder på att konsumtion av alkoholdrycker kan ha vissa positiva medicinska effekter. Resultaten är dock omtvistade och kan inte ligga till grund för förändrade rekommendationer avseende alkoholintag.²¹ Kunskaperna behöver bli större när det gäller konsumtionsnivå och målgrupp m.m. där sådana positiva medicinska effekter kan tänkas föreligga.

9.3.3 Befintliga mål och strategier

Nationell handlingsplan

Under intrycket av de påfrestningar som den svenska alkoholpolitiken väntades bli utsatt för till följd av närmandet till EG och senare EU, uppdrog regering och riksdag år 1994 åt Folkhälsoinstitutet att utarbeta en nationell handlingsplan för alkohol- men även för drogförebyggande insatser i allmänhet. Planen, som togs fram i samverkan mellan en rad myndigheter, innehöll bl.a. en övergripande strategi för det lokala förebyggande arbetet inom alkohol- och narkotikaområdet. I planen formulerades också vissa grundläggande alkoholpolitiska mål och "etiska principer" för det förebyggande arbetet. Även framöver borde, vilket underströks i planen, "basen i det förebyggande arbetet utgöras av in-

²¹ Andréasson S. Alcohol and J-shaped Curves. *Alcohol Clinical and experimental research*, No 7, 1998: p. 359S-364S.

satser som riktas till hela befolkningen”, vilka sedan borde kompletteras med riktade insatser till särskilda riskgrupper eller risksituationer.

Organiserat samarbete mellan staten och alkoholbranschen

På Socialdepartementets initiativ har en statlig kommitté, OAS (Oberoende Alkohol Samarbete), bildats för att initiera, samordna och effektivisera informations- och opinionsinsatser med syftet att främja måttfullhet och återhållsamhet i bruket av alkoholdrycker men även för att motverka alkoholskador. I kommittén ingår bland annat representanter för regeringskansliet, berörda myndigheter och företrädare för alkoholbranschen.

Förslag till en ny myndighetsstruktur på drogområdet

Många myndigheter är nu engagerade på olika sätt i alkoholfrågan på det statliga området. För tillsyn, uppföljning, kontroll, utveckling, tillståndsgivning m.m. återfinns mer än en handfull myndigheter. Som exempel kan förutom Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet nämnas Alkoholinspektionen, Läkemedelsverket och länsstyrelserna. På Socialdepartementets uppdrag har Statskontoret mot den här bakgrunden i en rapport, Samordning mot droger (1998:22), föreslagit en förändrad myndighetsstruktur inom alkohol- och narkotikaområdet (AN-området).

Alkoholpolitisk proposition, våren 1999

I regeringens alkoholpolitiska proposition 1998/99:134, som riksdagen kommer att fatta beslut om under hösten 1999 föreslås att målen för den svenska alkoholpolitiken ligger fast. Totalkonsumtionen och alkoholens skadeverkningar skall minska. Det framhålls vidare i propositionen att på grund av att verkligheten har förändrats och Sverige blivit allt mer internationaliserat, har förutsättningarna för den traditionella alkoholpolitiken förändrats.

Regeringen föreslår i propositionen bl.a. att inte bara tillverkning och försäljning utan även förvärv och innehav av illegalt tillverkad svartsprit skall kriminaliseras. Vidare föreslås att Systembolaget skall kunna ha öppet till klockan 20.00 måndag till fredag men även ha öppet på lördagar inför storhelger samt på försök i vissa delar av landet till klockan 15.00 under samtliga lördagar. Systembolaget föreslås också få rätt att utöka antalet mindre butiker med ett begränsat sortiment. I propositionen föreslås också att en särskild bestämmelse förs in i alkohol-

lagen om att alkoholreklam inte får rikta sig särskilt till barn och ungdom.

I propositionen 1998/99:134 föreslås vidare att Folkhälsoinstitutet ombildas till en ny stabsmyndighet till regeringen på alkohol- och narkotikaområdet med uppgift att följa utvecklingen på området, ta fram nationella handlingsplaner, stå för kunskapsförsörjning och utveckling av metoder samt arbeta med underlag som hör samman med regeringens ledning, styrning och utvärdering av folkhälsoområdet. Ytterligare ett förslag i propositionen är att det s.k. OAS-samarbetet permanentas och ges formen av en allmännyttig förening.

Påverkansmöjligheter i ljuset av totalkonsumtionsmodellen

Den senaste tidens alkoholpolitiska förändringar har fört med sig att alternativa former av prevention börjat diskuteras liksom att brister inom dagens alkoholprevention och alkoholpolitik har uppmärksammats. Den teoretiska modellen bakom stora delar av den svenska (folkhälsoinriktade) alkoholpolitiken de senaste årtiondena har varit den s.k. totalkonsumtionsmodellen.²² Modellen sätter medelkonsumtionen i blickpunkten; genom att hålla den totala (per capita) konsumtionen av alkoholdrycker på en låg nivå, något som främst sker genom begränsningar av tillgängligheten, så påverkar detta alkoholkonsumtionen för i stort sett hela befolkningen, inklusive gruppen högkonsumenter och alkoholmissbrukare.²³ Även alkoholproblemets omfattning i samhället minskar. Modellens grundläggande utgångspunkt, nämligen att man genom allmänna befolkningsinriktade åtgärder kan påverka konsumtionens storlek och alkoholproblemets omfattning, bör även fortsättningsvis utgöra basen för den svenska alkoholpolitiken. Därutöver måste samhället satsa betydande krafter på riktade insatser som motverka alkoholkonsumtionen bland ungdom, högkonsumenter och andra riskgrupper.

Om alkoholpolitiken inte ges en grundläggande generell inriktning, kommer den inte att klara av sin viktigaste uppgift, nämligen att förebygga framtida alkoholskador genom att motverka nyrekryteringen av unga människor till högkonsumtion och missbruk av alkohol.

²² Lederman S. *Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social*. Paris: Presses Universitaires de France, 1956.

²³ Holder H, Wallack L. Contemporary perspectives for preventing alcohol problems: An empirically-derived model. *J Public Health Policy* 1986;324–339.

Enligt en del forskare uppvisar totalkonsumtionsmodellen dock vissa brister. I stora stycken har den utvecklats på grundval av intervju- eller enkätundersökningar, där av allt att döma alkoholmissbrukare och högkonsumenter är kraftigt underrepresenterade och där de som trots allt deltar underrapporterar sin alkoholkonsumtion och sina alkoholproblem. Därmed har också deras bidrag till den totala alkoholkonsumtionen och till olika alkoholproblem inte blivit korrekt skattade. Andra forskare menar att bortfallsproblemet inte utgör någon tung invändning mot totalkonsumtionsmodellen.

Det är egentligen först när konsumtionen av alkohol sätts i relation till skador som totalkonsumtionsmodellen blir alkoholpolitiskt intressant. Modellen säger att ju högre totalkonsumtion, desto mer omfattande alkoholskador bland samhällets medborgare. Även i detta sammanhang bör man i större utsträckning än i dag orientera sig mot åtgärder som syftar till att direkt dämpa de negativa konsekvenserna av konsumtion av alkoholdrycker utan att sådana åtgärder fokuseras på att reducera totalkonsumtionen.

Vissa alkoholproblem i ett samhälle kan förmodligen minskas utan att den totala konsumtionen reduceras. Framst gäller detta de sociala problem som följer av missbruk av alkoholdrycker. Ett sådant problem är rattfylleri, där samhället uppenbarligen genom ett åtgärdsprogram påverkat medborgarnas beteenden.

Allt färre individer kör bil med alkoholdrycker i kroppen och den utvecklingen har åstadkommit under en period med tämligen konstant eller eventuellt med en stigande konsumtion av alkoholdrycker. I detta fall är det troligen främst "vanliga normalkonsumenter" och de mer socialt integrerade högkonsumenterna som förändrat sina vanor. Det finns även underlag för att påstå att mer marginaliserade högkonsumenter och missbrukare också har påverkats av olika generella åtgärder.

Förutom de befolkningsinriktade primärpreventiva åtgärderna kan en rad andra åtgärder också bidra till problemens minskning. Det står utom allt tvivel att även högkonsumenter och till viss del missbrukare kan nås genom primärpreventiva åtgärder som t.ex. genom den lördagsstängning av Systembolagets butiker som ägde rum i början av 1980-talet. Det finns en grupp konsumenter som är svårare att påverka med primärpreventiva åtgärder och som dessutom svarar för en betydande andel av olika alkoholrelaterade problem i samhället. Deras bidrag till samhällets totala alkoholskador bedöms emellertid nu som mindre än tidigare av en del forskare, medan andra forskare är av motsatt uppfattning. Vissa forskare påstår också att det går att påverka storleken på den här andelen långsiktigt med såväl primärpreventiva som sekundärpreventiva åtgärder.

Påverkansmöjligheter genom lokala och regionala alkoholpolitiska program

Lokala befolkningsinriktade förebyggande program har utvecklats under de gångna 20–25 åren i första hand med syftet att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar, men också för att förebygga alkoholrelaterade sjukdomar och skador.^{24,25,26,27,28} Dessa lokala förebyggande program har haft hela befolkningen som målgrupp, medan den förebyggande strategin har byggts på en tvärsektoriell ansats, på ett aktivt befolkningsdeltagande och på en kombination av olika förebyggande metoder. Resultaten av utvärderingarna har emellertid inte varit entydiga, eftersom det varit svårt att skilja dessa befolkningsinriktade förebyggande programs effekter från andra påverkande faktorer i omgivningen.

Endast några få befolkningsinriktade alkoholförebyggande program har kunnat visa effekter på aggregerad befolkningsnivå.²⁹ Å andra sidan har det visat sig möjligt att utveckla och implementera nya förebyggande metoder på lokal nivå, att skapa nya tvärsektoriella nätverk som bas för det förebyggande arbetet och att få den lokala nivån att ta ansvar för de förebyggande programmen. Det är således möjligt att implementera lokala befolkningsinriktade förebyggande program kring så svåra och privata ting som alkoholvanorna.³⁰

²⁴ Mittelmark MB, Leuper RV, Jacobs DR, et al. Community-wide prevention of cardio-vascular disease: Education strategies of the Minnesota Heart Health Program. *Prev Med* 1986;15:1–17.

²⁵ Casswell S. Public discourse on alcohol implications for public policy. In: Holder, HD, Edwards, G (eds). *Alcohol and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

²⁶ Holder HD, Saltz RF, Grube JW, Voas RB, Gruenewald PJ, Tren, AJ. A community prevention trial to reduce alcohol-involved accidental injury and death: Overview. *Addiction* 1997;92 (Supplement 2):S155–S171.

²⁷ Hanson BS, Larsson S, Bracht N. Early experiences from the Kirseberg Public Health Project in Malmö, Sweden. *Health Promotion International* 1991;6:111–119.

²⁸ Holmila M (eds). *Community Prevention of Alcohol Problems*. London: Macmillan Press Ltd, 1997.

²⁹ Holder HD, Saltz RF, Grube JW, Voas RB, Gruenewald PJ, Tren, AJ. A community prevention trial to reduce alcohol-involved accidental injury and death: Overview. *Addiction* 1997;92 (Supplement 2):S155–S171.

³⁰ Holmila M (eds). *Community Prevention of Alcohol Problems*. London: Macmillan Press Ltd, 1997.

Påverkansmöjligheter i arbetslivet

På arbetsplatserna är det riskabla bruket eller missbruket av alkohol ofta dolt. De flesta människor med begynnande eller etablerade missbruksproblem har en anställning och tillbringar de flesta av årets dagar på sin arbetsplats. Arbetstagares missbruk innebär en mängd nackdelar för arbetsgivaren, arbetskamraterna och naturligtvis för missbrukaren själv. Olycksfallsfrekvensen och riskerna för skador ökar samtidigt som effektiviteten i arbetet minskar, arbetsprestationerna försämras och frånvaron ökar. Risken för minskad trivsel på arbetsplatsen blir därmed betydande.

Av bl.a. dessa skäl samt för att motverka att människor slås ut från arbetsmarknaden, ställer flera lagar krav på arbetsgivare och arbetslivet i övrigt att motverka missbruk hos anställda. Arbetslivet har goda förutsättningar att tillgodose dessa krav, bl.a. mot bakgrund av att det sociala nätverket har mycket stor betydelse för de flesta människor. För dem som saknar egen familj eller inte har så stor vänskrets eller bekantskapskrets är sannolikt arbetsplatsen och relationerna med arbetskamraterna särskilt betydelsefulla.

Det förebyggande arbetet mot alkoholproblem inom arbetslivet kan bedrivas på olika sätt. Många av dessa insatser har haft framgång, om än i varierande grad. För framgång krävs insatser på alla nivåer, såväl generella och riktade förebyggande åtgärder som vård och behandling. Vidare krävs det samverkan mellan olika aktörer. Arbetsplatsen skall utgöra basen för verksamheten. Den är utgångspunkt för både generella och individuella förebyggande insatser. En förutsättning för ett framgångsrikt arbete mot alkoholmissbruk är att företagen har en egen policy och ett handlingsprogram, som är känt av alla på arbetsplatsen och väl förankrat hos både arbetsgivare och arbetstagare.

9.3.4 Mål och strategier

Mål

1. *Alkoholkonsumtionen skall minska*

- Den samhälleliga kontrollen och inflytandet över försäljningen av alkoholdrycker skall vara fortsatt stark. Information och attitydskapande insatser skall dämpa efterfrågan.

2. *Höjd debutålder för alkoholkonsumtion med syftet att uppnå en alkoholfri uppväxt*

- Kommunerna bör skärpa tillsynen när det gäller efterlevnaden av bestämmelser om åldersgränser för servering och inköp av både folköl och andra alkoholdrycker.
- Den uppsökande verksamheten i riskmiljöer bör intensifieras.
- Alkoholdryckernas tillgänglighet för ungdomar och studerande bör reduceras.
- Föräldrarnas roll som förebilder när det gäller formerna för alkoholkonsumtion bör uppmärksammas särskilt.

3. *Alkoholrelaterade skador skall minska, särskilt i de grupper som har en omfattande konsumtion av alkoholdrycker och som samtidigt lever i en utsatt social situation*

- Sjukvården och framför allt primärvården skall arbeta med identifiering av riskgrupper, upplysning, information och rådgivning till riskgrupperna.
- Våldet bland missbrukare och dess effekter för anhöriga och samhället i övrigt bör ägnas särskild uppmärksamhet.

4. *Informera och sprida kunskap om alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar i olika skeden i livet*

- Barn- och mödrahälsovården skall sprida kunskap om alkoholens skadeverkningar.
- Skolan bör intensifiera sin information och sitt attitydskapande arbete när det gäller droger och drogmissbruk.

5. *Reducerat berusningsdrickande*

- Kommunerna bör skärpa kontrollen över miljöer där berusningsdrickande förekommer och förstärka den uppsökande verksamheten.

6. *Punktnykterhet i samband med graviditet, i väg- och sjötrafik, på arbetet samt i idrotts- och motions-sammanhang*

- Samhället kan stödja ideella föreningar att sprida kunskap om alkoholen och dess skadeverkningar i samband med idrottsverksamhet.
- Arbetsgivare och fackliga organisationer bör gemensamt uppmärksamma alkoholproblem på arbetsplatsen.
- Föreningar som ej följer samhällets alkoholpolitik skall ej beviljas medel från samhället till sin verksamhet.

7. *Reducerad tillgång till "svartsprit"*

- Samhällets kunskaper om hanteringen av "svartsprit" måste bli större samtidigt som samhällets kontroll och möjligheter till att ingripa mot hanteringen av "svartsprit" måste bli bättre, eftersom "svartspriten" sätter den svenska alkoholpolitiken under stor press.

Inledande synpunkter

Forskningen ger stöd för att befolkningsinriktade insatser – för att förhindra att problem över huvud taget uppstår (primärprevention) – bör vara basen i det alkohol- och drogförebyggande arbetet. Till dessa insatser fogas förebyggande åtgärder för högriskindivider (sekundär prevention) samt strategier och metoder för att minska berusningsdrickandet.

De befolkningsinriktade primärpreventiva insatserna omfattar tre huvudstrategier.³¹ För det första är det fråga om att minska tillgängligheten (prispolitik, försäljningsmonopol, åldersgränser, begränsning av antalet utskänkningstillstånd och öppettider, polis- och tullinsatser etc.), för det andra är det fråga om metoder med syftet att minska individernas efterfrågan (informations- och opinionsbildning) och för det tredje metoder att tillskapa s.k. stödjande miljöer (miljöer där risken är mindre att människor berusar sig).

Ur folkhälsosynpunkt är metoder för att begränsa tillgängligheten effektiva. Det finns ett omfattande vetenskapligt underlag som bevis för detta. Med dessa metoder kan man påverka alkoholvanorna men även de problem i befolkningen som är relaterade till en för hög konsumtion av alkoholdrycker, speciellt hos grupper med en låg utbildning och som

³¹ Hanson BS. Erfarenheter av befolkningsinriktat alkoholförebyggande arbete. *Forskning och fakta* nr 12, 1993.

befinner sig i en utsatt social situation. På flera områden kommer den i Sverige väl etablerade restriktiva alkoholpolitiken att kunna tillämpas även i framtiden. I andra avseenden kan den komma att försvagas, främst när det gäller prispolitiken. Denna försvagning måste, så långt det är möjligt, mötas med kraftfulla kompensatoriska insatser inom olika områden. Av mycket stor betydelse blir det därför att förstärka det alkohol- och drogpolitiska arbetet på lokal och regional nivå och att utveckla metoderna för sådant arbete.

Utbildning och information utgör inte några universalmetoder för att påverka alkohol- och narkotikavanorna i befolkningen. Dessa insatser ger oftast små framgångar om de används isolerade var och en för sig. Kunskapsnivån kan ökas medan attityder och beteenden är betydligt svårare att påverka. Det är dessutom i första hand grupper i befolkningen med en hög utbildning som påverkas av dessa metoder. Intresset har dock alltmer kommit att förskjutas mot metoder, som mera direkt kan påverka beteenden utan att man använder "omvägen" över ökade kunskaper och ändrade attityder (träna färdigheter att stå emot gruppträck, ta fram metoder för att testa den egna alkoholkonsumtionen etc.).

Enligt många studier föreligger det ett statistiskt samband mellan en måttlig alkoholkonsumtion å ena sidan och en minskad risk för hjärt- och kärlsjukdomar å den andra. Detta har tolkats som att alkohol, eller vissa alkoholdrycker (främst vin), kan ha en skyddande effekt på hjärta och kärl. Frågan om den statistiska samvariationen också är ett orsaks-samband är emellertid fortfarande omstridd. Nationella Folkhälso-kommittén delar medicinska Forskningsrådets slutsats från en "State-of-the art"-konferens i ämnet år 1997, att en allmän rekommendation om ett måttligt alkoholinlag i syfte att förebygga kranskärlssjukdomar inte framstår som försvarlig.

Nyckelbegreppet i ett modernt folkhälsoarbete är "stödjande miljöer". Begreppet lanserades vid Världshälsoorganisationens konferens i Ottawa i Kanada år 1986 och konkretiserades vid WHO:s Sundsvalls-konferens år 1991. Målet för folkhälsoarbetet är att skapa stödjande och hälsofrämjande miljöer där människor lever och verkar, dvs. i familjen, i bostadsområden/byar, i förskolor och skolor, på arbetsplatser, i föreningar etc. Dessa miljöer kännetecknas bl.a. av att människor ges möjlighet att påverka sin egen livssituation och knyta sociala kontakter och få ett gott socialt stöd där basen är medverkan från de berörda. Detta stimulerar till en social förankring och ett aktivt socialt deltagande samt underlättar för människor att på ett bra sätt hantera vardagens krav och göra hälsosamma val.

Om ett lokalt alkohol- och drogförebyggande programarbete skall bli framgångsrikt och långvarigt måste det implementeras och integreras i

vardagsarbetet i kommunens olika verksamheter och bygga på en kombination av väldokumenterade metoder. Det måste även finnas ett tydligt mandat i form av politiska beslut kring det alkohol- och drogpolitiska arbetet. Det förebyggande arbetet måste baseras på ett aktivt och tvärsektorielt samarbete mellan olika verksamheter i kommunen (kommunala förvaltningar, statliga myndigheter, frivilliga organisationer etc.) och utgå från en gemensam målsättning för det förebyggande arbetet.³²

Det nationella alkohol- och drogförebyggande arbetet skall i första hand ses som ett stöd åt och en stimulans av det lokala och regionala alkohol- och drogpolitiska arbetet. En förutsättning för att uppnå hög kvalitet i det förebyggande arbetet är att det dokumenteras, följs upp och utvärderas.

Mål, strategier och aktörer

Alkoholkonsumtionen skall minska

Regering och riksdag har upprepade gånger slagit fast att det övergripande alkoholpolitiska målet är att pressa tillbaka alkoholkonsumtionen med syftet att begränsa alkoholskadorna. För Sveriges del angavs att 25-procentmålet skulle utgå från 1980 års nivå och att det skulle uppnås år 2000. Nu har emellertid ett nytt hälsopolitiskt mål antagits av WHO:s europaregion, som innebär att konsumtionen skall begränsas till 6,0 liter ren alkohol per år för dem som är över 18 år. Det målet skall följas upp år 2005.

De senaste årens forskning inom ramen för den s.k. KALK-studien har emellertid givit oss dystrare besked som ger oss anledning till en kraftsamling kring de alkoholpolitiska målen och de folkhälsomål som anges i detta avsnitt. Enligt data från KALK-studien var den totala konsumtionen år 1989 ca 7,5 liter 100-procentig alkohol, varav den oregistrerade konsumtionen svarade för en liter. År 1997 var motsvarande tal drygt 8 liter, varav den oregistrerade konsumtionen svarade för ca 2 liter.³³ Den utvecklingen tyder således på att det trots allt skett en verklig ökning av konsumtionen av alkoholdrycker i Sverige. Mot bakgrund av den utvecklingen samt att möjligheterna till mer allmänna och generella åtgärder mot en ökad alkoholkonsumtion kan komma att minska i framtiden är det desto viktigare att stora satsningar genomförs

³² Bracht N. *Health promotion at the community level*. Newbury Park, CA: Sage Publications Inc, 1990.

³³ Kühnhorn E, Rundstedt M, Hibell B, Larsson S, Zetterberg H. *Alkohol från legala och illegala källor i mitten och 1990-talet*. OAS 1997.

på övriga områden när det gäller andra preventiva åtgärder som redovisats i detta avsnitt. Dessa satsningar måste vara av den omfattningen att de kompenserar den press mot en ökad konsumtion av alkoholdrycker som kommer att föreligga.

Det är nu uppenbart att det s.k. 25-procentmålet inte kan uppnås till år 2000. Mot den bakgrunden blir det av desto större vikt från folkhälssosynpunkt att med alla tillgängliga medel pressa tillbaka alkoholkonsumtionen. I och med den ökade internationaliseringen av handeln med alkoholdrycker samt den ökade illegala hanteringen har osäkerhetsfaktorer av betydande art när det gäller att bedöma alkoholkonsumtionens verkliga omfattning blivit en realitet. Den utvecklingen manar till en viss ödmjukhet när det gäller att formulera målen för den framtida konsumtionsutvecklingen.

Den s.k. totalkonsumtionsmodellen ger, trots den kritik som riktats mot den, en inriktning av alkoholpolitiken som innebär att konsumtionen helst bör pressas tillbaka eller åtminstone bibehållas på nuvarande nivå. Det långsiktiga målet skall vara att pressa tillbaka konsumtionen.

Genom att skapa stödjande miljöer kan man bl.a. påverka formella och informella regler och normer i samhället, något som visat sig ha effekt på alkoholvanorna. Införandet av lokala alkoholpolitiska program och utbildning av restaurangpersonal har t.ex. medfört minskad frekvens av berusade gäster om åtgärderna kombineras såväl med åtgärder av policykaraktär som med tillsyn och sanktioner. Det är också viktigt att de lokala alkoholpolitiska programmen noga följs upp och utvärderas. Varje myndighet eller organisation som har med frågan att göra enligt gällande lag och förordning eller på annat sätt bör således utforma den strategi som är effektiv för att uppnå målet. I praktiken kan detta ske genom upprättandet av kommunala och landstingskommunala alkoholpolitiska program. Som ett led i det arbetet bör kommunerna stödja lokala drogforebyggande verksamheter som drivs av föreningar och folkrörelser.

Det är således viktigt att så långt det är möjligt begränsa tillgängligheten till alkoholdrycker inom ramen för gällande lagar och övriga bestämmelser. Det är minst lika viktigt att aktörerna på området genom information och attitydskapande insatser påverkar efterfrågan.

Höjd debutålder för alkoholkonsumtion med syftet att uppnå en alkoholfri uppväxt

Konsumtionen av alkoholdrycker i tidiga ungdomsår, även i begränsade mängder, ökar snabbt risken för såväl medicinska som psykologiska och sociala skador. Insatser för att uppskjuta alkoholdebuten, bryta en regelbunden alkoholkonsumtion i de tidigare tonåren eller en förhöjd alkoholkonsumtion senare under tonårstiden måste prioriteras. Vanan och konsumtionen kan annars på relativt kort tid leda till beroende och skador. Föräldrarnas roll bör särskilt uppmärksammas mot bakgrund av att det visat sig att föräldrarnas egen konsumtion och attityder till alkoholkonsumtion har stor betydelse för barnens konsumtion.

Tidig upptäckt av alkoholmissbruk bland ungdom och studerande och tidiga insatser kräver ett offensivt arbetssätt från framför allt kommun och skola men även från andra aktörer. Det är nödvändigt eftersom det i flera avseenden är ett arbete som inte följer rådande ungdomskultur och som ofta går emot den rådande inställningen hos en del ungdomsgrupper. En viktig förutsättning är också att alla som är involverade i det förebyggande arbetet för ungdomar samverkar och att det råder överensstämmelse mellan samverkanspartners om inställningen till ungdomars alkoholkonsumtion och målen för att begränsa den.

Ungdomar är således en mycket viktig målgrupp för det alkoholpolitiska arbetet. Riksdagen har också i olika sammanhang uttalat önskvärdheten av en alkoholfri uppväxttid.

En samlad bedömning av grundskoleungdomars alkoholvanor är att de under senare år varit relativt oförändrade även om berusningskonsumtionen är något högre än i slutet av 1980-talet. De undersökningar som TEMO och SIFO gör visade emellertid på en ökad alkoholkonsumtion bland äldre ungdomar under andra hälften av 1980-talet och senare även under några år på 1990-talet.

Det är således viktigt att pressa tillbaka konsumtionen av alkoholdrycker bland ungdom. Som ett skydd för ungdomen finns åldersgränserna för inköp och servering av alkoholdrycker. Det är viktigt att respekten för dessa bestämmelser upprätthålls. Det är också viktigt att samhället skaffar sig en större kontroll än för närvarande av s.k. "svartsprit" som svarar för en icke obetydlig del av ungdomars konsumtion av alkoholdrycker.

Kommunerna måste därför skärpa tillsynen av att åldersgränserna respekteras när det gäller servering av alkoholdrycker liksom när det gäller försäljning av folköl. Den uppsökande verksamheten i riskmiljöer där ungdomar vistas måste prioriteras.

Alkoholrelaterade skador skall minska, särskilt i de grupper som har en omfattande konsumtion av alkoholdrycker och som samtidigt lever i en utsatt social situation

Direkta ingrepp mot den grupp som dricker för mycket alkohol är ett mycket viktigt inslag i alkoholpolitiken. När de generella åtgärderna riskerar att försvagas blir det nödvändigt att förstärka riskgruppsansatserna. Det finns en stor potential att utnyttja inom sjukvården, i första hand inom primärvården.³⁴ Men även inom t.ex. akutsjukvård bör arbetet med högkonsumenter av alkohol kunna förstärkas betydligt. De sekundärpreventiva metoderna behöver utvecklas och de aktörer som har ansvar för dessa måste flytta fram sina positioner för att pressa tillbaka konsumtionen i riskgrupperna. Mot den här bakgrunden bör sjukvårdshuvudmannen inte bara stimulera till att dessa insatser kommer till stånd utan även ställa krav på att de verkligen genomförs.

Som ett stöd för dessa förslag framhålls att sekundärpreventiva metoder (högriskstrategier) med syftet att tidigt upptäcka riskfyllda alkoholvanor hos patienter inom sjukvården har visat sig vara effektiva. En kort och enkel rådgivning vid ett läkarbesök har medfört att många riskpatienter minskat sin konsumtion. Detta faktum samt att ca 90 procent av befolkningen besöker en läkare minst en gång under en femårsperiod gör att sekundär prevention är en viktig del av ett samlat alkoholförebyggande programarbete. Sjukvården och framför allt primärvården kan således spela en betydande och mer avgörande roll i det här förebyggande arbetet än idag.

Mot bakgrund av att det är känt att det förekommer mycket våld bland missbrukare bör särskild uppmärksamhet ägnas åt detta i det förebyggande arbetet men också som ett stöd åt de offer för våldet som finns bland anhöriga och andra. Viktiga aktörer är de rättsvårdande myndigheterna, sjukvården och socialtjänsten.

Informera och sprida kunskap om alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar i olika skeden i livet

Alkoholpolitiken syftar ytterst till att minska alkoholens skadeverkningar både på kort och lång sikt för konsumenterna och deras omgivning. Detta innebär försök med insatser för att minska andelen personer som har en riskabel konsumtion dels genom att minska dessas konsumtion, dels genom att minska riskerna för nyrekrytering till denna grupp.

³⁴ Andréasson Sven. Vad vet vi om effekter av prevention på alkohol- och narkotikaområdet? *Föredrag på socialtjänstforum* 12–13 april i Göteborg 1999.

Viktiga delar av svensk alkohollagstiftning kan upprätthållas oberoende av EU, t.ex. åldersgränser vid inköp och servering av alkoholdrycker, begränsningar av alkoholreklamen samt reglerna om trafiknykterhet.

Samhället bör också på andra sätt bidra till att skapa en alkoholkultur som kan motverka riskabla konsumtionsnivåer. Generella informationsinsatser kan förmodligen inte ensamma påverka människors alkoholkonsumtion på något påtagligt sätt. Ett undantag kan vara att inom skolans ramar ge kunskaper, diskutera attityder och pröva värderingar och beteenden. Även annan riktad information, t.ex. till gravida kvinnor, kan ge god effekt. Information till riskgrupper kan också tänkas ha indirekta effekter på normalbefolkningen, t.ex. när det gäller information om alkohol och graviditet, alkohol och trafik osv.

Sannolikt kan man genom en bredd upplagd informationsverksamhet dels skapa acceptans för lagar och restriktioner som syftar till att nedbringa alkoholens negativa konsekvenser, dels förstärka trender mot mer återhållsamma alkoholvanor t.ex. genom människors ökade intresse och större ansvar för sin hälsa. Ett inslag kan vara att betona idrott och motion och dess inverkan på hälsan och sambanden mellan hälsa och måttfullhet när det gäller konsumtion av alkoholdrycker.

Professionella marknadsföringsmetoder bör vidare användas för att öka befolkningens stöd för olika alkohol- och drogpolitiska program och att sprida verktyg för självtest av den egna alkoholkonsumtionen. Sådana marknadsföringsmetoder bör följas upp och utvärderas för att på sikt nå bästa möjliga effekt.

Oberoende av på vilka stadier det alkoholpreventiva arbetet bedrivs är det viktigt att påverka nyckelpersoner. Detta bör ske på alla nivåer (nationella, regionala och lokala) och i olika miljöer (på arbetsplatser, i skolor, på restauranger etc.). Förutom information kan olika typer av utbildningsprogram användas. Politiker, journalister, sjukvårdspersonal, lärare, ledare inom fackliga och andra organisationer men också restaurangernas ägare och personal är viktiga målgrupper för olika typer av utbildningsprogram. Viktiga aktörer i detta sammanhang bör också vara mödra- och barnhälsovården.

Skolan utgör också en viktig arena för att ge kunskaper och information om alkoholens skadeverkningar bland ungdom, men framför allt utgör de kommunala och landstingskommunala alkoholpolitiska programmen viktiga grunddokument för planering, genomförande och uppföljning av den här delen av samhällets alkoholpolitiska insatser.

Reducerat berusningsdrickande

Konsumtionsmönstret av alkoholdrycker i Sverige präglas i en betydande omfattning av s.k. berusningsdrickande. Detta för med sig betydande skador för individen och samhället. Det finns ett starkt samband mellan sättet att dricka alkoholdrycker och omfattningen av en del alkoholrelaterade problem. Våld i samband med berusningsdrickande ställer t.ex. till med betydande problem och kostnader för samhället, som t.ex. för sjukvården och rättsväsendet, men framför allt för offren. De mer långsiktiga medicinska skadorna av ett upprepat berusningsdrickande skall heller inte negligeras. Andra direkt eller indirekt berörda av de skador som berusningsdrickande för med sig kan vara den närmaste sociala omgivningen, dvs. föräldrar, make, maka, barn och andra anhöriga. Andra sociala arenor där konsekvenserna av berusningsdrickandet kan beröra tredje man är t.ex. i trafiken och på arbetsplatsen.

Genom att påverka dryckeskulturen kan man i en icke obetydlig omfattning minska de sociala, medicinska och ekonomiska kostnaderna för individ och samhälle. Den informationsverksamhet som samhället skall svara för är viktig för att skapa mer återhållsamma alkoholvanor. Viktiga aktörer i det här sammanhanget är också kommuner och lands-ting genom det alkoholpolitiska arbete man bedriver. Kommunerna bör slutligen också bedriva uppsökande verksamhet i riskmiljöer.

Punktnykterhet i samband med graviditet, i väg- och sjötrafik, på arbetet samt i idrotts- och motionssammanhang

Förutom det övergripande målet att pressa tillbaka den totala alkoholkonsumtionen bedrivs regelbundet insatser för att främja den s.k. punktnykterheten. Med detta menas att man i vissa situationer i livet helt bör avstå från konsumtion av alkoholdrycker.

Sedan genombrottet för diagnosticering av s.k. fetalt alkoholsyndrom (FAS) år 1973 betonas vikten av helt alkoholfria graviditets-perioder. FAS är en samlingsdiagnos för fosterskador till följd av moderns alkoholkonsumtion. Inom mödravården informeras gravida kvinnor om hur alkohol påverkar fostret, och vilka skador som fostret riskerar att utsättas för. De flesta kvinnor som får sådan information slutar att använda alkoholdrycker under graviditeten. Målet för samhället är därför att alla gravida kvinnor skall ha sådana kunskaper om vilka risker som är förenade med bruk av alkoholdrycker under graviditeten att de frivilligt väljer att avstå från all användning av alkoholdrycker, och att de betraktar graviditeten som en alkoholfri period i livet.

Sverige har sedan lång tid tillbaka varit ett av de ledande länderna i världen när det gäller att bekämpa bruk av alkohol i samband med bilkörning. Ett verksamt instrument på detta område är att ha en låg tolerans för hur mycket alkohol personer som kör bil kan tillåtas dricka.

För säkerheten till sjöss finns regler i sjölagen. Där anges bl.a. att den som framför ett fartyg och då är så påverkad av alkoholhaltiga drycker, att det kan antas, att han inte på ett betryggande sätt kan utföra vad som åligger honom, döms för sjöfylleri eller i förekommande fall för grovt sjöfylleri. Den 1 juli 1999 infördes en ny promillegräns inom sjötrafiken, som innebär att om alkoholhalten i blodet uppgår till 1,0 promille hos den som framför fartyget döms denne för grovt sjöfylleri till högst två års fängelse.

Alkoholmissbruk på arbetsplatsen leder till betydande produktionsbortfall och strävan att uppnå nykterhet på arbetsplatserna är ett sedan länge erkänt delmål för alkoholpolitiken. Arbetskamraterna är en viktig referensgrupp för alla som har ett arbete. Arbetsplatsens alkoholkultur blir därmed en viktig referensram för människors förhållande till alkoholen. En restriktiv hållning till alkohol med ovillkorliga krav på nykterhet bidrar till att upprätthålla en alkoholrestriktiv kultur i samhället.

En samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare har också vuxit fram inom ALNA-verksamheterna i landet. Arbetsplatsförankrade alkoholpolitiska program har visat sig kunna påverka de anställdas alkoholvanor. Tydliga och väl dokumenterade alkohol- och drogpolitiska program måste ligga till grund för arbetet med stödjande miljöer på dessa olika arenor. Viktiga arenor kan dessutom väljas på ett sådant sätt att man får den bästa effekten ur ett jämlikhetsperspektiv. Det är således viktigt att arbetsgivare och fackliga organisationer gemensamt uppmärksammar alkoholproblemen på arbetsplatsen och upprättar drogprogram för att motverka alkoholmissbruk och hjälpa dem som har problem.

När det gäller idrotts- och motionssammanhang så är det direkt medicinskt olämpligt att använda alkoholdrycker i samband med utövande. Den betydelse som idrotten har för spridande av idéer, trender och tankegångar bör användas för att pressa tillbaka eller eliminera konsumtion av alkoholdrycker i dessa sammanhang.

Det är viktigt att samhället stimulerar ideella föreningar och idrottsrörelsen till att sprida kunskap kring alkoholen och dess skadeverkningsningar. Föreningarna bör också stimuleras att verka för att konsumtion av alkoholdrycker i idrotts- och friluftssammanhang reduceras så långt det överhuvudtaget är möjligt. Föreningar som i sitt arbete inte verkar för återhållsamma alkoholvanor skall ej beviljas medel från samhället för sin verksamhet.

Reducerad tillgång till "svartsprit"

Den s.k. "svartspriten" orsakar betydande problem för individ och samhälle. Den stora och ökande tillgången till "svartsprit" utgör nämligen ett synnerligen allvarligt alkoholpolitiskt problem. I framtiden kan tillgängligheten av "svartsprit" öka ytterligare om införselbestämmelser, möjligheter till gräns- och passkontroll m.m. förändras.

Det finns ytterligare en fara med "svartspriten" för svensk alkoholpolitik, nämligen att prispolitiken sätts ur spel i och med att "svartspriten" alltid håller ett lägre pris än de alkoholdrycker som köps på laglig väg. Det är således synnerligen viktigt att de rättsvårdande myndigheterna såsom polis, åklagare, tullväsende och domstolar beivrar hantering och innehav av "svartsprit".

9.4 Narkotika

Inledning

Narkotikaproblemen i vårt samhälle är i första hand ett kriminal- och socialpolitiskt problem men knappast ett folkhälsoproblem av mer betydande omfattning. Däremot är sjukligheten bland samhällets narkomaner betydande och dödligheten bland vissa missbrukargrupper jämförelsevis hög.

Vid en jämförelse med de problem som alkoholmissbruket förorsakar samhället är narkotikaproblemen i vårt samhälle av en väsentligt mindre omfattning. Andelen narkotikamissbrukare i Sverige är t.ex. förhållandevis litet. Det gäller både i ett internationellt perspektiv och i förhållande till antalet alkoholmissbrukare.

Trots detta ses narkotikamissbruket som ett mycket allvarligt socialt, men även kriminalpolitiskt problem, beroende på att själva missbruket ofta för med sig synnerligen allvarliga sociala och medicinska konsekvenser för de människor som fastnar i ett missbruk. Det har också allvarliga konsekvenser för anhöriga och samhället i övrigt t.ex. i form av en narkotikarelaterad brottslighet.

Omfattande satsningar har mot den här bakgrunden gjorts de senaste 25–30 åren med syftet att begränsa narkotikans utbredning i samhället. Det gäller såväl lagstiftning och arbetsmetoder inom rättsväsendet som utveckling av vården och det förebyggande arbetet. Under senare år har andelen ungdomar som någon gång provat narkotika, efter de mycket låga noteringarna under 1980-talet, ökat och det finns tecken som tyder på en ytterligare ökning av missbruket. Internationaliseringen har med-

fört en ökad rörlighet över gränserna samtidigt som drogerna, missbruksmönstren och inställningen till narkotika har förändrats.

Det kan inte uteslutas att en växande ungdomsarbetslöshet under 1990-talet och en ökad segregering i vissa storstadsområden bidragit till utvecklingen. Under senare år har det genomförts omfattande förändringar av lagstiftningen inom området och förbättringar av tullens och polisens metoder för att hålla tillbaka tillgången på narkotika. Dessutom har insatser gjorts för att förebygga missbruk och rehabilitera missbrukare. Det är avslutningsvis viktigt att framhålla att den illegala narkotikahanteringen i första hand är ett globalt problem och Sverige deltar aktivt i ett samarbete inom EU och FN för att motverka narkotikamissbruk och den illegala narkotikahanteringen.

9.4.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Förekomst av narkotikamissbruk

I befolkningen

Sedan mitten av 1960-talet har narkotikamissbruket uppfattats som ett allvarligt samhällsproblem. Det är också sedan denna tid som missbrukets utveckling mer systematiskt undersökts.

Antalet narkotikabeslag av tull och polis under senare år tyder inte på någon dramatisk förändring av narkotikamissbrukets utveckling samtidigt som det i en redovisning av det s.k. MAX-projektet framkommer uppgifter som tyder på att en verklig försämring av situationen inträffat.³⁵ Där framgår att fler yngre människor i dag testar narkotika jämfört med tidigare. Det s.k. experimentella narkotikamissbruket har enligt vissa forskare en avgörande betydelse för utvecklingen av narkotikaproblemen på längre sikt. För det andra verkar det som att färre etablerade missbrukare förmås sluta med sitt missbruk. Dessutom anges att nyrekryteringen till tyngre former av narkotikamissbruk ökar. Flera uppgifter tyder också på att tillgången på narkotika aldrig har varit så god som den är i Sverige idag. Avslutningsvis antyds i rapporten att den tilltagande marginaliseringen i samhället bidragit till en ökad rekrytering till tungt narkotikamissbruk.

Den officiella statistiken över dödlighet som är att hänföra till narkotikamissbruk redovisar endast dödlighet till följd av "narkomani" eller till följd av "förgiftning av narkotiska ämnen". Fram till mitten av 1970-talet låg antalet narkotikarelaterade dödsfall på en mycket låg och stabil

³⁵ Guttormsson U, Helling S, Olsson, B. *Vad händer på narkotikaområdet?* CAN. Stockholm 1999.

nivå. Därefter har antalet dödsfall ökat, bl.a. beroende på att heroin på allvar introducerats i Sverige och på en allt större sårbarhet och sjuklighet hos en åldrande missbrukargrupp. Därutöver finns ett visst antal dödsfall "dolda" under andra icke narkotikarelaterade diagnoser.

De flesta tyngre missbrukare kommer förr eller senare i kontakt med sjukvården. Vid den kartläggning som genomförts inom ramen för MAX-projektet framkom att mellan åren 1987 och 1996 har antalet vårdtillfällen med narkomani som huvuddiagnos ökat från ca 3 500 till 5 800 per år. Om den utvecklingen återspeglar ett ökat vårdbehov bland narkomanerna går emellertid inte att uttala sig om. En förklaring till förändringen kan vara att vårdtiderna förkortats men att vårdbehoven inte förändrats i någon betydande omfattning.

Även inom kriminalvården är en stor del av de dömda narkotikamissbrukare. Bland intagna i fängelse är omkring 45 procent missbrukare medan motsvarande andel bland frivårdens klienter är omkring 35 procent.³⁶ Aktivt narkotikamissbruk förekommer i vissa fall bland personer som är intagna i fängelser.

Ungdomar

Sedan år 1971 finns riksrepresentativa data att tillgå från skol- och mönstringsundersökningarna vad gäller missbruk av narkotika. Andelen skolelever som provat narkotika var högst i början av 1970-talet men minskade sedan för att under 1990-talet åter öka. Under år 1998 svarade 9 procent³⁷ av pojkarna och 6 procent av flickorna att de använt narkotika någon gång.

Narkotikaerfarenheten bland skolelever har huvudsakligen utgjorts av cannabisanvändning. År 1998 var det närmare två tredjedelar av dem som använt narkotika som enbart använt cannabis medan drygt 5 procent enbart använt annan narkotika.

Mönstringsundersökningarna beskriver en relativt likartad utveckling, dvs. sjunkande andelar som provat narkotika under 1980-talet men en ökning under 1990-talet. Mellan åren 1992 och 1998 har andelen mönstrande som provat narkotika i det närmaste tredubblats, från knappt 6 till 16 procent.

Bakom förändringarna under 1990-talet finns sannolikt en uppluckrad inställning till droger även om en betydande majoritet av ungdomarna fortfarande intar en mycket avståndstagande attityd till narkotika.

³⁶ Regeringens skrivelse 1997/98:172. *En narkotikapolitisk redogörelse.*

³⁷ *Drogutvecklingen i Sverige.* Rapport 99. Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport nr 8. Stockholm 1999.

Vuxna

Mellan åren 1988 och 1998 har SIFO respektive TEMO vid besöksintervjuer ställt frågor om narkotikaanvändningen i riksrepresentativa urval av befolkningen mellan 15–75 år. Enligt dessa har ca 9 procent av personer i åldrarna 15–75 år använt narkotika någon gång. I det aktuella åldersintervallet motsvaras detta av närmare 650 000 personer. Narkotikaerfarenheten gäller i de flesta fall cannabisrökning. Normalt är det omkring 1–2 procent som säger sig ha provat amfetamin och någon enstaka procent kokain, medan övriga narkotikapreparat nämns av ännu färre.

Den största andelen med någon form av narkotikaerfarenhet (17 procent år 1998) återfanns i åldersgruppen 30–49 år och i denna grupp har det skett en liten ökning under perioden 1988–1998. Bland personer över 50 år är narkotikaerfarenheten tämligen sällsynt.

Män och kvinnor

I regel är det närmare dubbelt så många män som kvinnor som använder eller har använt narkotika. År 1998 var andelarna av befolkningen 13 respektive 7 procent. Bland 15–16-åringarna i årskurs 9 förekommer inga större könsskillnader men i åldrarna 16–24 år är narkotikaerfarenheten ca 1,5 gånger vanligare hos män jämfört med kvinnor och den aktuella erfarenheten är i regel dubbelt så stor bland männen.

Sociala bakgrundsförhållanden

Samtidigt som flera undersökningar av tyngre missbrukare visat på en tidig och uttalad social problematik, är det naturligtvis inte så att alla ungdomar som provat narkotika har en problematisk bakgrund. Det har dock framkommit vissa särskiljande bakgrundsfaktorer i studierna. Skolelever som provat narkotika har exempelvis i högre grad uppgett att de trivts dåligt i skolan (24 procent jämfört med 7 procent) och de skolkade också betydligt oftare än de som inte provat narkotika. Hälften av dem levde i traditionell kärnfamilj jämfört med 72 procent i den övriga gruppen.

I mönstringsundersökningen framkom att ungdomar med invandrabakgrund oftare provat narkotika. De som saknade högre utbildning än grundskola hade också betydligt större narkotikaerfarenhet än den övriga gruppen, 32 procent jämfört med 16 procent.

Bland dem som studerade på gymnasiet hade 15 procent använt narkotika någon gång och bland dem som arbetade utgjorde andelen som

provat narkotika 28 procent. Bland dem som varken arbetade eller studerade var andelen som provat 39 procent.

Bland ungdomar med ett mer avancerat missbruk förefaller olika psykosociala problem vara närvarande i högre grad än hos andra. Enligt uppgifter från Maria ungdomsmottagning i Stockholm uppgavs exempelvis att ungdomar som missbrukade heroin ofta hade svåra sociala problem. De var också oftare fattigare än jämförbara grupper såväl kulturellt, intellektuellt som ekonomiskt.

Enligt de klientundersökningar bland narkotikamissbrukare som genomfördes av socialtjänsten i Stockholm hade runt en femtedel sjukbidrag eller förtidspension och den dominerande försörjningskällan var socialbidrag, som svarade för 55 procent. Ca 6 procent uppgav att de försörjde sig på kriminalitet respektive prostitution.

Jämfört med år 1992 hade inslaget av lön, sjukpenning samt arbetslöshetsersättning som försörjningskälla minskat bland narkotikamissbrukarna.

I 1997 års undersökning var ca 36 procent av de missbrukare som använde centralstimulantia respektive heroin bostadslösa. Andelen hade ökat från år 1995 i båda grupperna. Denna klientundersökning visar att narkotikamissbrukarna fått en klart försämrad social situation under 1990-talet.

Etnicitet

Av den s.k. UNO-undersökningen från år 1992 av Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO) framkom att heroinmissbruk är vanligare bland invandrare med utomnordisk bakgrund än bland missbrukare med nordisk bakgrund samt att utomnordiska opiatmissbrukare i större utsträckning tenderar att röka istället för att injicera drogen. Av UNO-undersökningen framkom vidare att invandrare, i förhållande till sin andel av befolkningen, var underrepresenterade bland narkotikamissbrukare bland personer som var äldre än 25 år men överrepresenterade bland personer som var yngre än 25 år. Denna överrepresentation gällde såväl för nordiska som utomnordiska invandrare.

Även i mönstringsundersökningarna finns det nu uppgifter om invandrabakgrund att tillgå. År 1998 uppgav 17 procent att de hade invandrabakgrund (åtminstone en förälder född utomlands). Det bör påpekas att endast personer med svenskt medborgarskap kallas till mönstring.

År 1998 svarade drygt 14 procent av dem med svenskfödda föräldrar att de provat narkotika någon gång. Bland dem med invandrabakgrund var det 22 procent. Narkotikaerfarna invandrare hade jämfört med

mönstrande med svenskfödda föräldrar erfarenhet av flera olika narkotikasorter.

I många länder har missbruk av heroin fått fotfäste i utsatta och ekonomiskt segregerade bostadsområden med hög arbetslöshet. Invandrare i Sverige och särskilt de nytilkomna koncentreras ofta till de fattiga och utsatta områdena i storstäderna. Mot bakgrund av detta har vissa invandrargrupper en förhöjd risk jämfört med svenskar att utveckla ett narkotikamissbruk.

Regionala skillnader

Under 1960-talet och 1970-talets första år, då narkotikamissbruket växte till ett socialt problem, var det huvudsakligen frågan om en storstadsföreteelse och här avses särskilt missbruket av cannabis. Under 1970- och 1980-talen spreds sedan missbruket successivt över landet och i dag förekommer det i så gott som hela Sverige. Samtidigt är de regionala variationerna mycket stora såväl vad gäller tillfällig användning som regelbundet tungt narkotikamissbruk.

Det föreligger tydliga regionala skillnader vad gäller narkotikaerfarenhet. I regel är det mer än dubbelt så vanligt att boende i större städer och tätorter har prövat narkotika jämfört med boende i mindre tätorter och glesbygdsregioner. Särskilt höga nivåer finns i storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö.

Mönstringsundersökningarna pekar på att narkotikaerfarenheterna avtar med sjunkande befolkningstäthet. År 1998 uppgav t.ex. runt 24 procent av artonåringarna i Stockholms- och Göteborgsområdet att de prövat narkotika och 30 procent i Malmöregionen. Motsvarande siffra för landsbygd och mindre tätorter var 10 procent.

Särskilt om tungt missbruk

Under senare delen av 1960-talet ökade användningen av de tyngre formerna av narkotika påtagligt.

Enligt den totalundersökning som genomfördes år 1979 av Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning, bedömdes antalet tunga narkotikamissbrukare uppgå till mellan 10 000 och 14 000. Av dessa bedömdes 1 500–2 000 injicera narkotika dagligen eller så gott som dagligen. Cirka 60 procent av det tunga missbruket och ca 80 procent av det dagliga injektionsmissbruket kunde hänföras till de tre storstadsområdena.

År 1992 genomfördes en ny landsomfattande undersökning av det tunga narkotikamissbrukets omfattning. Totalt uppskattades det då finnas mellan 14 000–20 000 tunga narkotikamissbrukare. Blandmissbruk eller missbruk av såväl alkohol som narkotika var det vanligaste missbruksmönstret. Centralstimulantia var vidare det vanligast förekommande narkotiska preparatet (82 procent), följt av cannabis (66 procent) och heroin (32 procent). Omkring hälften av gruppen hade missbrukat i tio år eller mer. Mycket tyder på att det tunga narkotikamissbruket låg på en högre nivå år 1992 jämfört med år 1979.

Flera av de narkotikarelaterade indikatorerna pekar i riktning mot att antalet tunga missbrukare ökat under 1990-talet. Mellan åren 1990 och 1997 ökade t.ex. antalet lagförda för narkotikabrott med 55 procent. I synnerhet har antalet dömda för narkotikabrott ökat där brottet varit innehav av heroin och amfetamin.

Även antalet utskrivningar med narkomandiagnos från den slutna sjukhusvården har gått upp under 1990-talet liksom antalet narkotikarelaterade dödsfall. Till viss del kan emellertid förändringar i sjuklighet och dödlighet förklaras av att allt fler missbrukare blivit äldre och sjukligare och därmed har också dödligheten ökat samtidigt som missbrukarna tenderar att använda allt farligare droger.

Utvecklingen av antalet narkotikamissbrukare i olika åldersgrupper tyder på att samtidigt som de yngre narkotikamissbrukarna blivit allt fler har de äldre missbrukarna inte förmåtts att sluta missbruka i någon större omfattning. Trots problemen att tolka olika studier leder en samlad bedömning till att det tunga missbruket ökat under 1990-talet.

Effekter för individ och samhälle

Narkotikamissbruk får konsekvenser inte bara för den enskilde individens hälsa och sociala liv utan också för dennes familj och för samhället. Missbruk skapar otrygghet, ohälsa och förluster i livskvalitet. Det

belastar och kräver insatser i bl.a. arbetslivet och skolan, socialtjänsten, hälso- och sjukvården och rättsväsendet.

Narkotikamissbruk är förenat med hälsorisker av olika slag. Såväl sjuklighet som dödlighet är mångfalt större bland narkotikamissbrukare än bland övriga delar av befolkningen.

Sjuklighet

Hepatit är starkt förknippat med injektionsmissbruk. År 1987 identifierades en ny hepatitform – hepatit C – som några år senare kunde diagnosticeras rutinmässigt. Den kraftiga ökningen från 280 fall år 1990 till 3 200 fall år 1992 – berodde främst på att personer som länge burit på antikroppar nu kunde diagnosticeras. Hepatit C är numera den vanligaste formen av gulsot bland injektionsmissbrukare medan hepatit B, som är den klassiska gulsoten bland injektionsmissbrukare, i dag är betydligt mindre spridd än hepatit C.

Den smitta och sjukdom som under de senaste 10–15 åren mest förknippats med injicerande narkotikamissbrukare är hiv och aids. De första hiv-positiva injektionsmissbrukarna diagnosticerades år 1985 och många hade då burit på smittan under flera år. Det största antalet kliniskt anmälda hiv-positiva injektionsmissbrukare rapporterades därför redan under år 1985 och 1986. Mellan åren 1986 och 1998 har antalet nyanmälda fall minskat från 206 till 16 per år. Andelen injektionsmissbrukare av samtliga nyanmälda hiv-positiva personer har minskat och utgjorde år 1998 6 procent.

Dödlighet

Fram till mitten av 1970-talet låg antalet fall av narkotikarelaterad dödlighet på en mycket låg och stabil nivå. Därefter har antalet fall successivt ökat, bl.a. beroende på att heroin på allvar introducerades i Sverige på en missbrukspopulation som med tiden blivit allt äldre och mer sårbar.

Någon minskning av antalet döda bland missbrukare i de yngre åldersgrupperna har inte skett. Det totala antalet redovisade dödsfall till följd av "narkomani" eller "förgiftning med narkotiska ämnen" har ökat från 37 år 1969 till 74 år 1980, och från 150 år 1985 till 250 år 1996. Dessa siffror inkluderar emellertid också dödsfall orsakade av de narkotikaklassade läkemedlen. Jämförelser över tid och med förhållanden i andra länder där man registrerar på annat sätt är mot den här bakgrunden problematiska att genomföra.

Undersökningar i Stockholm län har påvisat en dödlighet bland sjukhusvårdade narkotikamissbrukare som är mer än 5 gånger så hög som i motsvarande normalbefolkning med samma ålders- och könsfördelning.

Kriminalitet

Samhällets mycket strikta syn på narkotika, och i linje med detta en sträng lagstiftning och rättstillämpning, leder till att många narkotikamissbrukare ofta döms till långa fängelsestraff. Flera olika brottstyper som t.ex. våldsbrott, stöld och bedrägeri är ofta narkotikastyrda med betydande kostnader för individ och samhälle.

Det är känt sedan 1970-talet att den kriminella belastningen bland vissa narkotikamissbrukare är mycket hög. Vid en undersökning av inbrottstjuvar i Stockholm på 1970-talet visade det sig att tio procent av gärningsmännen svarade för 90 procent av brotten. Bland dessa var ca 75 procent narkotikamissbrukare.^{38,39}

Kostnader

Samhällets samlade insatser för att kontrollera narkotikahanteringen och bekämpa missbruk för med sig stora kostnader. Den samlade kostnaden är dock svårberäknad, dels därför att den fördelar sig på olika huvudmän med utgångspunkt i deras respektive ansvar, dels därför att narkotikamissbruk kan vara en bakomliggande, men inte direkt orsak till ett beteende som förorsakar kostnader.

Socialstyrelsen har beräknat att bara kommunernas kostnader för missbrukarvården år 1994 uppgick till 2,4 miljarder kronor. Därutöver fördelar sig kostnader på polisen, åklagar- och domstolsväsendet, kriminalvården, tullen, socialförsäkringssystemet, arbetsmarknadsmyndigheterna och hälso- och sjukvården. Den s.k. tullutredningen (SOU 1998:18) beräknade att den årliga totalkostnaden för samhället är ca 6 miljarder kronor (avser opiater, cannabis och amfetamin).

³⁸ Persson L. Inbrottstjuvar i Stockholm – en studie av individuell brottsbelastning, samhällelig brottsnivå och brottsutveckling. *Svensk juristtidning* september 1976.

³⁹ Solarz A. Vem blir drogmissbrukare? Droger, kriminalitet och kontroll. *BRÅ-rapport* 1990:3.

9.4.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

Tillgången till och efterfrågan på narkotika ökar i hela världen. Mellan 3 och 4 procent av världens befolkning eller 140 miljoner människor beräknas enligt en FN-rapport årligen pröva illegal narkotika. I ett internationellt perspektiv är det svenska narkotikaproblemet relativt begränsat. Även i länder som tidigare varit renodlade producentländer sprider sig i dag missbruket.

Syntetiska droger, som amfetamin, ecstasy och LSD, produceras i illegala laboratorier över hela världen. Mellan åren 1991 och 1994 upptäcktes fler illegala laboratorier som tillverkade syntetiska droger än sådana som framställde heroin och kokain.

Tillgängligheten till narkotika räknas också som en betydelsefull orsaksfaktor som förklarar förekomst av narkotikaproblem i ett samhälle. Det är också ställt utom allt tvivel att tillgängligheten till narkotika ökat under de senaste 30–40 åren. Sociala och individuella faktorer är orsaker till uppkomsten av narkotikamissbruket. Vissa individer är av den orsaken mer utsatta och mer mottagliga för narkotikamissbruk, dvs. de löper större risk att bli missbrukare.

Människor som bor i socialt segregerade områden löper större risk liksom de som växt upp under svåra förhållanden i multiproblemfamiljer med missbruk och kriminalitet.

Påverkansmöjligheter i ljuset av svensk narkotikapolitik i ett integrerat Europa

Missbruket av narkotika, liksom missbruket av alkohol, påverkas av Sveriges allt starkare integrering med Europa (EU). Alkohol betraktas dock inte primärt som en ”drog” inom EU utan som en jordbruksprodukt och handelsvara.⁴⁰ Därmed är de legala och politiska möjligheterna till en restriktiv alkoholpolitik väsentligt mindre jämfört med utgångsläget när det gäller regleringen av hanteringen av narkotiska preparat.

Narkotika betraktas däremot överallt som en illegal drog (bortsett från medicinska och vetenskapliga användningsområden). Det stora flertalet länder, däribland EU:s medlemsländer, har den lagstiftning på området som de internationella narkotikakonventionerna påbjuder, dvs. all hantering av narkotika (innehav, överlåtelse m.m.) är kriminaliserad.

⁴⁰ Nationella folkhälsokommittén. *Levnadsvanor 1*. Rapport från arbetsgruppen Levnadsvanor 1 till Nationella folkhälsokommittén. Stockholm 1999.

I vissa länder, däribland Sverige, är dessutom själva bruket av narkotika en straffbar handling. Inget land planerar att i någon mening "legalisera narkotikan", även om legaliseringsidén har många sympatisörer i den narkotikadebatt som nu förs i åtskilliga länder.

Skillnaderna mellan den svenska narkotikapolitiken och andra länders bör alltså inte dramatiseras. Det är inte, som den allmänna diskussionen ibland kan ge intryck av, att Sverige står ensamt om sitt nej till legalisering. Alla länder säger i själva verket nej till detta. Det kan emellertid inte förnekas att det inom denna grundläggande gemensamma ram finns avsevärda skillnader när det gäller lagstiftningens tillämpning och narkotikapolitikens konkreta utformning.

Olikheterna avser främst narkotikapolitikens repressiva del, dvs. den kontrollverksamhet som utövas av polis och rättsväsende i övrigt. Alla länder ger visserligen hög prioritet åt kampen mot den grova narkotikabrottsligheten och hårda straff utmäts också för sådana brott. Men på många håll avstår man ofta från att intervensera mot den småskaliga handeln, även när den äger rum fullt synligt på gator och torg.

Mot detta kan anföras att det kan vara strategiskt viktigt att störa och på längre sikt underminera den illegala narkotikamarknaden genom att även angripa den s.k. bagatellartade brottsligheten. Frågan gäller om kontrollpolitiken faktiskt bidrar till att hålla tillbaka missbruket. Det är också huvudfrågan ur ett folkhälsoperspektiv. Har en relativt hög upptäcktsrisk och hotet om straff någon allmänpreventiv verkan inom detta område? De som besvarar frågan jakande kan bland annat stödja sig på en uppföljning av den svenska narkotikapolitiken från Brottsförebyggande rådet.⁴¹

Nyrekryteringen av missbrukare minskade kraftigt under 1980-talet. Enligt nämnda studie talar mycket för att detta åtminstone delvis var en effekt av förstärkta kontrollinsatser.

Ett slående drag i den aktuella europeiska narkotikadebatten är att den nästan helt kretsar kring de etablerade missbrukarnas situation och mycket litet utgår från dem som är på väg in i ett missbruk, eller ännu mindre, dem som ännu aldrig provat narkotika. Det primärpreventiva perspektivet saknas nästan helt.

När det förekommer brukar det enbart syfta på åtgärder för att minska efterfrågan på narkotika genom information men inte genom kontrollinsatser. Inom alkoholområdet inkluderar man däremot även kontrollpolitiken i det preventiva begreppet.

I den svenska narkotikapolitiken har det sedan många år varit viktigt att samarbeta mellan olika åtgärdssektorer, till exempel mellan polis och

⁴¹ Kuhlhorn E, Kassman A, Ramstedt M. Narkotikapolitiken och dess effekter. Brottsutvecklingen 1994. *BRÅ-rapport* 1996:4. Stockholm 1996.

socialtjänst. I många andra länder råder inte samma syn och förhållandet mellan rättsväsendet och övriga delar av åtgärdssystemet präglas ofta av spänningar eller öppen antagonism.

Övriga påverkansmöjligheter

Till de befolkningsinriktade insatserna inom narkotikaområdet hör metoder att minska individernas efterfrågan genom information och opinionsbildning samt även tillskapandet av s.k. stödande miljöer, där risken är mindre att människor använder narkotika.

Utbildning och information utgör inte några universalmetoder för att påverka narkotikavanorna i befolkningen. Sådana insatser ger enligt vad som framkommit under alkoholavsnittet begränsade effekter om de används isolerat från andra insatser.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Den förskjutning som ägt rum under senare år vad gäller ungdomars ökade erfarenheter av narkotika och attityder till narkotika har skett utan att narkotikapolitiken har genomgått några påtagliga förändringar. Internationella trender och förändrade livsvillkor för olika samhällsgrupper är tänkbara orsaker bakom utvecklingen. Kunskapen om omfattningen av narkotikakonsumtionen samt bakomliggande värderingar behöver också utvecklas, främst för att bredda underlaget för narkotikapolitiska ställningstaganden.

Med syftet att öka kunskapen om narkotikamissbruket bland socialt marginaliserade grupper genomför CAN på Socialdepartementets uppdrag ett projekt om det tunga missbrukets omfattning samt hur rekryteringen till sådant missbruk sker. Hela projektet skall vara färdigt våren år 2001. För att bättre kunna mäta effektiviteten i myndigheternas arbete med narkotikabekämpningen behöver metoder för att mäta missbrukets omfattning utvecklas.

9.4.3 Befintliga mål och strategier

Inledning

Det yttersta målet för den svenska narkotikapolitiken är enligt regeringens skrivelse till riksdagen att skapa ett narkotikafritt samhälle. (Skr 1997/98:172). De narkotikapolitiska insatserna, som riktas mot både tillgång och efterfrågan, skall bl.a. ha som mål att minska nyrekryteringen av missbrukare samt att få fler missbrukare motiverade att upphöra med sitt missbruk och därvid få den hjälp de behöver samt att tillgången på narkotika skall begränsas. Primär-, sekundär- och tertiärpreventiva metoder utgör de strategier som i dag används för att uppnå de narkotikapolitiska målen. Regionala och lokala förebyggande program utgör en viktig metod att påverka missbruk och beteende. När det gäller att rehabilitera missbrukare har behandlingsforskningen visat på påtagliga framsteg.

Nationell handlingsplan m.m.

I juni 1994 gav regeringen Folkhälsoinstitutet i uppdrag att sammankalla en nationell ledningsgrupp med syftet att samordna det alkohol- och drogförebyggande arbetet. Anledningen var det då förestående EU-inträdet. Ledningsgruppens viktigaste uppgift var att arbeta fram en nationell handlingsplan med såväl en långsiktig strategi som ett konkret åtgärdsprogram för det nationella alkohol- och drogförebyggande arbetet. Planen, som togs fram i samarbete med en rad myndigheter, presenterades år 1995. Den innehöll bland annat en övergripande strategi för det förebyggande arbetet inom alkohol- och narkotikaområdet.⁴²

Med syftet att markera drogfrågans höga politiska prioritet tog socialministern våren 1997 över ordförandeskapet för ledningsgruppen. Ledningsgruppens nuvarande uppgift är att bygga upp och samordna ett långsiktigt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete samt fortlöpande följa vad som görs nationellt av olika statliga eller andra aktörer. Man skall också stimulera och stödja lokal och regional mobilisering både på myndighetsnivå och inom den ideella sektorn.

Regeringen har i en skrivelse till riksdagen 1998 (Regeringens skrivelse 1997/98:172) lagt fast målen för narkotikapolitiken och då bl.a. visionen om ett narkotikafritt samhälle.

⁴² *Nationell handlingsplan för alkohol- och drogförebyggande insatser.* Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1995.

Förstärkt internationellt samarbete

- Den illegala narkotikahandlingen är ett globalt problem som bara kan lösas med internationellt samarbete. Mot den bakgrunden deltar Sverige aktivt i sådant samarbete i bland annat FN, Europarådet, EU samt i ett nordiskt samarbete.

Lokal mobilisering

- Det är på lokal nivå som narkotikapolitikens trovärdighet prövas. Här spelar kommunerna, landstingen och organisationerna en nyckelroll. Ett ambitiöst drogpreventivt arbete pågår på många håll i landet. Det är angeläget att utveckla formerna för hur det drogförebyggande arbetet i kommuner och landsting kan utvecklas och stödjas, samtidigt som det påbörjas ett arbete med att utveckla en metodik för hur narkotikapolitiska effekter av beslut som vid en första anblick inte har någon sådan effekt kan värderas.

En ny myndighetsstruktur på alkohol- och narkotikaområdet

- Många myndigheter är nu engagerade på olika sätt i narkotikafrågan på det statliga området. Antalet ökar ytterligare om man därtill lägger myndigheter med ansvar för frågor inom alkoholområdet. Regeringen har i en alkoholpolitisk proposition 1998/99:134 bl.a. föreslagit riksdagen att Folkhälsoinstitutet ombildas till en ny stabsmyndighet till regeringen på alkohol- och narkotikaområdet med uppgift att följa utvecklingen på området, ta fram nationella handlingsplaner, stå för kunskapsförsörjning och utveckling av metoder samt arbeta med underlag som hör samman med regeringens ledning, styrning och utvärdering av folkhälsoområdet.

En aktiv och modern kriminalpolitik

- Narkotikabekämpning är ett av de högst prioriterade målen för kriminalpolitiken. Rättsväsendet har en central roll i detta arbete. Åtgärder har vidtagits för att effektivisera arbetet inom berörda myndigheter. En rad förändringar av lagstiftningen har genomförts eller kommer att genomföras med syftet att skapa effektivare verktyg i bekämpningen av bl.a. narkotikabrott.

Ändringar i socialtjänstlagen (1996/97:124)

- Sedan den 1 juli 1997 har socialtjänstlagen ändrats på ett sätt som innebär förändringar i möjligheterna att få vård. Innebörden är att ett kommunalt beslut om vård eller vårdform inte går att överklaga, vilket måste bedömas vara en allvarlig försämring för den enskilde.

Översyn av narkotikapolitiken

- Med syftet att göra en samlad översyn och värdering av tidigare åtgärder beslutade regeringen år 1998 att tillkalla en narkotikakommission. Kommissionen skall redovisa sitt uppdrag före utgången av år 2000, och den skall lämna förslag på effektivisering av narkotikapolitiken, bl.a. genom en förbättrad samordning på området.

9.4.4 Mål och strategier

Mål*1. Nyrekryteringen av missbrukare skall minska*

- Kommunernas arbete med att få ner missbruket bör effektiviseras på ett sådant sätt att nyrekryteringen av narkotikamissbrukare kan minska.

2. Fler missbrukare skall förmås att upphöra med sitt missbruk

- Kommunens socialtjänst bör utveckla såväl öppenvård som sluten vård för att fler missbrukare skall förmås att sluta med sitt missbruk.

3. Tillgången till narkotika skall minska

- Samverkan mellan tull, polis och andra berörda myndigheter skall utvecklas och fördjupas såväl nationellt som internationellt.

Inledande synpunkter

Även om andelen narkotikamissbrukare i Sverige i ett internationellt perspektiv är litet finns det mot bakgrund av omvärldsförändringar och utvecklingen av narkotikamissbruket i Sverige anledning till en skärpt

vaksamhet. Antalet unga människor som provat narkotika har fördubblats under 1990-talet samtidigt som det tyngre narkotikamissbruket med största sannolikhet ökat i omfattning. Den ökade internationaliseringen och öppenheten mot omvärlden har skapat större möjligheter för införsel av narkotika till Sverige. Riskbilden har helt enkelt försämrats. Nittiotalets lågkonjunktur och arbetslöshet har skapat en social grogrund för ett ökat narkotikamissbruk och ett socialt utanförskap bland utsatta företrädesvis yngre människor.

Mål, strategier och aktörer

Nyrekryteringen av missbrukare skall minska

Sverige intar en kompromisslös inställning till narkotika med målet att skapa ett narkotikafritt samhälle. Det är ett mål, som ger uttryck för inställningen att narkotika inte kan accepteras i samhället. Genom att minska nyrekryteringen av missbrukare kan man nå det långsiktiga målet – ett narkotikafritt samhälle. En utveckling som innebär att narkotikan tillåts hota individers hälsa, livskvalitet och trygghet kan inte accepteras.

Narkotika- och brottsförebyggande insatser skall syfta till att stärka individens vilja och förmåga att avstå från droger. Särskild uppmärksamhet skall ägnas åt att påverka unga människors inställning till narkotika. Insatser för att förebygga missbruk skall bygga på kunskap om vad som påverkar individens benägenhet att använda narkotika. Individer som befinner sig i riskzonen för att utveckla ett missbruk skall ägnas särskild uppmärksamhet. Brottsförebyggande åtgärder skall vara kopplade till det övergripande narkotikaarbetet.

Kommunerna bör genom ett effektivt uppsökande och förebyggande arbete minska nyrekryteringen av missbrukare. Skola och socialtjänst i samverkan spelar här en viktig roll för att stävja missbruket bland unga. Samverkan med och stöd till frivilligorganisationer är viktiga delar av det förebyggande arbetet.

Viktiga aktörer när det gäller att minska nyrekryteringen av missbrukare är således skolan och socialtjänsten. Skolan bör arbeta med information och upplysning kring narkotikaproblematiken och socialtjänsten med uppsökande verksamhet bland yngre människor i skolan, ute i bostadsmiljöer och i riskmiljöer.

Genom en effektivare upplysnings-, informations- och vårdverksamhet skall också efterfrågan på narkotika förmås att minska.

Fler missbrukare skall förmås att upphöra med sitt missbruk

Vård och behandling samt andra rehabiliteringsinsatser utgör grunden när det gäller att hjälpa missbrukare att komma ifrån ett beroende. Den enskildes integritet skall respekteras. Rehabilitering skall bidra till att minska missbrukets konsekvenser för individen, dennes närstående och samhället. Den som behöver stöd och hjälp för att upphöra med sitt missbruk skall ha tillgång till sådant stöd.

Tillgången till narkotika skall minska

Att minska tillgången till narkotika i samhället är ett av narkotika- och kriminalpolitikens viktigaste mål inom ramen för den övergripande strävan att skapa ett narkotikafritt samhälle och dessutom trygghet mot brott. Särskild uppmärksamhet skall därför ägnas åt den internationella narkotikasituationen och det gränsöverskridande arbetet mellan stater och nationella myndigheter i vårt närområde, inom EU och inom andra internationella sammanhang. Det är också angeläget att samarbetet mellan tull och polis och andra berörda myndigheter utvecklas såväl nationellt som internationellt.

9.5 Läkemedelsberoende

Inledning

Det råder vitt skilda åsikter om omfattningen av läkemedelsberoendet i befolkningen. Detta fenomen har för det första sin förklaring i att området är synnerligen svårt att kartlägga. När övergår t.ex. ett medicinskt och terapeutiskt motiverat bruk av läkemedel i en missbruksfas? För det andra finns det få större djupgående epidemiologiska undersökningar där problemets omfattning såväl kvantitativt som kvalitativt har kartlagts.

Inom den medicinska vården används i dag ett stort antal läkemedel som på olika sätt påverkar det mänskliga psyket. Psykofarmaka är den gemensamma beteckningen på dessa medel mot "psykiska rubbningar", vissa nervsjukdomar m.m. Vissa vanliga läkemedel inom detta område men även inom andra områden kan på grund av sitt verkningsätt leda till utveckling av vanebildning och beroende, och ibland även till toleransutveckling och missbruk. Den här framställningen avser läkemedelsberoende och de skador som sådant beroende medför.

Beroende och missbruk av läkemedel ses dels hos patienter utan annat beroende, dels som kombinationsmissbruk hos alkohol- eller narkotikamissbrukare. Det råder delade meningar om problemets omfatt-

ning. En del menar att läkemedelsberoendet i befolkningen är så pass utbrett att det bör ses som ett folkhälsoproblem, medan andra anser att problemet har en ringa omfattning. Analysen av problemet är särskilt svår eftersom läkemedel visserligen kan orsaka beroende och missbruk men också har ett medicinskt existensberättigande som effektiva redskap vid vissa psykiska problem. Sammanfattningsvis bör det framhållas att det föreligger ett mycket omfattande behov av ytterligare kunskap avseende omfattningen av läkemedelsberoendet i befolkningen. Detta medför att osäkerheten är betydande när det gäller problemets omfattning och utveckling.

Det är i sammanhanget viktigt att framhålla att det nyligen skett betydande förändringar på läkemedelsområdet. Den 1 januari 1997 trädde regler om en ny läkemedelsförmån i kraft vilken i förhållande till tidigare system innebär att den enskilde får bära en större del av kostnaden vid förskrivning av läkemedel. Ett år senare, dvs. den 1 januari 1998, inleddes en process som innebär att landstingen stegvis tar över kostnadsansvaret för läkemedel. Enligt tidigare fastlagd tidplan skall landstingen ha ett i princip fullständigt kostnadsansvar fr.o.m. den 1 januari 2001. Syftet med reformen är bl.a. att läkemedel fullt ut skall betraktas som en del av hälso- och sjukvården och ingå i landstingens samlade prioriteringar inom området.⁴³

9.5.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Inledning

De läkemedel som främst är beroendeframkallande ryms dels inom gruppen lugnande medel och sömnmedel (anxiolytika-hypnotika) dels inom gruppen centralt verkande smärtstillande medel (narkotiska analgetika). Det har också framkommit uppgifter om att de moderna antidepressiva medlen (s.k. SSRI, "lyckopiller") skulle kunna vara beroendeskapande. Varken verkningsättet eller den kliniska erfarenheten talar emellertid i denna riktning.⁴⁴ Mot den bakgrunden begränsas framställningen fortsättningsvis till ansiolytika-hypnotika och narkotiska analgetika.

I gruppen ansiolytika-hypnotika dominerar de s.k. bensodiazepinerna (t.ex. Rohypnol, Sobril, Temesta, Valium) samt icke-bensodiazepinerna Imovane och Stilnoct. De två senare har samma verkningsmekanism som

⁴³ SOU 1995:122. *Reform på recept*. Betänkande av HSU 2000.

⁴⁴ *Levnadsvanor 1*. Rapport från levnadsvanor 1 till Nationella folkhälso-kommittén. Nationella folkhälsokommittén. Stockholm 1999.

bensodiazepinerna, och begreppet bensodiazepiner omfattar därför fortsättningsvis såväl dessa två preparat som de genuina bensodiazepinerna.

Till de narkotiska analgetika hör bl.a. kodein, dextropropoxifen, morfin, metadon och ketobemidon. Användningen av kodein (ingår bl.a. i Citadon, Codyn och Panacod) och dextropropoxifen (ingår bl.a. i Dexofen, Distalgesic, Doleron och Paraflex comp) är omfattande, framför allt inom den öppna vården, medan användningen av "tyngre" narkotiska analgetika (morfin, metadon, ketobemidon) i stort sett är begränsad till kortvarig sjukhusvård och till terminalvård, vilket betyder att beroendeproblematiken har underordnad betydelse. Fortsättningsvis avses därför med benämningen narkotiska analgetika endast kodein och dextropropoxifen.

Kodein är i sig verkningslöst men omvandlas i varierande grad i kroppen till morfin, vars vanebildande förmåga varit känd sedan länge. Dextropropoxifen kan i sin tur betraktas som en svagare variant av metadon.

Såväl narkotiska analgetika som bensodiazepiner imiterar verkan av kroppens egna ämnen (endorfiner respektive endozepiner), och beroendet och abstinensen kan delvis bero på att tillförseln av läkemedlen leder till en kompensatorisk minskning av kroppens produktion av endorfiner respektive endozepiner. Därtill kommer att hjärnans känslighet för dessa ämnen reduceras vid längre tids regelbundet bruk. Detta kan förklara varför risken för beroende ökar med expositionstidens längd.

När det gäller läkemedelsmissbruk och läkemedelsberoende utgörs en betydande men svårskattad del av problematiken av blandmissbruk främst tillsammans med alkohol men också med illegala narkotiska preparat såsom heroin. Missbrukare av heroin, alkohol eller amfetamin (inklusive analoger såsom Ecstasy) varvar dessutom ofta sitt intag av illegala medel med något av de legala, bl.a. som avtändning, dvs. dämpning av abstinenssymptom.

Det finns slutligen en svart marknad för kodein och bensodiazepiner och särskilt Rohypnol. Omfattningen av denna marknad är okänd. Ej sällan har yngre anförvanter fått tag i äldre anhörigas legala förråd och säljer preparaten på etablerade langningsställen.

Beroende och missbruk

Termerna beroende och missbruk används ofta på olika sätt inom olika professioner och inte minst inom massmedierna. De professionella definitionerna gör en viktig distinktion mellan beroende och missbruk; man kan vara beroende av ett medel redan vid ordinär dosering och utan

att dosökning (tolerans) uppstår (och med abstinens vid försök att sluta), medan missbruk förutsätter dosökning, tolerans och bruk av extraordinära doser (patienten intar större doser än ordinerat). En del avser med missbruk allt ickemedicinskt bruk. Med en psykiatrisk definition är missbruk av benzodiazepiner sällsynt medan bensodiazepinberoende kan vara vanligt. I såväl mer allmänt inriktade massmedier som i mer professionella publikationer har begreppen ofta blandats samman, vilket bidragit till svårigheterna att få en adekvat uppfattning om frekvensen av beroende respektive missbruk.

Psykofarmakabruket i befolkningen

Inledning

Den tidigaste utvecklingen av psykofarmakabruket finns endast ofullständigt belyst. Den totala läkemedelsförsäljningen ökade mellan åren 1947 och 1973 från 2,3 till 5,1 recept per invånare och år i öppen vård. Försäljningen av psykofarmaka ökade något mer än försäljningen av andra läkemedel. Den största ökningen av psykofarmakaförbrukningen och särskilt bruket av lugnande medel och sömnmedel, skedde under 1960-talet. Mellan åren 1965 och 1970 ökade antalet sålda doser av lugnande medel och sömnmedel per invånare och år från 38 till 54, en ökning med 42 procent.⁴⁵ År 1996 såldes närmare 200 miljoner definierade dygnsdoser (DDD – den förmodade genomsnittliga dygnsdosen, då läkemedlet används av vuxen vid medlets huvudindikation) av lugnande medel och sömnmedel. Detta räcker till en dygnsdos varje dag under ett år för omkring en halv miljon människor.⁴⁶

Lugnande medel och sömnmedel svarar för merparten av all psykofarmakaförsäljning. Försäljningen av sådana medel var högst år 1972 med 68,8 DDD per 1 000 invånare och dag. År 1991 rapporterades den lägsta försäljningen med 53,3 DDD per 1 000 invånare och dag, vilket utgjorde en minskning från år 1972 med 22 procent. De senaste åren har antalet sålda DDD av lugnande medel och sömnmedel ökat något och uppgick år 1998 till 59,9 DDD per 1 000 invånare och dag.

Antidepressiva medel har sin mest väldokumenterade effekt vid behandling av djupa depressioner, men förskrivs även bl.a. vid andra depressiva tillstånd, panikångest samt olika fobier. Försäljningsstatistiken visar på en svag uppgång under 1980-talet. Sedan början av 1990-

⁴⁵ Allgulander C, Borg, S. Konsumtionen av sedativa-hypnotika i Sverige: Utvecklingstendenser 1947–1974. *Läkartidningen* 1977.

⁴⁶ *Drogutvecklingen i Sverige*. Rapport 99. Folkhälsoinstitutet, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport nr 8. Stockholm 1999.

talet är uppgången desto kraftigare. Mellan åren 1990 och 1998 ökade försäljningen från 9,2 till 37,0 DDD per 1 000 invånare och dag, vilket motsvarar en ökning med över 300 procent. Ökningen under de senare åren kan helt tillskrivas det medicinska genombrottet för de s.k. selektiva serotoninåterupptagshämmarna (SSRI).

På grund av en lagändring angående högkostnadsskyddet för den enskilde vid inköp av läkemedel fr.o.m. den 1 januari 1997 ökade försäljningen av läkemedel under slutet av år 1996. Under perioden november till december år 1996 var försäljningen av lugnande medel och sömnmedel 72,6 DDD per 1 000 invånare och dag. Motsvarande mängd var 59,2 DDD under perioden november – december år 1995. Försäljningen av antidepressiva medel under motsvarande period år 1996 var 45,6 och under år 1995 31,3 DDD per 1 000 invånare och dag. Detta innebär att ökningen i antal inlevererade DDD av dessa medel år 1996 till viss del kan tillskrivas den kraftigt ökade försäljningen under slutet av året, dvs. en hamstringseffekt.

De lugnande medel och sömnmedel som juridiskt är klassificerade som narkotika har utgjort ca två tredjedelar av all psykofarmakaförbrukning. Under senare år har också försäljningen av antidepressiva medel som inte är narkotikaklassade ökat kraftigt. Andelen läkemedel i gruppen psykofarmaka som är klassificerade som narkotika har därför minskat. Bruket av narkotika, som omfattar morfin och andra tyngre smärtstillande preparat, är mycket litet. Apoteksframställd narkotika till patienter med mycket svåra cancersmärter ingår dock inte i denna redovisning. Försäljningsutvecklingen av de narkotikaklassade läkemedlen, vari således lugnande medel och sömnmedel ingår med potentiellt beroendeframkallande egenskaper, hade således sin högsta nivå under mätperioden år 1972. Under 1990-talet har en viss ökning ägt rum.

I befolkningen

Med utgångspunkt från data om försäljningen av lugnande medel och sömnmedel som hittills presenterats går det inte att dra några säkra slutsatser om hur omfattande detta bruk är bland befolkningen i stort. CAN har mot den bakgrunden under en följd av år låtit SIFO (1988–1991) och TEMO (1992–1998) genomföra ett antal intervjuundersökningar bland ett representativt urval av befolkningen mellan 15–75 år.

Under de elva år som intervjuundersökningarna genomförts har andelen som sagt sig använda lugnande medel och/eller sömnmedel någon gång under de senaste 12 månaderna varierat mellan 10 och 13 procent. Majoriteten av dem som använt dessa preparat under de senaste 12

månaderna före kartläggningen har gjort det endast enstaka gånger. Den andel som använder sådana medel regelbundet är mellan 2 och 3 procent av befolkningen. Det innebär att mellan 125 000 och 185 000 personer i Sverige har en mycket hög och långvarig konsumtion av sömnmedel och lugnande medel.

Bruket av sömnmedel och lugnande medel är inte jämnt fördelat, vare sig mellan geografiska områden eller mellan olika befolkningsgrupper. Det finns dels regionala skillnader men även skillnader beroende på ålder, kön och socialgrupp. Försäljningsstatistiken ger inte en fullständig bild av konsumtionen. Därför får sådana data kompletteras med konsumtionsvaneundersökningar.

Sett över en längre tidsperiod har den andel som använder sömnmedel respektive lugnande medel minskat något sedan år 1988, vilket överensstämmer med minskningen i den totala försäljningen av dessa medel. Ett undantag är data för år 1996, vilket med stor sannolikhet kan antas bero på att TEMO genomförde intervjuerna under våren 1996 medan Apoteket AB:s leveransstatistik omfattar den kraftiga försäljningsökning som skedde under slutet av år 1996. Omräknat i antal personer skulle omkring 650 000 svenskar i åldrarna 15–75 år ha använt lugnande medel eller sömnmedel någon gång under år 1998. Motsvarande antal var ca 820 000 år 1988.

Kön

Andelen kvinnliga brukare av lugnande medel och sömnmedel ligger genomgående högre än andelen manliga brukare enligt befolkningsundersökningarna. I regel har närmare dubbelt så många kvinnor som män använt sådana medel under senaste året. År 1998 svarade 13 procent av kvinnorna och 7 procent av männen att de gjort detta. Därför är också det regelbundna bruket större hos kvinnorna.

Att kvinnor använder lugnande medel och sömnmedel i betydligt större utsträckning än vad män gör framgår också av Apotekets stickprov från receptstatistiken över försäljning mot recept i antal DDD per 1 000 invånare och dag.

Ålder

Det sker enligt receptstatistiken en kontinuerlig ökning av förskrivningarna med stigande ålder. Skillnaderna mellan män och kvinnor är störst i åldersgrupperna mellan 45 och 74 år. Båda könen har den i särklass högsta konsumtionen i de äldsta åldersgrupperna. En trolig för-

klaring är att psykiska störningar och kroppsliga sjukdomar ökar med stigande ålder, vilket leder till ökad smärta och oro samt till ett förändrat sömnmönster.

Bruket av lugnande medel och sömnmedel under de senaste 12 månaderna är också betydligt mer vanligt i den äldre åldersgruppen (50–75 år) enligt TEMO:s undersökningar. Detta gäller inte minst det dagliga eller så gott som dagliga bruket.⁴⁷

Regionala skillnader

Försäljningsstatistiken över lugnande medel och sömnmedel uppvisar stora regionala variationer. Den lägsta försäljningen redovisades för Norrbottens län med en andel på drygt 42 DDD samma år. Även Södermanlands, Jämtlands, Örebro och Kalmar län redovisade låga andelar. För riket totalt var motsvarande siffra 59,9 samma år. Ur TEMO:s undersökningar är det svårt att utläsa något mera regelbundet regionalt mönster men användningen av lugnande medel och sömnmedel är emellertid störst i sydväst och avtar i nordöstlig riktning i vårt land.

De troligaste förklaringarna till de skillnaderna är faktorer såsom sjukvårdens utbyggnad, läkartäthet samt traditioner hos förskrivande läkare. Det bör nämnas i detta sammanhang att psykiatriker svarar för en ringa del av förskrivningen. Flera privatpraktiserande läkare har påfallande höga förskrivningstal. Allmänläkare står för den största volymen.

Socioekonomiska skillnader

Studier i bl.a. Stockholm, Malmö och Malmöhus läns landsting har visat att skillnader i sociala och ekonomiska förhållanden kan ha stor betydelse för bensodiazepinanvändningens omfattning. Den är betydligt större bland arbetslösa, förtidspensionerade, högkonsumenter av alkoholdrycker, personer med många sjukdomssymptom, änkor och boende i kommuner med höga tal för sjuklighet, arbetslöshet, suicidbenägenhet, nedsatt hälsa och med kortare medellivslängd. En ytterligare illustration av detta förhållande ges av hur det ser ut i Gnosjö kommun, vars låga konsumtion sannolikt återspeglar den låga arbetslösheten och det välfungerande sociala nätverket i den kommunen. Rimligen återspeglar siffrorna att individer med svåra socioekonomiska förhållanden ofta utvecklar oro, ångest och sömnlöshet. Det måste dock samtidigt

⁴⁷ *Användningen av lugnande medel och sömnmedel i Sverige. En rapport från Nepi. 1996.*

ifrågasättas om bensodiazepinförskrivning lindrar problemen mer än tillfälligt; tvärtom kan problemlösningen försvåras som följd av bensodiazepinernas långsiktiga effekter, omfattande risk för beroende, försämrad minnesfunktion och försämrad social funktion.

När det slutligen gäller utbildningsnivåns betydelse för läkemedelsberoende har det framkommit att t.ex. lågutbildade och arbetslösa kvinnor och män konsumerar betydligt mera bensodiazepiner. Detta gäller också som framkommit ovan för individer som lever under socioekonomiskt underprivilegierade förhållanden, något som har visat sig vid uppföljningar både i Stockholm och Malmö.

Särskilt om beroende

Bl.a. på grund av sammanblandningen av definitioner råder det stor oenighet om förekomst och utbredning av bensodiazepinberoende, något som framgått tidigare i denna redovisning. Det finns också få studier som på ett invändningsfritt sätt analyserat situationen. En bidragande orsak är den oenighet som råder såväl inom som utanför psykiatri om vad som utgör bensodiazepinberoendets kännetecken. Hos en patient som utvecklar ångest och sömnbesvär vid försök att upphöra med medicineringen med bensodiazepiner kan detta tolkas som att ett beroende etablerats, men det kan också tolkas som att de ursprungliga besvären som föranledde förskrivningen återkommer när medicineringen upphör.

Såväl engelska som svenska forskare, liksom landstingsbaserade sjukvårdsenheter (t.ex. TUB-projektet i Stockholm) och privata aktörer, som t.ex. RFHL, KILEN, PROVITA och Nämndemansgården, hävdar emellertid att bensodiazepinberoende inte endast yttrar sig i återkomst av de ursprungliga symptomen utan att det också tillkommer en mängd nya symptom som tveklöst är tecken på beroende.

Om man studerar användningen av bensodiazepiner såsom den redovisas i apotekens försäljnings- och förskrivningsstatistik har det visat sig att 15 procent av dem som fått bensodiazepiner förskrivna blir långtidskonsumenter. Detta är emellertid inte liktydigt med beroende, men man bör samtidigt notera att det inte finns några kontrollerade studier som visat klinisk effektivitet av bensodiazepinbehandling under en period som är längre än tre månader. Långtidsförskrivning är mot den bakgrunden ej rekommendabel men förekommer trots det ofta.

Kvinnor exponeras oftare än män för bensodiazepiner och bensodiazepinberoende är därför sannolikt vanligare hos kvinnor än hos män. Expositionen ökar framför allt med stigande ålder. Användningen av bensodiazepiner är nära korrelerad med socioekonomisk status – under-

privilegerade grupper exponeras oftare än välbärgade och välutbildade individer. Här finns även en samvariation med användningen av kodein.

Det finns också en påtaglig regional variation som bara delvis förklaras av skillnader i åldersfördelning och som knappast kan betingas av motsvarande skillnader i omfattningen av psykiska störningar. Skåne, västsverige och Jönköpings län har betydligt högre förbrukning än invånarna i landsting i norra, mellersta och östra Sverige. Variationen är emellertid ännu större mellan kommuner inom samma landsting (t.ex. i Jönköping).

Eftersom det ännu saknas tillräckliga uppgifter om förekomst och utbredning av bensodiazepinberoende kan man inte beräkna hälso- och sociala konsekvenser och inte heller kostnaderna för den ohälsa som bensodiazepinberoendet orsakar. Det är slutligen oklart i vilken utsträckning det finns speciella riskgrupper. Däremot syns risken för beroende som nämnts öka med expositionstidens längd.

Särskilt om psykisk ohälsa

Om all bensodiazepinförskrivning vore medicinskt rationell skulle de geografiska konsumtionsskillnaderna motsvaras av likartade skillnader i förekomsten av (behandlingskrävande) oro, ångest och sömnstörningar. Jämförelser mellan de olika kommunerna i Malmöhus län och mellan de olika distrikten i Malmö har visat en nära korrelation mellan konsumtionstalen för antidepressiva läkemedel och konsumtionstalen för bensodiazepiner. Eftersom oro och ångest och depression är besläktade skulle denna korrelation kunna tyda på motsvarande skillnader när det gäller dessa typer av psykisk sjuklighet.

Korrelationen kan dock lika gärna återspegla attitydskillnader avseende förskrivning av potentiellt beroendescapande medel; man kan nämligen se en korrelation även mellan bensodiazepin- och kodeinkonsumtionen. Det är också föga troligt att förekomsten av oro och ångest skulle vara 3½ gånger högre i Helsingborg än i Umeå, eller tre gånger högre i Göteborgs och Bohus län än i Norrbottens län. En analys av förskrivningen i Malmöhus län har därtill visat att den psykiska sjukligheten i Helsingborg visserligen är hög men den är högre i andra skånska städer trots att dessa har en lägre bensodiazepinkonsumtion. Studier av förekomsten av oro och ångest i olika delar av landet är erforderliga, liksom analyser av på vilka grunder bensodiazepiner skrivs ut.

Särskilt om narkotiska analgetika

Både kodein och dextropropoxifen (DXP) kan orsaka beroende. En del forskare anser att kodeinet är ett större problem än DXP, medan andra hävdar att DXP är ett minst lika stort problem. Såväl förekomst och utbredning av kodeinberoende och kodeinmissbruk är okända av samma skäl som angivits för bensodiazepinerna och detsamma gäller även för DXP. Det finns också en svart marknad för framför allt kodein, vilket skulle kunna styrka att beroende och missbruk är vanliga med kodein.

DXP rekommenderas till patienter med medelsvår till svår smärta och i dag finns det i Sverige sju smärtstillande preparat som innehåller DXP. Av dessa är tre – Dexofen, Doloxene och Dolotard – s.k. rena preparat, där DXP är den enda smärtstillande substansen. De övriga fyra – Distalgesic, Dexodon, Doleron och Paraflex comp är s.k. kombinationspreparat. DXP-preparaten är de receptbelagda smärtstillande preparat som sålts mest i Sverige under 1990-talet. År 1996 låg försäljningen på 14,4 DDD per 1 000 invånare under en 12-månadersperiod. Det motsvarar över en miljon förskrivningar och 37,1 miljoner DDD. Försäljningen motsvarade ett värde av 64 miljoner kronor.

Varje år avlider drygt 90 000 människor och av dessa blir 5 000–6 000 föremål för rättsmedicinsk dödsfallsutredning. Andelen personer som avlidit till följd av DXP ökade med 25 procent mellan åren 1992 till 1996 och DXP är det enskilda preparat som orsakar det ojämförligt högsta antalet dödliga förgiftningar i Sverige idag. Antalet dödliga förgiftningar där DXP orsakade eller bidrog till dödsfallet motsvarade 140–190 fall per år. Medelålders män som medicineras med DXP för smärta och som vanemässigt konsumerar alkohol är en riskgrupp när det gäller ofrivillig dödlig förgiftning på grund av den farliga kombinationen av DXP och alkohol. Varje år avled 30 män och tio kvinnor på det sättet i Sverige under undersökningsperioden. Rena DXP-preparat var starkt överrepresenterade som orsak till förgiftning i förhållande till förskrivningsstorlek jämfört med de kombinerade DXP-preparaten. Bland dem som avled av läkemedelsförgiftning var DXP helt dominerande som dödsorsak hos personer under 40 år, jämfört med antidepressiva läkemedel, sömnmedel och lugnande medel. Utöver förgiftningsfallen finns det ett antal dödsfall redovisade som olycksfall eller oklara självmord, där DXP tycks spela en avgörande roll.⁴⁸

Kvinnor exponeras oftare än män för kodein, liksom fallet är med bensodiazepiner. Vad gäller ålder företer kodein emellertid en annan fördelning än såväl dextropropoxifen, bensodiazepiner och de flesta

⁴⁸ Jonasson U, Jonasson B. Dödsfall genom bruk och missbruk av värktabletter. Rättsmedicinalverket. *RMV-rapport 1999:1*. Stockholm 1999.

andra läkemedel; det konsumeras framför allt av yngre och medelålders individer. Konsumtionen är däremot, liksom av bensodiazepinerna, mera omfattande bland de underprivilegierade grupperna, och användningen av kodein och bensodiazepiner samvarierar.

Vad gäller geografiska variationer har Skåne och framför allt Malmö en högre kodeinkonsumtion än andra delar av landet. Det är särskilt anmärkningsvärt eftersom även konsumtionen av DXP är större i Malmö än den är på andra håll i landet. Det torde återspegla ett mera utbrett beroende och/eller missbruk.

Hälsomässiga och sociala konsekvenser är svåra att beräkna på grund av bristen på data avseende förekomst och utbredning. Liksom för bensodiazepiner torde långtidsexposition medföra en ökad risk för kodeinberoende. Det finns därtill en speciell riskgrupp, nämligen individer som har en hög enzymatisk kapacitet att omvandla det i sig själv överksamma kodeinet till aktivt morfin. Sannolikt utgör denna riskgrupp 5–10 procent av befolkningen. Omvänt har ca 5–10 procent en oförmåga att omvandla kodein till morfin. De får därför ingen smärtstillning av kodein.

9.5.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

Kunskaperna om vad som styr konsumtionsutveckling och utveckling av missbruk inom det här området är mycket begränsade. Tillgängligheten och graden av tillgänglighet spelar här liksom när det gäller tillgängligheten av andra droger en betydande roll. Det finns därutöver vissa studier som pekar på att vissa specifika faktorer styr bruk och missbruk.

Försäljningsstatistiken baseras på såld mängd relaterad till befolkningstal. Ett högre respektive ett lägre befolkningstal kan då betyda att ett större respektive ett mindre antal individer exponeras, men det kan även betyda att samma antal individer exponeras men för högre respektive lägre dos och/eller under längre respektive kortare tid. För att särskilja dessa möjligheter erfordras en genomgång av recept, genom s.k. förskrivningsanalyser. Sådana analyser har givit information om skillnader avseende dosering men också avseende förskrivningskategorier.

Tidigare studier i Malmö har understrukit sambandet mellan å ena sidan tillgänglighet (förskrivningsvillighet) och å andra sidan bruk och missbruk av barbiturater och bensodiazepiner. Det visade sig också att vissa privatpraktiserande läkare var särskilt flitiga med att skriva ut sådana mediciner som här avses. Liknande observationer har senare

gjorts i Helsingborg, varvid det också har framkommit att en del privatpraktiserande läkare hade en anmärkningsvärd hög förskrivning av bensodiazepiner. Omkring 30 procent av recepten kom från 2,5 procent av läkarna i staden. Liksom i övriga delar av landet kom endast en mindre del (knapp 20 procent i riksgenomsnittet) av bensodiazepinrecepten från en psykiatriker.

Den positiva hållningen som många psykiatriker naturligt nog intar till bensodiazepiner baseras alltså på erfarenheter från ett ganska begränsat, selekterat klientel. En ökad dialog mellan psykiatriker och icke-psykiatriker avseende en korrekt grund för indikation och påföljande förskrivning är sålunda motiverad. En sådan dialog har bedrivits på Gotland och ledde till en minskad bensodiazepinförskrivning, en ökad förskrivning av antidepressiva läkemedel och till färre självmord. Materialet var dock mycket begränsat och resultaten måste tolkas med stor försiktighet.

Undersökningarna i Helsingborg tydde vidare på att de patienter som erhöll bensodiazepiner i allmänhet inte fick större doser per dag än vad som var rutin på andra håll men att de oftare erhöll medlen för en längre tid. Nästan hälften av alla bensodiazepinrecept omfattade möjligheter till utköp flera gånger på samma receptblankett, vilket kan ge förutsättningar för långtidsbruk av de aktuella preparaten. Det var även en större andel invånare i Helsingborg som fick bensodiazepiner än vad som var fallet i flera andra städer. Liknande förhållanden har påvisats i Malmö.

Den geografiska variationen blir ännu mer komplicerad när man särskiljer de bensodiazepiner som har indikationen oro-ångest (anxiolytika) från de preparat som har indikationen sömnsvårigheter (hypnotika). I de flesta län och städer används mer hypnotika än anxiolytika; proportionen varierar i allmänhet omkring 1,5/1 till 2/1. Även i detta sammanhang finns undantag; sålunda är proportionen i Värmlands län 1/1 men mer än 3/1 i Västerbottens län. Värmlands län hamnar på sjätte plats avseende användningen av anxiolytika men näst sist vad gäller hypnotika. Västerbottens län visar den omvända bilden; man innehar en andraplats i hypnotikatabellen men ligger två från slutet avseende anxiolytika. Det bör mot den här bakgrunden undersökas om dessa drastiska skillnader återspeglar en motsvarande skillnad i förekomsten av oro, ångest och sömnsvårigheter eller om anxiolytika används som hypnotika och omvänt. Härvid bör det också undersökas om skillnaderna mellan Värmlands- och Västerbottens län har att göra med variationerna i annan sjuklighet än den psykiska.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

- Det finns ett stort behov av studier som visar omfattningen och utbredningen av beroendet och missbruket av de medel som här är aktuella. Dessa studier bör bl.a. belysa följande:
- Förekomst av oro, ångest och sömnsvårigheter i befolkningen bör undersökas i olika delar av landet.
- Det bör undersökas om hur beslutsunderlagen varierar avseende indikationsställande, dosering och doseringstider vid förskrivning av bensodiazepiner.
- Det bör undersökas hur vanligt beroende av bensodiazepiner och funktionellt besläktade medel är och vilka faktorer som gynnar uppkomsten av sådant beroende.
- Det bör undersökas varför kvinnor erhåller bensodiazepiner oftare än män.
- Det bör undersökas i vilken omfattning bensodiazepiner förskrivs på grund av oro, ångest och sömnbesvär som är sekundära till depression.
- Inom varje landsting bör man kartlägga sambanden mellan bensodiazepinförskrivning, patienternas ålders- och könsfördelning, allmän sjuklighet, psykisk hälsa, inklusive förekomsten av depressioner och suicid, etnisk bakgrund samt socioekonomiska förhållanden.
- Även användningen av kodein och dextropropoxifen bör analyseras på samma sätt som för bensodiazepinerna.
- Särskilda informationsinsatser om läkemedelsberoende och dess skador bör vidtas i högkonsumtionsområden.

9.5.3 Befintliga mål och strategier

Socialstyrelsen har sedan länge engagerat sig i frågan om läkemedelsbruk respektive läkemedelsmissbruk. Myndigheten har formulerat en tydlig rekommendation (Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:7).

Dessa rekommendationer är fortfarande aktuella. Följande riktlinjer gäller i korthet:

- Undvik att skriva ut bensodiazepiner vid de första läkarbesöken. Avvakta effekten av den psykoterapeutiska kontakten.
- Undvik rutinmässig användning av sömnmedel i slutna vård.
- Förbehåll behandlingen åt svåra fall där stöd och rådgivning inte räcker.
- Lagg fast en maximal behandlingstid.
- Dosera flexibelt. Använd medicineringsstrategier för att vinna terräng i kampen mot ångest; kombinera med andra åtgärder som fobiträning, avslappning eller sociala insatser.
- Sätt ut medicinen successivt för att minska abstinensbesvär.
- Om långvarig medicineringsstrategi är ofrånkomlig bör läkaren samråda med en psykiatriker och åtminstone en gång om året pröva att sätta ut medlet.

Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter utövar tillsyn och följer upp förskrivningen av de läkemedel som den här framställningen avser. Socialstyrelsens RT-enheter är de organ som i regionerna följer upp förskrivning och användning av läkemedel. Landstingen och deras läkemedelskommittéer arbetar också med uppföljning av frågan och i vissa landsting finns redan speciella arbetsgrupper eller enheter som bearbetar de problem som här redovisats.

Läkemedelsverket har även ett ansvar på detta område. Myndigheten svarar för den kliniska prövningen av preparaten och har även uppgiften att följa utvecklingen av eventuella biverkningar av dessa mediciner. Dessutom svarar myndigheten för kontroll, tillsyn och uppföljning av tillverkning och försäljning. De åtgärder som myndigheten kan genomföra för att minska eller motverka risken för missbruk är att narkotikaklassa en medicin, begränsa förskrivningsrätten så att enbart specialister har förskrivningsrätt, receptbelägga större förpackningar samt att återkalla preparat. Det sist nämnda sker främst av tekniska och medicinska skäl där det föreligger en risk för människor. Narkotikaklassning av en medicin gör det svårare för patienterna att skaffa sig medicinen på felaktiga vägar samtidigt som polis- och tullmyndighet har helt andra möjligheter att ingripa t.ex. vid illegalt innehav. Läke-

medelsverket arbetar inte bara med restriktioner utan man informerar löpande hälso- och sjukvården om preparaten, deras effekter och riskerna för missbruk.

9.5.4 Mål och strategier

Mål

1. Minskat beroende och missbruk av bensodiazepiner och narkotiska analgetika i befolkningen

- En mer restriktiv receptförskrivning som reducerar tillgängligheten av dessa medel.
- Ökad information till allmänheten och till läkarna om riskerna med förskrivning av bensodiazepiner och narkotiska analgetika samt om alternativa behandlingsmetoder.

2. Behovet av ett läkemedelsregister bör utredas

Inledande synpunkter

Beroende och missbruk av läkemedel finns hos patienter utan annat beroende och som kombinationsmissbruk hos alkohol- och narkotikamissbrukare. Omfattningen av beroendet och missbruket är delvis oklart, bl.a. beroende på att gränsen mellan ett medicinskt och terapeutiskt motiverat bruk av läkemedel och missbruk är diffus. Där beroende och missbruk föreligger är det angeläget att detta behandlas. Det är också angeläget att utveckla insatser som mer långsiktigt kan minska beroendet och missbruket i befolkningen och bland sårbara grupper. Det kan handla om – som vi redovisar i tidigare kapitel i betänkandet – att påverka människors livsvillkor och tillförsäkra människors resurser så att de kan kontrollera och styra dessa villkor. Det kan också handla om att öka informationen om riskerna med användning av läkemedel som kan skapa beroende och missbruk samt att påverka receptförskrivningen. Dessa senare åtgärder diskuteras i detta avsnitt.

Mål, strategier och aktörer

Minskat beroende och missbruk av bensodiazepiner och narkotiska analgetika i befolkningen

Ett minskat beroende och missbruk av bensodiazepiner och narkotiska analgetika i befolkningen kan uppnås genom en mera restriktiv receptförskrivning som reducerar tillgängligheten av dessa medel. Reduktionen kan avse både antalet förskrivningar och behandlingstidens längd. All förskrivning längre än tre månader bör undvikas, åtminstone av bensodiazepiner, eftersom det saknas belägg för att längre tids behandling gör nytta medan långtidsförskrivning å andra sidan ökar riskerna för beroende. Varje bensodiazepinförskrivning bör vidare ha en godkänd och säkerställd indikation, och denna bör alltid anges i patientens journal tillsammans med ett väldefinierat behandlingsmål. Det bör vidare alltid undersökas om oro respektive ångest och/eller sömnbesvär är sekundära till en depression. Om så är fallet bör antidepressiv terapi föredras framför medicinering. Vidare bör särskild försiktighet iakttas vid bensodiazepinförskrivning till äldre individer.

Det är också viktigt att det sker en ökad informationsspridning om de avsevärda riskerna med långtidsanvändning av bensodiazepiner såväl till läkare som patienter. När det gäller vissa smärtstillande preparat, bl.a. dextropropoxifen, bör det undersökas om inte alternativa smärtstillande medel som är ofarligare kan användas istället. Det är nödvändigt att åtkomligheten av flera av dessa preparat begränsas för att rädda ett större antal människoliv. Socialstyrelsen har en central roll i detta arbete när det gäller tillsyn, uppföljning och information.

Den viktigast målgruppen för information och påverkan är de förskrivande läkarna, eftersom expositionen för bensodiazepiner, kodein och DXP som regel är en följd av receptförskrivning. Ett par svenska studier tyder på att man genom strukturerad muntlig och skriftlig information till läkare kan påverka förskrivningen av bensodiazepiner i en mera restriktiv riktning samt att detta i sin tur kan medföra ett minskat beroende. Liksom för bensodiazepiner har det för kodein visats att strukturerad muntlig och skriftlig information minskar förskrivningen. Det är antagligt, men ännu ej bevisat, att detta följs av minskat beroende och/eller missbruk. För att vara framgångsrik måste strategin omfatta råd och anvisningar om alternativa behandlingsmetoder och framförallt behandlingsformer, och ett flertal aktörer måste medverka såväl centralt som lokalt.

Behovet av ett läkemedelsregister bör utredas

Ett personnummerbaserat läkemedelsregister är en förutsättning för att korrekt värdera läkemedlens effektivitet, säkerhet och risker vid rutinmässig förskrivning till befolkningen. Kliniska prövningar kan inte ge besked om detta. Prövningarna är planerade för att påvisa den potentiella nyttan hos medlet under optimala och starkt kontrollerade betingelser. De kan däremot inte ge underlag för bedömning av långsiktiga risker vid rutinbehandling i befolkningen. De patienter som ingår i prövningarna är kraftigt selekterade och är mot den bakgrunden inte representativa för patienter i allmänhet. Prövningarna är dessutom alltför tidsbegränsade för att kunna spåra upp de biverkningar och andra negativa konsekvenser som tar lång tid att utveckla. Att söka information om detta i sjukvårdens journaler är så arbetskrävande att det inte är en framkomlig väg. Journalföringens kvalitet och rutiner är inte heller sådana att man kan få fram pålitliga uppgifter om effekter av läkemedelsanvändningen i rutinsjukvården. Endast ett heltäckande personnummerbaserat läkemedelsregister kan klara denna uppgift. Mycket gynnsamma erfarenheter finns härav t.ex. från Danmark.

9.6 Avslutande bedömning

När det gäller droger och drogmissbruk är följeffekterna av ohälsa och skador väl kända och orsakssambanden gripbara. Samhället har också relativt goda kunskaper om riskexposition och skador men även om vilka åtgärder som behövs för att minska den ohälsa i befolkningen som missbruket av droger medför. I huvudsak inriktar sig dessa åtgärder på att reducera tillgängligheten till droger, dvs. att påverka utbudet samt att informera om drogernas skadeverkningar och på det sättet påverka människors beteendemönster. När det gäller möjligheterna till att reducera tillgängligheten har emellertid utrymmet för Sverige att på egen hand genomföra åtgärder minskat på senare tid, eftersom beroendet av vår omvärld hela tiden ökar.

Om konsekvenserna av bruk och missbruk av droger skall kunna angripas konsekvent är det viktigt att fylla de kunskapsluckor som finns, framförallt gäller det inom läkemedelsområdet. Olika primär-, sekundär- men även tertiärpreventiva åtgärder bör kombineras för att uppnå största möjliga effekt. Tillgänglighetsbegränsande åtgärder har naturligtvis bäst effekt om det kan ske inom ramen för EU-samarbetet. Detta utesluter dock inte förslag om effektivare samarbete mellan tull och polis i Sverige för att få ner den illegala införseln.

Tobak är den enskilt största hälsorisken. Det är därför angeläget att reglerna för rökning på bl.a. restauranger skärps. Vi föreslår att restauranger i sin helhet eller delar av dessa skall vara rökfria. Vidare föreslår vi att licensiering skall vara ett krav vid försäljning av tobaksvaror. När det gäller alkoholkonsumtion framhåller vi att stora ansträngningar bör göras för att få till stånd nykterhet i samband med graviditet, sjukdom eller vid utövning av idrott och friluftsliv.

När det gäller narkotika och narkotikamissbruk är det viktigt att fortsätta det internationella samarbete som pågår för att förhindra narkotikans spridning. Det är vidare väsentligt att de rättsliga myndigheterna får tillräckliga möjligheter att ingripa mot narkotikans spridning i befolkningen och framför allt bland ungdomen. När det gäller just ungdomen är det viktigt att alla gemensamma krafter, föräldrar, skola, socialtjänst, föreningar och inte minst ungdomarna själva gemensamt arbetar för att förhindra narkotikans spridning.

En annan punktinsats av betydelse är förslaget att utreda om det går att återkalla vissa läkemedel från marknaden och en mer restriktiv receptföreskrivning av bensodiazepiner och narkotiska analgetika.

10 Vissa sjukdomar och skador

10.1 Inledning

I tidigare kapitel har vi redovisat ett antal risk- och friskfaktorer som är viktiga när det gäller påverkan på befolkningens hälsa, inklusive många av de stora folksjukdomarna. Hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och rörelseorganens sjukdomar är exempel på folksjukdomar som vi berör i diskussioner om risk- och friskfaktorer i ett flertal kapitel, t.ex. Arbetsliv och ekonomisk trygghet (kapitel 4), Sociala relationer (kapitel 5) samt Mat och fysisk aktivitet (kapitel 8).

I detta kapitel ingår avsnitt om psykisk hälsa, skador, hudcancer, allergier, STD (sexuellt överförbara sjukdomar) samt oönskade graviditeter. Dessa frågor berörs inte i tillräcklig omfattning inom ramen för de tidigare redovisade risk- och friskfaktorerna.

Vikten av att särskilt belysa den psykiska hälsan har i olika sammanhang uppmärksamats av regeringen som förväntar sig ett underlag från Nationella folkhälsokommittén. Dessutom har olika remissinstanser, i sina yttranden till det första delbetänkandet från kommittén, betonat vikten av att den psykiska hälsan och STD uppmärksammas.

I de olika avsnitten i kapitlet ligger tyngdpunkten i redovisningen på de förhållanden som är av betydelse i ett hälsofrämjande och ett förebyggande perspektiv. De mål som föreslås omfattar inte det behandlande perspektivet. Det ingår inte i kommitténs uppdrag.

De viktigaste målen sammanfattas i det avslutande avsnittet.

10.2 Psykisk hälsa

10.2.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Begreppsdefinitioner

Under 1960- och 1970-talen förekom en intensiv debatt om begreppet mental ohälsa. Någon större tonvikt lades inte på att diskutera den psykiska hälsan i positiv bemärkelse. Utgångspunkten för den psykiska

hälsan blev i hög grad istället frånvaro av psykisk sjukdom. Trots olika försök föreligger fortfarande inte någon enhetlig definition av begreppet psykisk hälsa. Frånvaron av en sådan definition hänger bl.a. samman med frågan om normalitet och att såväl hälsa som sjukdom består av många olika komponenter. De försök som har gjorts i syfte att definiera begreppet psykisk hälsa uppvisar olika synsätt.¹ Definitionerna härstammar framför allt från psykologi, psykiatri och filosofi. Tonvikten ligger på personlighet och utveckling eller som en del i en behandlingsmetod. Att begreppet psykisk hälsa är mångtydigt betyder inte att det saknar relevans. Psykisk hälsa är en del av vår totala hälsa och som sådan en tillgång som hör till vår personlighet. Den är även ett resultat av den process som ingår i den enskilde individens utveckling, såväl som den sociala miljö där utvecklingen tar sin plats. Uppväxtförhållanden, den aktuella psykosociala miljön, livssituationen och tillgång till socialt stöd är några exempel på faktorer som är betydelsefulla i sammanhanget.

Det psykiatriska sjukdomsbegreppet är omdebatterat. Orsaken till detta är bl.a. att sjukdom förutsätter en medicinsk-biologisk störning. Biologiska, psykologiska och sociala faktorer samvarierar emellertid och det är ofta svårt att finna entydiga förklaringar. Oberoende av vad som orsakat en sjukdom så drabbas individen inte bara som en biologisk organism, utan också som en psykologisk och social varelse. Genom att många av de psykiatriska sjukdomstecknen är av subjektiv natur, och dessutom utgör normala inslag i den mänskliga tillvaron, uppstår frågan vad som är normalt respektive onormalt. Utöver psykisk sjukdom förekommer termer som psykisk störning och psykisk ohälsa. Inom ramen för Socialstyrelsens nationella översyn av psykiatrin lämnades följande förslag till definitioner:²

Psykisk sjukdom:

- Psykisk sjukdom är en från normaliteten allvarlig psykisk avvikelse som kännetecknas av störd verklighetsuppfattning.
- Debuttidpunkten är fastställbar.

¹ Arbetsgruppen för psykisk hälsa. *Psykisk Hälsa*. Underlagsrapport till Nationella folkhälsokommittén. Rapport nr 10. Stockholm. Nationella folkhälsokommittén 1999.

² Borgå P. *Vad är psykisk sjukdom, störning, ohälsa och psykiskt frisk?* Socialstyrelsen frågar de vetenskapliga råden. Psykiatriuppföljningen 1997:20. Stockholm. Socialstyrelsen 1997.

- Den förorsakar allvarligt lidande hos den drabbade och/eller omgivningen.
- Tillståndet känns igen och accepteras inom den medicinska professionen.

Psykisk störning:

- Psykisk störning är en från normaliteten psykisk avvikelse som finns beskriven i något av de tillämpade diagnostiska systemen (f.n. ICD 10 och DSM-IV).
- Tillståndet känns igen och accepteras inom den psykiatriska professionen.

Psykisk ohälsa:

- Psykisk ohälsa är subjektivt upplevda och självrapporterade besvär av psykisk natur. Dessa kan men behöver inte vara hänförliga till begreppen ovan.
- Nivån av besvär kan bestämmas av de instrument som används. Begreppet måste därför preciseras genom beskrivning av dessa instrument (typ av frågor, brytpunkt för "caseness" etc.)

Termen psykosocial har en dubbel förhistoria i den bemärkelsen att den delvis har använts i olika betydelser både inom socialt arbete och inom psykoanalytisk teori. Termen förekom sannolikt första gången i Sverige i Socialutredningens principbetänkande år 1974 och året därpå i den statliga psykoterapiutredningen.³ Begreppet används för orsaksförhållanden i t.ex. arbetsmiljön, som ligger utanför de tekniska/medicinska områdena och som är socialt och/eller psykologiskt betingade. Begreppet används även i syfte att beskriva faktorer i människans sociala relationer och miljö, som är av betydelse för psykisk påfrestning i form av t.ex. stress. I ytterligare en innebörd används begreppet för att beskriva den sociala miljöns betydelse för individens sätt att uppleva sig själv och omvärlden. Begreppet representerar dels "ett synsätt när det gäller orsaker till mänskligt lidande – att sociala och psykiska problem samverkar med varandra, dels problemlösningsmetoder där såväl sociala som psykologiska aspekter beaktas och där man arbetar med dessa parallellt".⁴ Definitionen åskådliggör både ett psykosocialt synsätt som utgår från samspelet mellan individen och närmiljön samt ett psykosocialt arbetssätt, vilket förutsätter en psykosocial kompetens.

³ SOU 1974:39. *Socialvården – mål och medel*. Stockholm 1974.

⁴ Lennéer-Axelsson B, Thylefors I. *Psykosocialt behandlingsarbete*. NoK, 1987.

Förekomst av psykisk ohälsa, sjukdomar och självmord

Psykisk ohälsa i form av olika symtom och besvär är vanlig i befolkningen. En rad undersökningar visar entydigt på samma mönster. Vissa besvär som nedstämdhet, trötthet, sömnstörningar, oro och ångestkänslor rapporteras av 20–50 procent av den vuxna befolkningen.⁵ Psykiska och somatiska besvär samvarierar ofta och det är inte ovanligt att enskilda individer har multipla besvär eller syndrom. Affektiva störningar upplevs och presenteras t.ex. ofta i form av somatiska symtom.⁶

Kvinnor har en genomsnittligt sämre självskattad psykisk hälsa än män och psykiska besvär ökar med åldern, speciellt hos kvinnor. Ensamstående män, särskilt frånskilda, har högre andel psykiska besvär än gifta och sammanboende.⁷ Bland kvinnor är dock psykiska besvär vanligare hos gifta än hos ensamstående. Psykiska sjukdomar drabbar oftare än flertalet andra sjukdomar människor tidigt i livet. Psykiatriutredningen konstaterade att 45 procent av samtliga personer med för tidspension eller sjukbidrag som är yngre än 45 år har en psykiatrisk huvuddiagnos.⁸ Människor som bor i tätorter och i nya förortsområden i storstäder med svaga sociala nätverk har oftare psykiska besvär än vad som gäller genomsnittligt för befolkningen.⁹ Det har även visat sig att människor i lägre socioekonomiska grupper har fler och allvarigare psykiska besvär i jämförelse med dem som tillhör högre grupper.¹⁰ De som saknar känsla av sammanhang¹¹ eller är arbetslösa har tre gånger så stor risk att drabbas av psykiska besvär¹². Åtskilliga studier och forskningsöversikter visar att flyktingar och invandrare har sämre psy-

⁵ Tibblin G, Bengtsson C, Furunäs B, Lapidus L. Symptoms by age and sex. The population studies of men and women in Gothenburg, Sweden. *Scand J Prim Health Care* 1990;8(1):9–17.

⁶ Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community. Pathway to psychiatric care*. London. Tavistock Publications, 1980.

⁷ Hallberg H. *Divorced middle-aged men. Psychosocial and medical aspects*. Umeå University Medical Dissertations. New Series no 317, Umeå 1991.

⁸ SOU 1992:77. *Psykiskt störda i socialförsäkringen – ett kunskapsunderlag*. Socialdepartementet. Stockholm. Allmänna förlaget 1992.

⁹ Dalgard O.S. *Bomiljø og psykisk helse*. (Akad avh). Universitetsforlaget, Oslo 1980.

¹⁰ SOU 1992:37. *Psykiatrin och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling*. Delbetänkande av Psykiatriutredningen. Stockholm. Allmänna Förlaget 1992.

¹¹ Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco & London. Jossey-Bass Publishers 1987.

¹² Stockholms läns landsting. *Folkhälsorapport för Stockholms län. En rapport om hälsoutvecklingen i Stockholms län*. Stockholm 1994.

kisk hälsa än motsvarande grupper i värdlandet.¹³ Posttraumatiska syndrom bland flyktingar utgör ett betydande samhällsekonomiskt problem och är en angelägen problematik inom hälso- och sjukvården. Problematiken behandlas mer ingående i avsnitt 11.4.

Punktprevalensen (förekomsten vid en viss tidpunkt) för depressiva tillstånd varierar mellan 3 och 5 procent i befolkningen.¹⁴ På samma sätt bedöms förekomsten av ångesttillstånd variera mellan 8 och 10 procent i befolkningen.¹⁵ Livstidsrisken vad gäller den vanligaste typen av ångesttillstånd uppskattas i Lundby-studien till knappt 5 procent för män och ca 13 procent för kvinnor upp till 65 års ålder.¹⁶ Varannan kvinna och var fjärde man drabbas någon gång i livet av depression. Antalet personer med depression ökar och enligt WHO kommer depressionstillstånd att efter hjärt- och kärlsjukdomar bli den största orsaken till ohälsa i världen år 2020.¹⁷ Depression är dock ett mångtydigt begrepp som kan inbegripa sorgreaktioner och naturlig nedstämdhet och som i de flesta fall inte kräver specialistbehandling utan kan hanteras via självhjälpsåtgärder. Risken för återfall är dock relativt stor bland dem som drabbats av depression och är bl.a. beroende på ålder, kön, familjesituation, typ av depression och symtomens svårighetsgrad.¹⁸

Psykisk sjukdom i form av psykos förekommer hos drygt 2 procent av befolkningen, varav ca en halv procent utgörs av schizofreni. För psykoser föreligger inga könsskillnader. När det gäller allvarliga psykotiska tillstånd uppskattas livstidsrisken att insjukna i schizofreni vara 1 procent i befolkningen. Livstidsrisken för psykos varierar mellan 2 och 5 procent.¹⁹

¹³ Ekblad S, Belkiae K, Eriksson N-G. Health and Disease among Refugees and Immigrants: A Quantitative Review Approaching Meta-Analysis. Implications for Clinical Practice and Perspectives for Further Research. Part 1: Mental Health Outcomes. *Stressforskningsrapport nr 267*, Stockholm. IPM 1996.

¹⁴ von Knorring L. Depression. *Nord Med*, 1996;111:259–63.

¹⁵ Kessler R. C, McGonagle K. A, Zhao S, Nelson C. B, Hughes M, Eshleman S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8–19.

¹⁶ Gräsbeck A. *The epidemiology of anxiety and depressive syndromes: a prospective, longitudinal study of a geographically defined, total population: the Lundby study*. Akad avh. Lunds universitet 1996.

¹⁷ WHO Press Release 2. Executive Board Session 103. World Health Organization Press Office, Genève 1999.

¹⁸ Lilja J, Larsson S. *Nya perspektiv på depression och ångest. En socialpsykologisk forskningsöversikt*. Folkhälsoinstitutet, Beroendecentrum Nord & Åbo Akademi 1998.

¹⁹ Ottosson J-O. *Psykiatri*. Stockholm. Almqvist & Wiksell Medicin 1995.

Själv mord är ett betydande folkhälsoproblem som är relativt vanligare i lägre socialgrupper än högre. Trots en sjunkande självmordsfrekvens sedan 1980-talet avlider drygt 1 200 personer per år till följd av självmord, vilket är 2,5 gånger fler än i trafikolyckor. Ytterligare 400 personer per år avlider av orsaker där det är osäkert om det handlar om självmord eller olyckshändelse. Cirka 75 procent av dessa fall uppskattas vara självmord. Ytterligare ett okänt antal självmord döljer sig bakom singelolyckor, drunkning och läkemedelsförgiftning hos äldre och sjuka personer. Själv mord svarar för den största förlusten av levnadsår i yrkesverksam ålder samt är den främsta dödsorsaken för män i åldersgruppen 15–45 år och återfinns på andra plats för kvinnor i samma åldersgrupp.²⁰ Den självrapporterade livstidsförekomsten av självmordsförsök är 2,5–4,5 procent och ettårsförekomsten 0,5 procent. I skolenkäter riktade till 16–17-åringar uppger 3 procent av pojkarna och 8 procent av flickorna att de har försökt ta sitt liv vid något tillfälle. Det bör dock observeras att vid intervjuundersökningar är frekvenserna lägre. Sannolikt beror detta på att det känns svårare att tillstå att man har gjort självmordsförsök i en personlig intervju i jämförelse med en enkätundersökning där man är mer anonym.²¹

Förekomst bland barn och ungdomar

Psykiska besvär hos barn och ungdomar förekommer ofta som kombinationer av symtom från flera psykiatriska syndrom. En intervjustudie i Göteborg visar att 7 procent av 13–17-åringar har allvarliga depressiva symtom.²² 4 procent har gjort ett självmordsförsök. I undersökningen konstaterades ett samband mellan depressiva symtom och skolproblem inklusive att ha blivit utsatt för mobbning. De flesta studier visar att barn från lägre socialgrupper, i storstäder och invandrabarn har fler beteendevikelser och problem.^{23,24} Besöken inom barn- och

²⁰ Wasserman D. Själv mord – ett försummat folkhälsoproblem. Medicinsk kommentar. *Läkartidningen* 1998;95(49):5593–97.

²¹ Ramberg I-L, Wasserman, D. Själv mordstankar, självmordsförsök och attityder till självförvårdad död bland gymnasieelever. Enkätundersökning vid en gymnasieskola i Stockholms län. I: Beskow J. (red). *Rätt till liv. Lust till liv. Om självmordsbeteende bland barn och ungdomar*. Rapport 95:4;151–59. Stockholm. Forskningsrådsnämnden 1995.

²² Ivarsson T. *Depression and Depressive Symptoms in Adolescence: Clinical and Epidemiological Studies*. (Akad avh). Göteborg University 1998.

²³ Cederblad M, Höök B. *Östgötastudien. Stressreaktioner och beteendestörningar hos barn på 80-talet i Östergötland*. Stockholm. Rädda Barnens rapportserie 1, 1991.

ungdomspsykiatrin har ökat med i genomsnitt 45 procent under treårsperioden 1993–96.²⁵ Ökningen anses till största delen bero på indragning av resurser inom förskola, skola samt mödra- och barnavårdscentraler. Barnpsykiatrin har kontakt med 1–2 procent av alla barn och ungdomar per år. Mellan 12 och 15 procent har haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin någon gång under uppväxten. Pojkar dominerar i 7–12-årsåldern och flickor i tonåren.²⁶

Effekter för individ och samhälle

Primärvård

Nationella och internationella studier visar att en stor andel av dem som söker primärvård har psykiska och psykosociala problem. Enligt en samnordisk studie skattar en tredjedel av primärvårdens patienter sin psykiska hälsa som dålig.^{27,28} I studier där distriktsläkare tillfrågas framgår det också att ca en tredjedel av patienterna har besvär som har en psykisk eller psykosocial orsak.^{29,30} Det är dock endast ca 10 procent som har psykiska besvär som leder till en psykiatrisk diagnos.³¹ Endast

²⁴ Bremberg S. *Barnrapporten*. Centrum för Barn och Ungdomshälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting 1998.

²⁵ SOU 1998:31. *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén. Stockholm. Fritzes 1998.

²⁶ Arbetsgruppen för psykisk hälsa. (1999). a. a.

²⁷ Hansson L, Stefansson C-G, Nettelbladt P, Borgquist L, Nordström G. Psykisk ohälsa hos patienter i primärvården. En nordisk multicenterstudie. *Nordisk Medicin*, 1993;108(5):145–7.

²⁸ Hemström Ö, Stefansson C. G. *Psykisk ohälsa bland primärvårdspatienter. En demografisk och social beskrivning*. Stockholms läns landsting. Enheten för psykosocial forskning och utveckling. Rapport 1991:3.

²⁹ Granvik M, Hallberg H. *Psykosocial ohälsa ur ett allmänläkarperspektiv. En enkätundersökning i Dalarna*. Landstinget Dalarna & Dalarnas forskningsråd 1996.

³⁰ Karlsson K. *Psykosocial ohälsa i primärvården. Allmänläkarnas bedömning av patienter med psykosocial problematik*. En studie i Malmöhus läns landsting. Lund. Malmöhus läns landsting 1994.

³¹ Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London. Tavistock/Routledge 1992.

en mindre andel av dessa patienter remitteras till psykiatri.³² Som jämförelse kan nämnas att psykiatri uppsöks av 2–3 procent av befolkningen under ett år.³³ Förekomsten av psykiska besvär bland primärvårdens patienter är högre bland kvinnor än män. Andra utsatta grupper är ensamstående, arbetslösa, invandrare, långvarigt sjukskrivna, korttidsutbildade och de med låg socioekonomisk nivå.³⁴ Primärvårdspatienternas psykiska besvär utgör en interaktion av psykologisk sårbarhet, yttre stress och bristande socialt nätverk.³⁵ Den vanligaste problematiken är ensamhet, familjeproblem och konflikt på arbetsplatsen.³⁶

Sämre levnadsförhållanden och höga samhällskostnader

I den nationella Psykiatriutredningen konstateras att människor med psykisk störning generellt har väsentligt sämre levnadsförhållanden än övriga i befolkningen.³⁷ De bor oftare på institution eller i kollektiva former, är i högre utsträckning ensamstående och har lägre utbildningsnivå och förvärvsgrad än befolkningen i övrigt. Patienter i öppenvård psykiatri består dessutom i högre utsträckning av människor som är arbetslösa, långtidssjukskrivna, har sjukbidrag eller är förtidspensionerade.

Patienter med psykisk ohälsa har högre utnyttjande av sjukvård, socialtjänst och sjukförsäkring än andra patientgrupper.³⁸ Stöd och vård av barn och ungdomar med psykiska problem beräknades till drygt elva miljarder kronor år 1996.³⁹ Den årliga kostnaden för psykiska sjukdomar i Sverige (inkluderande sjukvård, läkemedel, sjukskrivning, förtidspensioner, socialbidrag m.m.) uppskattades till 45 miljarder kronor

³² Hemström Ö, Stefansson C-G. *Psykisk ohälsa bland primärvårdspatienter. En demografisk och social beskrivning*. Enheten för Psykosocial Forskning och Utveckling. Stockholms läns landsting 1991.

³³ SOU 1992:37. a. a.

³⁴ Karlsson K. *Psykosociala faktorer och hälsa. En befolkningsstudie i Malmöhus läns landsting*. Lund. Malmöhus läns landsting 1997.

³⁵ Hansson L, Nettelbladt G, Borgquist L, Nordström G. Screening for psychiatric illness in primary care. A cross-sectional study in a Swedish health district. *Soc Psychiatry Psychiatr Epid* 1994 Apr;29(2):83–7.

³⁶ Karlsson K. (1994). a. a.

³⁷ SOU 1992:37. a. a.

³⁸ Hansson L, Nettelbladt G, Borgquist L. Patterns of care in patients utilizing both primary health care and psychiatric care in a Swedish health care district. *Scand J of Primary Health Care* 1990 Sep;8(3):173–8.

³⁹ SOU 1998:31. a. a.

år 1990.⁴⁰ Psykiska sjukdomar är mer kostnadskrävande än någon annan sjukdomsgrupp.⁴¹

Den årliga kostnaden för förtidspensioner och sjukbidrag med psykiatriska huvuddiagnoser uppskattades till ca 8 miljarder kronor år 1990.⁴² Sammanlagt beräknades utbetalningarna från socialförsäkringen till personer med psykiska funktionshinder ha uppgått till närmare 12 miljarder kronor samma år. Psykiska diagnoser ligger till grund för 18 procent av de nybeviljade förtidspensionerna, 1,8 procent av sjukfallen och drygt 9 procent av sjukdagarna.⁴³ I Psykiatriutredningen konstaterades att omkring 30 procent av förtidspensioneringarna/sjukbidragen skulle ha kunnat undvikas om rehabiliteringen varit bättre utformad efter behoven.⁴⁴

Ur såväl sociala, humanistiska, medicinska som ekonomiska perspektiv finns det starka argument för tidiga insatser. Förstärkta hälsofrämjande och förebyggande insatser med inriktning på den psykiska hälsan inrymmer, utifrån vad som ovan anförts, en avsevärd samhällelig ekonomisk besparingspotential, som bör motsvara föreslagna åtgärder i avsnitt 10.2.4.

10.2.2 Kunskaper om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

En otrygg anknytning har djupgående långtidseffekter för barns förmåga till socialt samspel och tendens att utveckla depressioner.⁴⁵ Faktorer som försvårar föräldraskap, som psykisk sjukdom, missbruk och utvecklingsstörning, ökar risken för svagheter i föräldraförmågan. Faktorer som minskar familjens socioekonomiska resurser som fattigdom, arbetslöshet, områden präglade av hög frekvens av ungdomskriminalitet påverkar ungdomars utveckling. Isolering och utstötning från social gemenskap av föräldrarna och/eller barnen är andra negativa

⁴⁰ SBU. *Behov av utvärdering i psykiatrin*. Stockholm 1992.

⁴¹ Lindgren B. The economic impact of illness. In: Abshagen, U, Munich F. E. (Ed). *Costs of illness and benefits of drug treatment*. Zuckschwerdt Verlag 1990.

⁴² SOU 1992:77. a. a.

⁴³ Riksförsäkringsverket. Sjukfrånvarons diagnoser och avslutningsanledningar 1990. *RFV Redovisar*. Stockholm 1966.

⁴⁴ SOU 1992:77. a. a.

⁴⁵ Cicchetti D, Cohen J. D. Eds. *Developmental Psychopathology; Risk, Disorder, and Adaptation*. New York, J. Wiley. 1995;Vol 2.

faktorer. Även oengagerade och inkonsekventa föräldrar är en negativ faktor. Enstaka riskfaktorer betyder inte så mycket, men en anhopning av riskfaktorer ökar frekvensen av psykiska besvär dramatiskt.⁴⁶ Oroväckande signaler förekommer i massmedia om våld, rasism, mobbning och ökad konsumtion av droger bland barn och ungdomar. Dessa beteenden har ofta sin grund i otillfredsställande uppväxtvillkor och psykosociala förutsättningar. Nedskränningar inom förskola och skola förvärrar situationen.

Bristande socialt stöd, dålig arbetsmiljö eller arbetslöshet, ekonomisk stress, livsförändringar och kriser samt bristande känsla av sammanhang kan ge upphov till psykiska besvär i vuxenlivet.^{47,48} Åtskilliga studier har påvisat ett samband mellan ett otillräckligt socialt nätverk, socialt stöd samt ökad sjukdom och dödlighet.^{49,50,51} Dåligt socialt stöd uppvisar samband med självrapporterad psykisk ohälsa, ångest, depression och självmord.^{52,53} Omvänt inverkar ett bra socialt stöd positivt på tillfrisknande och stressfyllda livssituationer. Det föreligger således knappast någon tvekan om att socialt stöd har en positiv effekt på hälsa och välbefinnande, men de som är i störst behov av socialt stöd är oftast

⁴⁶ Cederblad M, Dahlin L, Hagnell O. Lundbyprojektet: Påverkar barnpsykiatriska riskfaktorer den vuxnes psykiska hälsa? *Läkartidningen* 1988;49:4317–21.

⁴⁷ Diderichsen F, Fredlund P, Norman, A. *Arbetslöshet och ohälsa i Stockholms län 1994*. Socialmedicin Kronan. Nordvästra sjukvårdsområdet. Samhällsmedicinska divisionen. Stockholms läns landsting.

⁴⁸ Fryer D, Payne R. Being unemployed. A review of the literature on the psychological experience of unemployed. In: Cooper C. L, Robertson I. (ed). *International review of industrial and organizational psychology*. Chichester. Wiley 1986.

⁴⁹ Berkman L. F, Syme S. L. Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epid* 1979;109:186–204.

⁵⁰ Hanson B. S. *Social network, social support and health in elderly men. A population study*. Akad avh. Lund. Studentlitteratur 1988.

⁵¹ Orth-Gomér K, Johnson J. V. Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *J Chronic Dis* 1987;40:949–57.

⁵² Broadhead W. E, Kaplan B. H, Shermann S. A, Wagner E. H, Schoenbach V. J, Grimson R, Heyden S, Tibblin G, Gehlbach S. H. The epidemiological evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epid* 1983;117:521–37.

⁵³ Cohe S, Willis T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psych Bull* 1985;98:310–57.

de som har minst tillgång till det.⁵⁴ Förekomsten av sociala kontakter skiljer sig åt mellan olika sociala klasser.⁵⁵ Framför allt tycks svaga kontaktnät vara vanligast bland icke facklärd arbetare.

Arbetsmiljön har en avsevärd betydelse för människors hälsa och är en viktig faktor bakom de sociala skillnaderna i hälsa. Arbetet har för de flesta människor en positiv innebörd förutom att det är en inkomstkälla. Arbetet ger tidsstruktur, social kontakt, deltagande i kollektiva strävanden, social status och identitet samt regelbunden verksamhet.⁵⁶ I sin mest negativa form kan arbetslivet på grund av arbetssituation och organisation tyvärr även vara synonymt med stress, utbrändhet, mobbing och social utslagning.

Arbetslöshet är ett av de största folkhälsoproblemen såväl för den enskilde individen och familjen som för samhället i stort. Arbetslöshet eller hot om arbetslöshet skapar oro och otrygghet. Förutom ekonomisk påfrestning innebär detta att det sociala nätverket tunnas ut, att den enskilde individen förlorar sin yrkesidentitet och sitt självförtroende samt löper en ökad risk för psykiska problem och missbruk. Svårigheten att komma in på arbetsmarknaden utgör ett hot för många, framför allt för ungdomar, kvinnor och invandrare.^{57,58} Icke facklärd arbetare, lågutbildade och kroniskt sjuka är överrepresenterade bland de som blir utslagna från arbetsmarknaden. Arbetslöshet, sjukfrånvaro och förtidspensionering bidrar därmed till de ökade klasskillnaderna.⁵⁹

Fattigdom är ett växande problem – nästan en halv miljon svenska hushåll är i dag beroende av socialbidrag. Bristerna bidrar till ökad risk för marginalisering av grupper med en redan svag ställning i samhället. I Socialstyrelsens rapporter om sociala förhållanden konstateras att en ansamling av problem med arbete, boende eller ekonomi ofta är koncentrerade till vissa befolkningsgrupper som arbetare, invandrare och ensamstående föräldrar.⁶⁰ Att ha problem med arbete, boende eller eko-

⁵⁴ Cullberg J, Stefansson C. G, Wennersten, E. Psychiatric care in low status dwelling areas. *Psychiatr Soc Med* 1981;1:117–23.

⁵⁵ Lundberg O. *Den ojämlika ohälsan. Om klass- och könsskillnader i sjuklighet*. Akad avh. Stockholm. Almqvist & Wiksell International 1990.

⁵⁶ Jahoda M. *Employment and unemployment – a social-psychological analysis*. Cambridge University Press 1982.

⁵⁷ SoS-rapport 1994:10. *Social Rapport 1994*. Socialstyrelsen. Stockholm. Allmänna Förlaget 1994.

⁵⁸ SoS-rapport 1997:14. *Social rapport 1997*. Socialstyrelsen. Stockholm. Allmänna Förlaget 1997.

⁵⁹ Lundberg I, Theorell T, Östlin P, Hogstedt C. Arbetsmiljö. I: Diderichsen F, Östlin P, Dahlgren G, Hogstedt C. (red). *Klass och kön – En antologi om orsaker till den ojämlika hälsan*. Stockholm. Tiden-Folksam 1991.

⁶⁰ SoS-rapport 1994:10 och SoS-rapport 1997:14. a. a.

nomi är också förknippat med problem inom andra välfärdsområden. De som har fler problem med materiella villkor rapporterar fler hälsobrister, litet umgänge, svaga politiska resurser samt utsatthet för våld och stöld. Det har även visat sig att en ansamling av problem är vanligt hos långtidssjukskrivna.⁶¹ En sammansatt psykosocial situation bestående av arbetslöshet, psykisk störning, missbruk och att vara ensamstående är mer betydelsefullt för risken för fortsatt sjukskrivning och förtidspensionering än motsvarande isolerade företeelser.

Mycket talar för att det traditionellt förebyggande hälsoarbetet måste omprövas och att utgångspunkten istället bör läggas vid till exempel social gemenskap och familjesammanhållning.⁶² Folkhälsogruppen har konstaterat att arbete, socialt nätverk och upplevelse av sammanhang och mening är betydelsefulla faktorer för att främja hälsan.⁶³ I sammanhanget konstateras att samhällets uppgift inte är att konstruera människors liv utan att förbättra förutsättningarna för dem, att skapa ”jordmån för ett gott liv”.

Påverkansmöjligheter

Tre åtgärdsnivåer kan definieras i folkhälsoarbetet: hälsofrämjande, förebyggande och sjukvårdande insatser. De två traditionella åtgärdena förebyggande av sjukdom samt sjukvård, utgår från ett problem-perspektiv. Den förstnämnda åtgärdsnivån har ett salutogent perspektiv och kräver ett synsätt där olika friskfaktorers positiva roll för hälsan betonas.⁶⁴

Hälsofrämjande insatser

Dokumenterade hälsofrämjande insatser är relativt få, men det förekommer exempel inom arenor såsom familjen, förskolan/skolan, bostadsområdet, arbetet, sjukvården samt kulturen och föreningslivet.⁶⁵ Familjen är basen för barnens hälsoutveckling. Föräldrarnas hälsovillkor är samtidigt barnens villkor. Dessa villkor kan påverkas genom att via

⁶¹ Lidwall U. Friskskrivning, förtidspensionering och sammansatta riskfaktorer. I: Marklund S. (red). Risk- & friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. *RVF Redovisar*. Stockholm. Riksförsäkringsverket 1997.

⁶² Bel Habib H. Starka familjeband skydd mot Cancer. *DN* 1995-05-09.

⁶³ Konarski K. *Jordmån för ett gott liv. Idéskrift från Folkhälsogruppen*, Nr 16. Stockholm. Allmänna Förlaget 1992.

⁶⁴ Antonovsky A. (1987). a. a.

⁶⁵ Arbetsgruppen för psykisk hälsa. (1999). a. a.

strukturella insatser skapa goda förutsättningar för barnfamiljer. Barnens villkor kan också påverkas direkt genom de kontroller och insatser som görs inom mödra-, barn- och skolhälsovård.

Svenska studier visar att barn som har gått i förskola har mindre risk för senare psykiska och sociala problem. Förskolan förbättrar barnens sociala kompetens, deras förutsättningar för kunskapsutveckling och har en viktig pedagogisk uppgift att bidra till barnens emotionella utveckling.⁶⁶ En bra skola kan kompensera brister i barnens hemmiljö. Studier av psykosociala skyddsfaktorer för riskbarn visar att dessa kan utveckla positiva relationer i skolan till vuxna och jämnåriga samt stärka sin självkänsla genom att klara uppställda krav.⁶⁷ Effektiva anti-mobbingsprogram är viktiga hälsofrämjande insatser. För närvarande pågår dessutom försök med undervisning i livskunskap på grundskole- och gymnasienivå.⁶⁸ Ett policyprogram för hälsofrämjande skolor har utarbetats inom WHO och i Sverige har ett nationellt program med samma inriktning utvecklats av Folkhälsoinstitutet.⁶⁹

Hälsan kan påverkas genom en bostadspolitik som motverkar segregation och utvecklar boendeflytande. Stödande miljöer som utvecklas tillsammans med de boende är av stor vikt med avseende på ökade kontakter och trivsel i boendeområdet⁷⁰ och kan på sikt leda till förbättrad hälsa.

Forskning och utveckling med inriktning på arbetsmiljöfrågor är väl förankrade i Sverige. Arbetsorganisation och psykosociala faktorer har fått ökad uppmärksamhet. Under 1970-talet introducerades ”kravkontroll-modellen” som senare vidgades till kravkontroll-stödmodellen.^{71,72} Huvudtanken är att hög psykisk belastning är sjukdomsalstrande om det samtidigt föreligger lågt beslutsutrymme eller dåligt stöd. Omvänt visar modellen att bra stöd och goda kontrollmöjligheter i arbetet leder till mindre stress och högre välbefinnande. Insatser för att motverka negativ stress på arbetsplatser är betydelsefullt, vilket ytter-

⁶⁶ Bremberg S. (1998). a. a.

⁶⁷ Werner E. E, Smith R. S. *Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, N.Y. Cornell University Press 1992.

⁶⁸ World Health Organization. *Life Skills Education in Schools*. Division of Mental Health, Geneva. MNH/PSF/7;1993.

⁶⁹ Folkhälsoinstitutet. *Hälsofrämjande skola. Ett samlat grepp för visionen om skolan som en stödande miljö för hälsa*. Stockholm. Folkhälsoinstitutet 1997.

⁷⁰ Lundgren S. Arbetsboksmetoden som instrument för utveckling av stödande boendemiljö. *Socialmedicinsk tidskrift* 1998;3:124–28.

⁷¹ Karasek R. A. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Quart* 1979;24:285–307.

⁷² Karasek R. A, Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York. Basic Books, 1990.

ligare utvecklas i kapitlet om arbetslivsfaktorer. I syfte att skapa hälsofrämjande arbetsplatser finns inom EU ett projekt (Workplace Health Promotion) där Arbetslivsinstitutet har fått uppdraget att vara Sveriges nationella centrum.

Fritids- och kulturverksamhet ger rekreation och psykisk stimulans, och kan tjäna som en buffert mellan stress och olika sjukdomssymtom. Ideella organisationer inom idrott, kultur och folkbildning gör stora insatser av hälsofrämjande karaktär inom barn-, ungdoms- och äldreverksamhet. Många människor står emellertid utanför kulturlivet. En intressant kultur- och hälsosatsning har påbörjats i Norge med inriktning att prova olika metoder som kan ge ny erfarenhet och kunskap.⁷³ Försöksverksamheten vänder sig till äldre människor som är isolerade och till människor med muskel- och skelettbesvär samt psykiska problem.

Förebyggande arbetet och behandling av psykisk sjukdom hos barn och ungdomar

Behandling inom barn- och ungdomspsykiatri med familjeterapi, föräldrastöd och individualterapi kan vara en preventiv insats samtidigt som det är en behandlande insats. Dessutom kan familjeterapi vara en preventiv insats för de friska syskon som finns i familjen.⁷⁴ Att fånga upp barn, som finns i en miljö präglad av en anhopning av riskfaktorer, är ett viktigt förebyggande arbete som kan utföras på mödra- och barnvårdscentraler samt i förskolan respektive skolan.⁷⁵ Svårigheten är oftast inte att identifiera dessa barn, utan att få familjerna att acceptera att söka hjälp för problemen.

Information om skadorna med rökning, alkohol, narkotika, och psykofarmakakonsumtion under graviditeten är en annan påverkansmöjlighet. Mödravårdscentralerna kan, gemensamt med de enheter som behandlar alkohol- och narkotikaproblem hos kvinnor, ge stöd under graviditeten. Stöd kan också ges till kvinnor med pågående psykiska

⁷³ Norsk kulturråd & Sosial- og helsedepartementet. *Med helse i hånden og kultur på taket. Presentasjon av Norsk kulturråd og Sosial- og helsedepartementets forsøksvirksomhet om kultur og helse*. Oslo. Nils J. Schriver AS 1998.

⁷⁴ Gustafsson P. A, Engquist, M-L, Karlsson, B. Siblings in family therapy. *Journal of family therapy* 1995;17(3):317–327.

⁷⁵ Sydsjö G, Wadsby M, Svedin, C. G. *Barn till psykosociala riskmödrar*. Stockholm. Rapport Rädda Barnen 1995.

sjukdomar, där psykofarmakamedicinering under graviditeten är svårskött.⁷⁶

Föräldrar som har stora svårigheter att knyta an till sitt nyfödda barn har ofta djupgående psykiska problem och remitteras till de spädbarnsverksamheter som utvecklats under 1990-talet i anslutning till många öppenvårdsenheter. Såväl mödra-barnrelationen som samspelet mellan makarna och relationen till familjens sociala nätverk bearbetas. Barnavårdscentralerna har en betydelsefull ställning eftersom de når samtliga spädbarnsföräldrar. De har även en stödfunktion med stor betydelse under spädbarnsåret. På vissa barnavårdscentraler har man börjat att systematiskt fånga upp kvinnor med depression efter förlossningen och erbjuda ett intensifierat psykosocialt stöd.⁷⁷

Gruppbehandling av barn till föräldrar med alkoholproblem finns inom barn- och ungdomspsykiatri och minskar risken för att ungdomar själva skall börja missbruka alkohol eller narkotika.⁷⁸ I enstaka län finns också möjlighet för familjen att få kristerapi, då en av föräldrarna gjort ett självmordsförsök eller begått självmord. Barn tar lätt på sig ansvaret för en förälders självmordsförsök/självmord och det finns ökad risk för att barnet senare i livet själv gör ett självmordsförsök om en nära anförvant gjort det.

Tidig kartläggning av ADHD, DAMP och dyslexi kan förebygga misslyckanden i skolarbetet om utredningen leder till att adekvata resurser tillförs barnet tidigt.^{79,80} Sekundära psykiatriska symtom kan då förebyggas. Uppföljningsstudier av förskolebarn med språkliga hinder visar på kvarstående läs- och språksvårigheter, men även andra kognitiva svårigheter i skolåldern.⁸¹ Omhändertagande av mobbningsoffer i samarbete med skolan kan förebygga långvariga psykiska problem. Pojkar som visar ett tidigt begynnande dys-socialt beteende riskerar att i tonåren utveckla kriminalitet och missbruk. Att identifiera och behandla dem är därför en viktig förebyggande verksamhet med avseende på

⁷⁶ Bågedahl Strindlund M, Monsen Börjesson K. *Samverkansprojekt mellan psykiatri, BVC och MVC i SVSO rörande psykiskt störda mammor med små barn*. FoUU enheten, Divisionen för Psykiatri, Huddinge sjukhus 1995.

⁷⁷ Wickberg B. *Postnatal Depression*. (Akad avh). Göteborg University 1996.

⁷⁸ Gustafsson P.A, Anlén A-S, Lanneström G, Nilsson M, Rolling G. Group therapy for children of alcoholics. *Nord J Psychiatry* 1995;49:209–215.

⁷⁹ Föhrer U, Johnsen U-B. Dyslexidiagnos ställs ofta oacceptabelt sent. En retrospektiv studie av 102 skolelever. *Läkartidningen* 1997;94:1024–26.

⁸⁰ Gillberg C. Nordisk enighet om DAMP/ADHD. Aktuellt dokument sammanfattar dagens kunskap. *Läkartidningen* 1999;96:3330–31.

⁸¹ Aram D. M, Nation J. E. Preschoolers with language disorders: 10 years later. *J Speech Hear Res* 1984;27(2):232–4.

ungdomsvåld och asocialitet.⁸² Bland tonårsflickor är ätstörningar ofta ett problem. Olika behandlingsprogram kan vara aktuella beroende på orsakerna i det individuella fallet. Mycket goda behandlingsresultat har kunnat påvisas med familjeterapi och majoriteten av dem som tidigt behandlas tillfrisknar helt.⁸³ Behandling av barn som utsatts för misshandel och sexuella övergrepp kan betraktas som en behandlande såväl som förebyggande insats. Risken för att dessa skall bli förövare som vuxna är stor om de inte fått behandling för egna traumata.⁸⁴

Förebyggande och behandling av psykisk sjukdom hos vuxna

När det gäller schizofreni är sannolikt den viktigaste biologiska riskfaktorn av genetisk natur. Om det finns en genetisk belastning hos ett barn, kan emellertid uppväxt i en välfungerande familj påtagligt minska risken att barnet senare insjuknar i schizofreni.⁸⁵ Barn till schizofrena föräldrar som är en högriskgrupp kan följas upp och stödjas för att därigenom minska risken för insjuknande. Störningar under graviditet och förlossning är betydligt vanligare hos mödrar vars barn senare utvecklar schizofreni. Detta indikerar vikten av ett omsorgsfullt omhändertagande av mödrar under graviditeten och undvikande av förlossningskomplikationer. Behandlingen av schizofreni och andra psykotiska tillstånd har förändrats påtagligt under senare år.⁸⁶ Genom att tidigt identifiera problemet och sätta in behandlingsåtgärder av såväl farmakologisk, psykoterapeutisk som social natur, kan man förebygga en psykosutveckling eller i varje fall mildra konsekvenserna.

Olika riskfaktorer har associerats med depressiva tillstånd, bland annat ärftliga faktorer. Tidpunkten för sjukdomsdebuten, förloppet i depressionen samt resultaten av självhjälpsåtgärder och insatt behandling påverkas dock av den psykosociala och fysiska miljön. Personer som är genetiskt predisponerade för depression behöver inte utveckla en depression, om de lever i miljöer som ger dem möjlighet att hantera den psykosociala stressen. Om familjens psykiska och sociala välbefinnande

⁸² Zigler E, Taussig C, Black K. Early Childhood Intervention. A Promising Preventative for Juvenile Delinquency. *Am Psychologist* 1992;47, 8:997–1006.

⁸³ Dare C, Eisler I, Russel G, Szukler G. The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy* 1990;16, 1:39–57.

⁸⁴ Cicchetti D. et al. (1995). a. a.

⁸⁵ Ottosson J-O. (1995). a. a.

⁸⁶ Cullberg J. Psykospatienter hjälps till bättre prognos. "Fallskärm" för förstagsinsjuknande. *Läkartidningen* 1996;93:3992–98.

är otillfredsställande, kan detta kompenseras genom det sociala nätverket i förskolan/skolan eller utanför skolan.

Förluster, separation, relationsproblem, arbetslöshet, mobbning, traumatiska livshändelser och upplevelse av hjälplöshet och hopplöshet, predisponerar för depressionsutveckling. Depression med denna bakgrund kan påverkas via en kombination av psykoterapi, farmaka och psykosocialt stöd. Endast var fjärde patient i primärvården som har depression identifieras emellertid.⁸⁷ Detta är oroande eftersom människor med svår depression uppvisar en överdödlighet i såväl somatiska sjukdomar som i självmord.^{88,89} Tidig identifikation och tidigt insatt behandling kan minska såväl sjukdomstidens längd som risken för återfall.

Förebyggandet av ångesttillstånd är fortfarande ett väsentligen outforskat område. Det finns dock även här genetiska faktorer av betydelse. Behandlingen av ångesttillstånd har blivit effektivare, men det krävs stora utbildningsinsatser inom primärvården och även inom psykiatrin för att på bästa sätt utnyttja de behandlingsmöjligheter som står till buds, såväl psykofarmakologiskt som psykoterapeutiskt.

Det finns klara belägg för att man inom olika samhällsområden kan förebygga uppkomsten av missbruk av alkohol och narkotika. Behandlingen av missbruk har störst effekt om den sätts in tidigt i en missbrukskarriär. Identifikation av högkonsumerter av alkohol inom primärvården och insatt behandling har i studier visats ha gynnsamma effekter vad gäller en minskad utveckling av manifest missbruk.⁹⁰

Självordsprevention

Ett systematiskt arbete föreligger i många länder för att minska antalet självmord och reducera självdestruktivt beteende. En bred folkhälsovetenskaplig och psykosocial ansats krävs. En utpräglad tvärssektoriell ansats tillämpas i de sex regionala nätverk som Centrum för suicidforskning och prevention initierade år 1997 för att förebygga självmord

⁸⁷ Bodlund O. Ångest och depression dolt problem i primärvården. Endast vart fjärde fall identifieras. *Läkartidningen* 1997;94:4612–18.

⁸⁸ Farmakoterapi vid depression. *Information från Läkemedelsverket* 1995; (5):309-382.

⁸⁹ Bingefors K. *Antidepressant-treated patients. Population-based longitudinal studies*. Faculty of medicine. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations, vol 609. Uppsala university.

⁹⁰ Andréasson S. *Socialmedicinsk alkoholvård*. Stockholm. Kommentus Förlag 1995.

och självmordsförsök i Sverige. Det nationella programmet för självmordsprevention⁹¹ anpassas i dessa nätverk till lokala förutsättningar.

Den ömsesidiga kommunikationen mellan den självmordsnära individen och dennes omgivning är av avgörande betydelse. Gensvar från medmänniskor och professionella grupper i samhället samt närvaro av strukturer i samhället som uppmärksammar budskapen i den suicidala kommunikationen är viktig. Finns det beredskap att påbörja en dialog som kan möjliggöra för den självmordsnära personen att återupptäcka och utveckla sin egen styrka, så kan den suicidala processen avklinga.⁹²

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Traditionell forskning om riskfaktorer har på senare tid kompletterats med ett intresse för faktorer som skyddar och bevarar människors hälsa. Ytterligare forskning och praktiskt utvecklingsarbete inom folkhälsoområdet behövs emellertid för att definiera olika faktorer som har en positiv inverkan på hälsan.

Ett annat angeläget område är forskning om samverkan mellan genetiska och psykosociala faktorer vid depression, deras uppkomst och förlopp samt forskning som utvärderar psykosociala, samtalsterapeutiska och andra icke medicinska åtgärders effektivitet vid behandling av depression.

Det behövs också förbättrad kunskap om befolkningens psykiska hälsa. För detta ändamål behöver ett system utvecklas såväl centralt som regionalt för återkommande mätningar av barns och ungdomars samt vuxnas psykiska hälsa.

⁹¹ Nationella rådet för självmordsprevention. *Stöd i självmordskriser – nationellt program för utveckling av självmordsprevention*. Stockholm. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet & Centrum för suicidforskning och prevention 1995.

⁹² Wolk-Wasserman D. Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73:481–99.

10.2.3 Befintliga mål och strategier

WHO:s mål för det 21:a århundradet

Av WHO:s 21 hälsomål för Europa omfattar det sjätte målet förbättring av den mentala hälsan.⁹³ Det framgår att prevalensen av och riskfaktorer för psykisk sjukdom skall reduceras och att människor bör få en ökad förmåga att hantera stressfulla livssituationer. Självordsfrekvensen skall reduceras med minst en tredjedel. Bland strategierna betonas att den psykiska hälsan bör diskuteras mer öppet istället för att tabubeläggas. Såväl enskilda individers som hela samhällets förmåga att identifiera och hantera psykiska problem och andra stressfulla livssituationer föreslås utvecklas genom ökad information och livskunskapsträning i skolan. Vikten av särskilda program för boende och arbetsmiljöer som skapar en känsla av sammanhang och bygger upp ömsesidigt stödjande sociala relationer understryks. Arbetslöshetens risker för hälsan betonas. Vidare sägs att självmordstalen kan minskas om vårdpersonal utbildas i tidig upptäckt och behandling av depression.

Nationella utredningar och handlingsprogram

En granskning av tre decenniers utredningar i svensk hälsopolitik visar på en stegvis framåtsträvande process.⁹⁴ Samhällsvillkor, humanistiska värden och utvecklingspsykologiska perspektiv av betydelse för hälsan tydliggörs alltmer i denna hälsopolitiska process. Föreslagna insatser har ofta varit inriktade på ökad forskning, vilket haft stor betydelse för att få aktuell kunskap. Bland övriga förslag dominerar strukturella insatser i syfte att minska segregationen i boendemiljön, arbetsmarknadspolitiska åtgärder, skapandet av stödjande miljöer och upprättandet eller stärkandet av sociala nätverk.

Under senare tid har i huvudsak tre angreppsområden avgränsats när det gäller hälsofrämjande åtgärder: socialt nätverk, arbete/sysselsättning samt upplevelse av sammanhang. För dessa områden finns väl underbyggda vetenskapliga underlag.⁹⁵ Vidare är möjligheterna att skapa positiva förändringar i befolkningen goda. Många förslag återkommer i utredningarna och en relevant fråga är, med vissa undantag, huruvida samhället tar till sig den samlade kunskapen. Det svåra är oftast inte att ange vad som bör göras, utan att konkretisera kunskapen i praktiken.

⁹³ World Health Organization. *Health 21 – the health for all policy for the WHO European Region – 21 targets for the 21st century*. Copenhagen 1998.

⁹⁴ Arbetsgruppen för psykisk hälsa. (1999). a. a.

⁹⁵ Konarski K. (1992). a. a.

Nationellt program för självmordsprevention

Ett nationellt råd för självmordsprevention har tillsatts av Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet i samarbete med Centrum för suicidforskning och prevention.⁹⁶ Målen för verksamheten är följande: 1) att varaktigt minska antalet självmordsförsök, 2) att därutöver så långt möjligt undanröja omständigheter som kan leda till att barn och unga tar sitt liv, 3) att tidigt upptäcka och försöka bryta stigande trender av självmord och självmordsförsök i utsatta grupper, och 4) att öka den allmänna kunskapsnivån om självmord, så att mänsklig gemenskap och samhällsliga åtgärder blir ett stöd för människor med självmordstankar eller med erfarenhet av närståendes självmord/självmordsförsök. Programmet omfattar "allmän självmordsprevention", dvs. psykologiska, pedagogiska och sociala hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Det omfattar vidare "indirekt självmordsprevention", vilket innebär identifikation och behandling av sjukdomar och sociala problem inom riskgrupper och vid risksituationer. Därtill omfattar programmet "direkt självmordsprevention" riktad mot självmordsprocessen, dvs. självmordstankar, självmordsförsök och självmord.

Folkhälsoprogram i landstingen

En inventering av landstingens folkhälsoprogram visar att såväl övergripande insatser som lokalt förankrade verksamheter förekommer.⁹⁷ Insatserna har karaktären av forsknings- och utvecklingsprojekt samt utbildnings- och interventionsinsatser. Betoningen i programmen ligger på förebyggande och behandlande insatser. På initiativ från fyra landsting har ett nationellt nätverk bildats för "främjandet av psykisk hälsa och förebyggandet av psykosocialt betingad ohälsa".

När det gäller hälsofrämjande insatser betonas i folkhälsoprogrammen betydelsen av stödande miljöer, delaktighet och samverkan. Det finns även exempel där målsättningarna handlar om att bidra till meningsfull sysselsättning och social gemenskap. Det förebyggande perspektivet domineras av insatser med inriktning på suicidprevention. Inom området psykiatrisk prevention prioriteras insatser i form av stöd till barn till föräldrar med psykisk ohälsa, psykiatrisk och psykosocial kompetens i vårdkedjor samt utbildning och samverkansinsatser. Det behandlande perspektivet innefattar olika inriktningar. Flera landsting betonar betydelsen av tidig upptäckt av psykisk sjukdom genom integrering av psykiatriverksamhet i primärvården och samverkan mellan

⁹⁶ Nationella rådet för självmordsprevention. (1995). a. a.

⁹⁷ Arbetsgruppen för psykisk hälsa. (1999). a. a.

olika verksamheter och vårdgrannar. Bland övriga insatser kan nämnas tidig intervention av psykoser, vårdprogram för anhöriga, för suicidnära personer och för patienter med depression.

10.2.4 Mål och strategier

Mål

1. Den psykiska hälsan hos barn och ungdomar skall förbättras

- Barns känslomässiga utveckling skall betonas i föräldrautbildningen och stödjande insatser bör erbjudas inom mödrahälsovård och barnhälsovård.
- Insatserna skall öka för att nå utsatta föräldrar via mödrahälsovård och barnhälsovård.
- Den psykosociala kompetensen skall öka inom barnhälsovården.
- Barns lek- och fritidsbehov skall stimuleras i förskolan/skolan.
- Skolan och förskolan skall försöka stimulera föräldrar med svaga resurser att engagera sig i förskolan och skolan.
- Mer fokus skall riktas på barns och ungdomars sociala och emotionella mognad i förskolan och skolan.
- Ungdomar skall ha tillgång till ungdomsmottagningar med hög psykosocial kompetens.

2. Den psykiska hälsan hos vuxna skall förbättras

- Hälsöfrämjande miljöer skall utvecklas med inriktning på social gemenskap.
- Arbetslivet skall utvecklas så att den psykosociala arbetsmiljön främjas.
- Former för utbildning i emotionell förstahjälp vid psykosociala kriser skall utvecklas.
- Ett organiserat stöd bör införas på riskarbetsplatser.
- Företagshälsovården bör förstärkas.
- Stöd till anhöriga i vården bör utvecklas.
- Stödet till självhjälpgrupper bör öka.
- Den psykosociala orienteringen bör öka inom äldreomsorgen.
- Alkoholmissbruk bör förebyggas.
- Depressiva tillstånd bör i högre utsträckning uppmärksammas och förebyggas.
- Psykologisk och psykosocial kompetens inom primärvården bör öka.

3. Psykiskt och fysiskt våld skall inte förekomma

- ”Nolltolerans” mot alla former av såväl psykiskt som fysiskt våld och alla former av trakasserier skall skapas i samhället.

4. *Själv mord och självmordsförsök skall minska*

- Tvärsektoriella självmordspreventiva insatser skall öka.
- Riskfaktorer och risksituationer bör förebyggas.
- Stödjande insatser gentemot riskgrupper skall öka.

Inledande synpunkter

Folkhälsoarbete kan som tidigare nämnts utgå från tre principiella perspektiv (hälsofrämjande, förebyggande och behandlande). Det är speciellt tre förutsättningar som är särskilt värda att utveckla inom ramen för ett hälsofrämjande perspektiv: *förmågan och möjligheten att älska, leka och arbeta*.⁹⁸ Begreppen skall uppfattas i vid mening för att bringa förståelse för nödvändigheten av ett brett synsätt när det gäller att skapa förutsättningar för människors hälsa. Att älska innefattar möjlighet till känslomässig mognad och skapande och upprätthållande av djupa, mänskliga relationer och sociala nätverk, vilket även inbegriper omsorg och omtanke om andra människor. Genom att stimulera den känslomässiga utvecklingen får människor en bättre förmåga att fatta rationella beslut samt att bearbeta och integrera starka känslor. Det innebär bättre möjlighet att hantera konflikt- och krissituationer och andra stressfaktorer. Med leken avses människans behov av utlevelse, känslomässigt engagemang och möjligheten att få uttrycka sina känslor. Leken är ett uttryck för människors lust och kreativitet, där fantasi och personliga intressen får utrymme. I leken inryms människans behov av meningsfullhet och att vara delaktig i ett socialt sammanhang, som idrott och kultur eller annan fritidsverksamhet som ger stimulans och livskvalitet. Leken har en avgörande betydelse för barns mognad genom att den installerar barnet i den vuxnes värld genom imitation och tränar förmågan till samarbete och ömsesidighet. Genom leken kan barnet bemästra stressituationer samtidigt som leken skapar insikt och självförtroende. Leken stimulerar även barns motorik och koncentrationsförmåga. Med arbete avses när individen gör något som någon annan har behov av, och innefattar en möjlighet för varje människa att efter sin förmåga bidra till sin egen och sin familjs försörjning. En god arbetsmiljö förutsätter inte bara att olika hälsorisker är eliminerade, utan även att hälsa och välbefinnande främjas.

I de mål som föreslås tar kommittén fasta på det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet. Det behandlande perspektivet ingår inte i kommitténs uppdrag och tas därför inte upp.

⁹⁸ Arbetsgruppen för psykisk hälsa. (1999). a. a.

Mål, strategier och aktörer

Den psykiska hälsan hos barn och ungdomar skall förbättras

Mödra- och barnhälsovård

Grunden till den känslomässiga utvecklingen finns i familjen. I ett hälsofrämjande perspektiv är det därför nödvändigt att definiera vad som är bra uppväxtförhållanden för barn samt vad som är ett bra liv för barn och vuxna. Av grundläggande betydelse är en känslomässigt stabil relation under uppväxten med åtminstone en vuxen person och en stödjande miljö med ett tryggt socialt nätverk.⁹⁹ Behovet av att utveckla familjeperspektivet inom hälso- och sjukvården har initierats genom så kallade familjecentraler. Det är också viktigt att föräldrautbildningen vidmakthålls och utvecklas. Ansträngningar bör vidare göras för att i större utsträckning engagera fäderna i denna verksamhet. Särskilda insatser bör även göras i invandrargrupper. Det är betydelsefullt att föräldrautbildning och stödjande insatser erbjuds inom mödra- och barnhälsovård som betonar barns känslomässiga utveckling.

Tidig identifiering av psykosocial problematik och aktiva stödjande insatser i barn- och ungdomen ger en långsiktig förebyggande effekt och är en investering för vuxenlivet. Det är därför viktigt att den psykosociala kompetensen inom barnhälsovården ökar. Vidareutbildning i att arbeta med deprimerade mödrar med kortare samtalsserier bör uppmuntras. Ökade insatser för att nå utsatta föräldrar via mödra- och barnhälsovård krävs. Detta gäller t.ex. utvecklingsstörda föräldrar, missbrukande och psykiskt sjuka föräldrar samt mödrar med ätproblem. Dessa grupper drar sig ofta undan föräldrautbildning och det är viktigt med intensifierade insatser för att stärka deras föräldraförmåga.¹⁰⁰

Förskola/skola

Det är viktigt att värna om en god kvalitet i förskolan och i skolan. Förskolan når 70 procent av alla barn och utgör en positiv uppväxtmiljö.¹⁰¹ Barn bör få vara på förskolan även om föräldrarna är arbetslösa eller är hemma med syskon. Det är viktigt att vidareutveckla barns känslomäs-

⁹⁹ Werner E. et al. (1992). a. a.

¹⁰⁰ World Health Organization. *Improving mother/child interaction to promote better psychosocial development in children*. International child development programmes. Oslo 1997.

¹⁰¹ Arbetsgruppen för psykisk hälsa. (1999). a. a.

signa färdigheter genom att i högre grad prioritera moment som stimulerar den känslomässiga förmågan.¹⁰²

Alla barn måste få lära sig att läsa och skriva, även de som har specifika läs- och skrivsvårigheter. Skolan bör i högre utsträckning även stärka barnens psykosociala kompetens. Träning i dessa färdigheter ("Life Skills Training") bör gå som en röd tråd genom skolåren.¹⁰³ Syftet är att ungdomar skall lära sig att ta ansvar för sin egen hälsa och utveckling och ta ställning till olika livsstilsfrågor. Frågor om mobbning, rasism och våld kommer också naturligt in i en sådan undervisning. Elevvården behöver också upprustas, främst beträffande den psykosociala kompetensen, så att skolrelaterade psykosociala problem kan hanteras. Skolans elevvård bör, förutom att tidigt fånga upp ungdomar med hotande social avvikelser, även vara mer observant då det gäller ätstörningar och depressioner.

Mot denna bakgrund är det väsentligt att mer fokus riktas på barns och ungdomars sociala och emotionella mognad i förskola och skola för att vidareutveckla eller kompensera den känslomässiga utvecklingen.

Som har framhållits ovan är leken ett uttryck för lust och kreativitet och har betydelse för bl.a. motorik, koncentrationsförmåga och stresshantering. Det är därför viktigt att ge goda förutsättningar för barns lek mer allmänt och att stimulera barns lek- och fritidsbehov i förskolan och skolan.

Socialt utagerande beteende i förskoleåldern medför ökad risk för ett asocialt beteende i tonåren, och förebyggs bäst genom tidiga insatser under förskoleåren.¹⁰⁴ Verksamheten bör bygga på föräldrasamverkan med stöd från förskolan samt barnhälsovården. Speciella insatser behöver mot denna bakgrund göras för att engagera föräldrar med svaga resurser i förskolan. Barn i invandrartäta områden kan t.ex. behöva speciell språkstimulans för att lära sig det svenska språket innan de börjar skolan. Samarbete och värdegemenskap mellan personal och föräldrar kan stimuleras genom gemensamma utbildningsinsatser i form av studiebesök och studiedagar kring olika aspekter av barns utveckling och behov. På så sätt kan barnen också bemötas på ett likartat sätt i hem och i förskola.

¹⁰² Konarski K. Betydelsen av känslodifferentiering för de existentiella frågorna och för hälsa. Möjligheten till en experimentell undersökning. I: Novakova V, Rosén A. S. (red). *Hälsa och existentiella frågor. Synsätt på hälsa, ohälsa och livsfrågor*. Stockholm. Forskningsrådsnämnden 1995.

¹⁰³ World Health Organization. *Life Skills Education in Schools*. Division of Mental Health, Geneva. MNH/PSF/7;1993.

¹⁰⁴ Patterson G. R. *Coercive Family Process*. Eugene, Oregon. Castalia Publishing Company, 1982; Vol 3.

Ungdomsmottagningarna

Ungdomar skall ha tillgång till ungdomsmottagningar med hög psykosocial kompetens. Sverige har låg frekvens tonårsgraviteter och tonårsaborter, vilket välfungerande ungdomsmottagningar bidrar till. Det är viktigt att det, förutom barnmorskor, finns tillgång till psykolog/kurator för att ungdomsmottagningarna även skall kunna ta hand om relations- och identitetsproblem. Ytterligare manlig personal bör rekryteras för att nå tonårspojkar i större utsträckning. I invandrartäta områden bör det finnas kulturkompetens hos personalen beträffande sexuella värderingar och könsrollsvärderingar. Ungdomsmottagningarna bör samarbeta med skolans elevvård för att särskilt fånga upp ungdomar som tidigt ger sig in i risktagande sexuell aktivitet och alkohol- respektive drogkonsumtion.

Den psykiska hälsan hos vuxna skall förbättras

Sociala nätverk

De sociala relationernas betydelse för hälsan är välkänd.¹⁰⁵ Det sociala nätverket kan via såväl informella som formella närmiljöer ge emotionellt stöd, delade intressen och värderingar, information och hjälp att orientera sig i omvärlden samt materiellt stöd. Hälsofrämjande miljöer med inriktning på social gemenskap skall utvecklas. Samhället har begränsade möjligheter att påverka den sociala gemenskapen på individuell nivå, men kan indirekt bidra till att skapa bättre förutsättningar för social gemenskap. Detta kan ske genom a) att på olika nivåer i samhället ge människor möjlighet att påverka sin egen livssituation och närmiljö, b) att människor ges möjlighet att knyta sociala kontakter, c) att de sociala miljöerna stimulerar social förankring och ett aktivt socialt deltagande och d) att de underlättar för människor att på ett bra sätt hantera vardagslivets krav och att göra hälsosamma val.¹⁰⁶ Konkret kan detta ske genom att t.ex. fysisk planering och en byggnation som skapar kontakttillfällen uppmuntras. Föreningsliv och folkbildning ger även rika möjligheter till aktiviteter, ökad kunskap och inte minst social samvaro. Det är också betydelsefullt att skapa mötesplatser för stöd och föräldrarutveckling.

¹⁰⁵ Berkman L. F. et al. (1979), Hanson B. S. (1988), Orth-Gomér K. et al. (1987), Broadhead W. E. et al. (1983), Cohen S. et al. (1985). a. a.

¹⁰⁶ Arbetsgruppen Sociala relationer. *Sociala relationer*. Underlagsrapport till Nationella folkhälsokommittén. Stockholm. Nationella folkhälsokommittén 1999.

Arbetsliv

Arbetslösheten utgör ett av de stora folkhälsoproblemen. Åtgärder för att stimulera sysselsättningen är därför av primär betydelse, vilket mer ingående diskuteras i avsnitt 4.2. Arbetslösheten har även konsekvenser för dem som har arbete. Arbetarskyddsstyrelsens arbetsmiljöundersökningar visar att arbetstakten ökar och att förändringar i arbetet sker allt fortare. Drygt 40 procent kan inte koppla av tankarna från jobbet när de är lediga och 16 procent har sömnsvårigheter på grund av arbetet.¹⁰⁷ Möjligheten att själv kunna påverka arbetssituationen är en viktig faktor som utgår ifrån ett synsätt där människan är delaktig och medskapande istället för ett viljelöst offer för påverkan. Arbetslivet skall utvecklas så att den psykosociala miljön främjas, vilket är av primär betydelse för att skapa ett tillåtande och utvecklande arbetsklimat. Av betydelse är även ökade möjligheter till förkortad arbetstid så att föräldrar kan vara mer tillsammans med sina barn så att rikliga tillfällen till god känslomässig utveckling grundläggs.

Vissa kritiska händelser är ”typiska” för ett visst yrke.¹⁰⁸ Det kan gälla särskilt omfattande katastrofer som brandmän och poliser yrkesmässigt måste arbeta med. Det är därför viktigt att organiserat stöd införs på riskarbetsplatser. I de flesta fall räcker ett organiserat kamratstöd, men även professionellt stöd bör göras tillgängligt.

Kartläggningar av arbetsmiljön för alla anställda med avseende på krav, kontroll och stöd är viktigt för insatser med syfte att förbättra den psykiska hälsan hos de anställda.¹⁰⁹ Det är därför angeläget att förstärka företagshälsovården så att kartläggning och intervention kan ske med avseende på den psykosociala arbetsmiljön.

Självhjälpgrupper

Självhjälpgrupper fyller en viktig uppgift i samhället och är ett komplement till professionellt stöd. I Sverige finns än så länge relativt få självhjälpgrupper. Det är därför betydelsefullt att stödet till självhjälpgrupper ökar. Psykiatrin når dessutom inte alla anhöriga till

¹⁰⁷ Statistiska centralbyrån. *Arbetsmiljön 1995*. Statistiska meddelanden. Serie Arbetsmarknad AM 68 SM 9601. Stockholm. Statistiska centralbyrån & Arbetarskyddsstyrelsen 1996.

¹⁰⁸ Theorell T, Leymann H, Jodko M, Konarski K, Norbeck H. E. 'Person under train' incidents from the subway drivers point of view – a prospective 1-year follow-up study: the design, and medical and psychiatric data. *Soc Sci Med* 1994; Vol 38(3):471–75.

¹⁰⁹ Karasek R. A. et al. (1990). a. a.

patienter med psykiska störningar. Att få hjälp att bearbeta och hantera den krissituation man hamnar i som anhörig till en människa med allvarlig psykisk störning är viktigt och kan också ske genom olika intresseorganisationer.

Äldreomsorg

Ensamhet och social isolering bland äldre är en bidragande orsak till psykiska besvär.¹¹⁰ Det är därför viktigt att den psykosociala orienteringen inom äldreomsorgen ökar med ett bättre utvecklat känslomässigt stöd och stimulans till ett aktivt liv. Det är viktigt att det ställs krav på socialtjänsten att aktivt informera om möjligheter till service, bostadsanpassning samt socialt stöd och olika aktiviteter. I kapitel 11 som tar upp målgrupper behandlas äldre i avsnitt 11.3.

Sjukvård, socialtjänst och övriga aktörer

Långvarigt sjuka vårdas i allt större utsträckning i hemmen och belastningen på de anhöriga ökar kontinuerligt. Anhöriga till patienter med svåra kroniska eller livshotande sjukdomar har en svår situation. Vårdpersonal har möjligheter, som till stor del är utnyttjade, att stödja anhöriga under och efter en sådan livskris. Internationell forskning har visat att anhöriga till svårt sjuka har tecken på fysiologisk utmattning bl.a. resulterande i störd immunfunktion. En kontrollerad studie i Stockholm har visat att ett program för "ökat deltagande" för anhöriga i cancervården leder till minskad depressionstendens och minskad bitterhet mot cancervården hos de anhöriga under året efter patienternas frånfalle.¹¹¹ Sjukvården bör därför uppmuntras att ge stöd till anhöriga till långvarigt svårt sjuka patienter.

Ökad psykologisk och psykosocial kompetens i primärvården skulle innebära ökade möjligheter till handledning samt tidiga adekvata insatser för patienter med psykiska och psykosomatiska besvär. Studier visar att en stor grupp patienter med psykiska problem inte identifieras i

¹¹⁰ Socialstyrelsen redovisar 1988:8. Att förebygga psykisk ohälsa. Underlag till hälsopolitiskt handlingsprogram. Stockholm. Socialstyrelsen 1988.

¹¹¹ Häggmark C, Bachner K, Theorell T. A follow-up of psychological state in relatives of cancer patients one year after the patient's death. Effects of an activation programme. *Acta Oncologica* 1991;30(6):677-84.

primärvården.¹¹² Det föreligger därmed en fara för att patientgruppens psykiska tillstånd kan förvärras.¹¹³

Alkoholmissbruk bör förebyggas. Det är viktigt att ökade insatser görs för att förebygga och tidigt upptäcka alkoholmissbruk för att undvika ett manifest missbruk. Högkonsumenter av alkohol kan tidigt identifieras och behandlas, framför allt inom primärvården.¹¹⁴ För att skapa bättre förutsättningar för detta krävs utbildningsinsatser gentemot primärvård och socialtjänst.

Depressiva tillstånd bör förebyggas i ökad utsträckning. Med anledning av den ökande incidensen är det särskilt angeläget att depressiva tillstånd i högre utsträckning förebyggs och upptäcks på ett tidigt stadium. Det kan ske genom att kunskap sprids om de psykosociala villkorens betydelse samt det psykologiska och medicinska omhändertagandets roll för att förebygga olika typer av depression. Kunskaper bör även spridas om olika typer av depressioner, orsaker, självhjälpsåtgärder och olika psykologiska samt medicinska behandlingsmetoder. Kampanjer riktade till befolkningen har gjorts i andra länder med gott resultat.¹¹⁵ Ökad utbildning om depressiva tillstånd har också god effekt.¹¹⁶ Kontinuerlig och gemensam utbildning kan initieras och genomföras i samverkan mellan primärvården, kommunal vård och psykiatrin. Särskild betoning bör läggas på diagnostik av depressioner hos ungdomar, vuxna män och äldre.

Former för utbildning i emotionell förstahjälp vid psykosociala kriser bör utvecklas. Detta kan ske på liknande sätt som människor utbildas i första hjälpen vid kroppsskada. Detta arbete bör utvecklas genom skapandet av särskilda "kriscentra", helst fristående från sjukvården, som stödjer hälsan samt initierar och ger stöd till självhjälpsgrupper.

Psykiskt och fysiskt våld skall inte förekomma

"Nolltolerans" beträffande såväl psykiskt som fysiskt våld och trakasserier skall skapas i samhället. Målet bygger på en humanistisk och demokratisk grund, innefattande respekt för och solidaritet med andra

¹¹² Hansson L. et al. (1990). a. a.

¹¹³ Goldberg D. Reasons for misdiagnosis. In: Sartorius, N. et al. *Psychological disorders in general medical settings*. Hogrefe & Huber Publishers 1990.

¹¹⁴ Andréasson S. (1995). a. a.

¹¹⁵ Arbetsgruppen för psykisk hälsa. Bilaga B. (1999) a. a.

¹¹⁶ Rutz W, von Knorring L, Wålinder J. Evaluation of an educational program for general practitioners given by the Swedish PTD Committee – long term effects. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:83–88.

fritt från repressivitet. Antalet anmälda brott mot liv och hälsa har sexdubblats sedan början av 1950-talet.¹¹⁷ Varje år avlider drygt 130 personer till följd av våldsbrott och i genomsnitt vårdas dagligen 8–9 personer på sjukhus för misshandel. Att arbeta mot våld ur ett folkhälsoperspektiv kräver ett tvärvetenskapligt och tvärsektorielt förfarande. Ökad informationsverksamhet om våld är nödvändig. Det lokalt förebyggande arbetet är viktigt och kan ske via hälsoråd genom samverkan mellan olika myndigheter, organisationer och företag. Genom den ändring i skollagen som gäller fr.o.m. år 1998 skall skolan aktivt motverka alla former av kränkande behandling såsom mobbning och rasistiska beteenden. Som en konkret åtgärd är det av stor betydelse att kamratstödjarverksamhet och antimobbingsprogram utvecklas inom skolan.

Anmälningar om sexuella övergrepp mot barn under 15 år har ökat fram till år 1993, då antalet anmälda brott uppgick till drygt 3 000. Därefter har antalet minskat till ca 2 500 anmälda brott år 1997.¹¹⁸ Mörkertalet är avsevärt vad gäller sexuella övergrepp mot barn.

Artikel 34 i barnkonventionen ålägger konventionsstaterna att skydda barnet mot alla former av sexuellt utnyttjande och sexuella övergrepp. Trots detta saknar barn och unga många gånger ett effektivt skydd mot övergrepp. När sexuella övergrepp inträffar är de också i många fall svåra att bevisa.

Barn som utsätts för sexuella övergrepp får enligt studier psykiska problem senare i livet.¹¹⁹ För att förhindra sexuella övergrepp mot barn och förebygga framtida psykiska problem bör frågan enligt vår mening belysas i förebyggande hälsoperspektiv. Sexualbrott mot barn måste minska drastiskt. För att minska risken för att barn utsätts för övergrepp i exempelvis förskolan och skolan har Barnombudsmannen föreslagit att personer som är dömda för sexualbrott mot barn förbjuds att arbeta i verksamheter med barn och unga. Även andra åtgärder behöver vidtas. Exempelvis bör personal som arbetar med barn och ungdom erbjudas utbildning inom området för att kunna bli mer observanta.

Mobbning och trakasserier har sedan 1980-talet alltmer uppmärksamats som ett arbetsmiljöproblem. I Sverige beräknas 3,5 procent av

¹¹⁷ Folkhälsoinstitutet 1995:45. *Ett folkhälsoperspektiv på våld. En beskrivning av våldet och det våldsförebyggande arbetet i Sverige.* Stockholm. Folkhälsoinstitutet 1995.

¹¹⁸ Svedin C-G, *Sexuella övergrepp mot barn, Definitioner och förekomst,* Underlagsrapport, KUB-projektet 1999:4, Socialstyrelsen 1999.

¹¹⁹ Muller P E, Martin J I, Anderson J C, Romans S E, Herbison G P. Childhood Sexual Abuse and Mental health in Adult Life. *British Journal of Psychiatry* 1993;163:721–732.

den arbetande befolkningen vara utsatta för mobbning.¹²⁰ Det uppskattas att 100–300 personer årligen suiciderar på grund av förhållanden på arbetsplatsen. Dessutom föreligger ett stort antal suicidförsök som följd av bristande psykosocial arbetsmiljö. Sannolikt är det arbetsituationen och organisationen av arbetet som utgör den primära orsaken till arbetskonflikter. För att en konflikt skall få en positiv lösning krävs tidiga insatser i kombination med kunskaper om konflikthantering. Ansvar för att hantera problemet är i hög grad en arbetsledningsfråga. Yrkesinspektionen kan förelägga arbetsgivaren att åtgärda problemen. Det är betydelsefullt att det finns rutiner för att tidigt fånga upp signaler om mobbning och att åtgärder vidtas. Felaktig handläggning av ett fall är ofta orsaken till utslagning. Arbetsplatser som uppmärksammar mobbningsproblem och tillämpar ett program uppnår oftast goda resultat.

Själv mord och självmordsförsök skall minska

För att varaktigt minska antalet självmord och självmordsförsök i Sverige är det viktigt att det självmordspreventiva arbetet förstärks. En förstärkning av detta arbete ligger i linje med riksdagens beslut år 1993 om inrättande av ett nationellt centrum för självmordsforskning vid Institutet för psykosocial medicin (IPM). Arbetet med självmordsprevention behöver vara målmedvetet utåtriktat och processinriktat med ambitionen att involvera och engagera många olika organ i samhället. Det är därför angeläget att ökade tvärsektoriella självmordspreventiva insatser initieras. Detta kan ske genom att kommuner, landsting och olika institutioner som är involverade i självmordspreventiva insatser får en tydlig lagfäst målsättning. Även i lokala folkhälsomål bör självmordsprevention finnas och hälsoråd eller motsvarande grupper bör ta aktivt ansvar för att motverka självmord.

Identifiering av riskfaktorer och risksituationer samt stödjande insatser gentemot riskgrupper är av primär betydelse. Psykisk sårbarhet i kombination med utsatta psykosociala villkor, som t.ex. dåliga utsikter att få arbete eller utbildning, utgör suicidogena faktorer. Särskilda ansträngningar bör göras för att motverka självmord och självmordsförsök bland barn och ungdomar. Preliminära resultat från självmordsförebyggande program i Stockholms skolor visar positiva resultat genom

¹²⁰ Leymann H. *Från mobbning till utslagning i arbetslivet*. Stockholm. Publica 1992.

ett minskat antal självmordsförsök.¹²¹ Erfarenheterna härifrån bör spridas i landet. Avståndstaganden och andra tabun påverkar negativt möjligheterna att förebygga självmord. En förutsättning för riktade och kraftfulla åtgärder för att sänka antalet självmord är därför även att sprida kunskap om självmordsbeteende och preventionsmöjligheter på ett adekvat sätt.

För att minska självmordsfrekvensen bör depressionstillstånd förebyggas i högre utsträckning än för närvarande. Detta gäller för såväl vuxna som barn.

10.3 Skador

10.3.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Inledning

Skador är ett stort folkhälsoproblem i Sverige, liksom i övriga delar av världen. Risken att drabbas av skador finns i alla miljöer där människor vistas och alla åldersgrupper löper risker av olika slag. Skador är den övergripande beteckningen för oavsiktliga händelser som olycksfall/olyckshändelser och avsiktliga handlingar som självmord/självmordsförsök och våld.

Förekomst av skador

I befolkningen

År 1996 registrerades i Sverige över 4 000 dödsfall till följd av skador, varav 2 353 dödsfall till följd av olyckshändelser, 1 253 dödsfall genom självmord och 110 dödsfall genom våld. Dessutom har 410 dödsfall till följd av skador med osäkert uppsåt registrerats.

Drygt 120 000 personer vårdades samma år i slutenvård till följd av olycksfallsskador, 6 720 efter självmordsförsök och 2 711 till följd av våldshandlingar. Antalet läkarbesök för behandling av enbart olycks-

¹²¹ Wasserman D. (1998). a. a. samt Ahlner B, Hildingsdotter Bengtsson E. Mentalt förebyggande hälsovård. Utveckling och utvärdering av en metod för att förebygga psykisk och psykosomatisk ohälsa, drogmissbruk och självmord. I: Beskow, J. (red). *Rätt till liv. Lust till liv. Om självmordsförsök bland barn och ungdomar*. Rapport 95:4;130–41. Stockholm. Forskningsrådsnämnden, 1995.

fallsskador uppgår per år till 900 000. Omkring 13 000 självmordsför-sök registreras årligen.

Närmare 75 procent av samtliga olycksfallsskador inträffar i bostaden, i skolan, under friluftsliv, vid motion eller vid idrott.¹²² År 1996 inträffade 35 623 arbetsolycksfall och 10 747 färdolycksfall. Med färdolycksfall avses skador som har inträffat på den direkta färden till och från arbetet. 91 personer dödades vid olycksfall i arbetet.¹²³ Samma år polisrapporterades 15 416 vägtrafikolyckor i Sverige. Därvid omkom 537 personer medan 3 837 personer skadades svårt.¹²⁴ Vägtrafikolycka definieras som en händelse, som inträffat på väg, vari har deltagit minst ett fordon i rörelse och som medfört person- eller egendomsskador.

En tiondel av alla som dödas och nästan hälften av alla som skadas i trafiken är cyklister. Mer än var tredje skadad cyklist har huvudskador.^{125, 126}

Olika åldersgrupper

Skador är den vanligaste dödsorsaken för barn, ungdom och yngre vuxna (1–44 år). I åldrarna 15–44 år är självmord den vanligaste enskilda dödsorsaken. Av samtliga dödsorsaker svarar skador för flest förlorade levnadsår i åldrarna upp till 44 år. Bland äldre dominerar hjärt- och kärsjukdom som dödsorsak. Dödsfall bland äldre till följd av skador orsakas främst av fallolyckor.

Män och kvinnor

Kvinnor i alla åldrar skadas mindre än män i motsvarande ålder. Det föreligger skillnader mellan kvinnor och män avseende skadegrupp, dvs. olycksfallsskada, självtillfogad skada och våldsrelaterad skada samt skademiljö, skadetyper och skadornas konsekvenser. År 1996 omkom 966 kvinnor och 1 370 män till följd av olyckshändelser. 381 kvinnor och 872 män begick självmord och 36 kvinnor och 74 män omkom till följd av våldsrelaterade skador.

¹²² Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18.

¹²³ Arbetskyddsstyrelsen, Statistiska centralbyrån. *Arbetsjukdomar och arbetsolyckor 1996*. Stockholm 1998.

¹²⁴ Statistiska centralbyrån. *Trafikskador 1996*. Stockholm 1997.

¹²⁵ Folkhälsoinstitutet. *På väg mot ett skadefritt Sverige*. Rapport 1996:117.

¹²⁶ SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling. Förslag till nationellt handlingsprogram*. Betänkande av Miljöhälsoutredningen. Stockholm 1996.

Något fler män än kvinnor utsätts för någon form av våld. Män drabbas i större utsträckning av skador i samband med gatuvåld. Kvinnor skadas främst vid familjevåld, dvs. kvinnomisshandel, och våld i samband med yrkesutövning.

Män begår självmord dubbelt så ofta som kvinnor. Självmordstankar och självmordsförsök är däremot vanligare bland kvinnor än män i alla åldrar, utom i åldersgruppen över 75 år.¹²⁷

Socioekonomiska grupper

Barn till tjänstemän har betydligt lägre dödlighet i olycksfallsskador än barn till arbetare eller jordbrukare.¹²⁸ För vuxna har skadedödligheten mellan åren 1981–1992 varit dubbelt så hög bland manliga ej facklärdade arbetare som bland män med tjänstemannayrken på mellan- och högre nivå.¹²⁹

Etniska grupper

Ungdomar i åldern 15–18 år, med ursprung utanför Europa, har en trefaldigt ökad risk att dö i självmord. Barn med utländskt ursprung har en ökad risk att skadas i bilolyckor och i cykelolyckor under tidiga skolår, i bostaden under spädbarns- och förskoleåren samt i skolan under skolåren.¹³⁰ För vuxna, är risken för arbetsolycksfall drygt 20 procent högre bland invandrare än för den svenskfödda befolkningen.

Geografiska områden

Både kvinnor och män som bor i glesbygdskommuner har den högsta dödligheten i olycksfallsskador. Dödsfall efter våld inträffar för män framför allt i storstadsområden och för kvinnor i industrikommuner. Självmordsfrekvensen är högst för män i landsbygds- och glesbygdskommuner, medan självmordsfrekvensen för kvinnor är högst i storstadsområden och större städer.

¹²⁷ Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18.

¹²⁸ Folkhälsoinstitutet. *Samhällets olycksbarn*. Stencil 1998.

¹²⁹ Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18.

¹³⁰ Hjern A. *Migration till segregation. En folkhälsorapport om barn med utländskt ursprung i Stockholm*. Centrum för barn och ungdomshälsa. Rapport 1998:1. Stockholm.

Effekter för individ och samhälle

Individen

Den mänskliga kostnaden för skador i form av lidande, sorg och invaliditet är omfattande. De psykosociala konsekvenserna kan vara väl så stora som de rent medicinska skadorna. Kring varje person som begår självmord finns det t.ex. i genomsnitt fem närstående personer.¹³¹

Samhället

De samhällsekonomiska kostnaderna för personskador uppgick år 1990 till 63 miljarder kronor.¹³² Omkring 10 procent av vårddagarna vid sjukhusen ägnas åt vård av skadefall. Den sammanlagda vårdtiden uppgår till en miljon vårddagar.¹³³

Prognos

Samhällsutvecklingen under 1990-talet, har bl.a. inneburit besparingar och omorganisationer inom många verksamheter. Detta kan medföra att risken för skador ökar. Besparingarna inom bl.a. förskolor och skolor har lett till större barngrupper och färre vuxna, vilket ökar risken för att barn i ökad omfattning kan skadas. Omorganisationer kan leda till att fungerande arbetslag splittras, vilket kan innebära att värdefull kunskap och erfarenhet förloras.

Skaderiskerna i arbetsmiljön är starkt relaterade till sociala faktorer, ålder och kön. Skadornas fördelning visar att yrkesgrupper inom tillverkningsindustrin löper långt större risk för arbetsolycksfall än arbetstagare inom ledande och administrativa yrken. Färre skador inom arbetslivet behöver inte betyda att riskerna för enskilda arbetstagare minskat i motsvarande grad. Inom sjukvården låg t.ex. arbetsolycksfallen för sjukvårdsbiträden och undersköterskor år 1990 på samma nivå som tio år tidigare. För sjuksköterskorna ökade antalet anmälda skador under samma period. Detsamma gäller för anställda inom hemvård och förskola.

¹³¹ Folkhälsoinstitutet. *Om livet känns hopplöst. Stöd till självmordsnära medmänniskor*. Rapport 1996:116.

¹³² Folkhälsoinstitutet. *Samhällets utgifter för personskador*. Rapport 1994:9.

¹³³ Björnstig U. Skadeprevention har givit stora vinster. *Läkartidningen* 1999; 96:182–187.

Kvinnor drabbas i arbetslivet av våld och hot i större utsträckning än män. 16 procent av kvinnorna och 8 procent av männen anser att risken för att bli utsatt för våld på arbetsplatsen har ökat.¹³⁴ De yrkesgrupper som uppger att risken har ökat är lärare, personal i vårdyrken, anställda i övrigt kameralt och administrativt arbete såsom banktjänstemän och affärsbiträden, personal som arbetar med transport- och kommunikationsarbete samt anställda inom civilt bevaknings- och skyddsarbete.

Självordsfrekvensen varierar geografiskt och över tiden på ett sätt som tyder på att personliga, sociala och kulturella faktorer inverkar. Det är därför svårt att utifrån sådana faktorer förutsäga den kommande utvecklingen.

10.3.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

Skador till följd av olyckshändelser, våldshandlingar och självmord/självordsförsök är komplexa fenomen med multifaktoriella orsaker. När problemen skall analyseras och åtgärdas är det därför önskvärt att ett tvärsektoriellt angreppssätt tillämpas.

Olycksfallsskador uppstår som ett resultat av en störning i samspelet mellan människan, den fysiska och sociala miljön och ett objekt.¹³⁵

Självordshandlingar kan ofta ses som en konsekvens av en eller flera bakomliggande riskfaktorer. Ofta rör det sig om flera samverkande faktorer, som personlighetsstörning, olika former av missbruk, relationsproblem, upplevelser av kränkningar, sociala och ekonomiska problem samt kroppslig sjukdom.¹³⁶

Våld kan generellt sägas vara en indikator på utsatthet. Barnmisshandel har vanligtvis flera orsaker. I familjer där barn misshandlas finns ofta olika riskfaktorer och problem. Kvinnomisshandel har nyligen utretts av Kvinnovaldscommissionen.¹³⁷ Orsaker till mäns våld mot kvinnor beskrivs som komplicerade. Orsakerna måste sökas på indivi-

¹³⁴ Arbetarskyddsstyrelsen, Statistiska centralbyrån. *Arbetsmiljön 1997*. Stockholm 1998.

¹³⁵ Bjärås G, Schelp L, Svanström L. *Att registrera och förebygga olycksfall*. Tidens förlag. Stockholm 1989.

¹³⁶ Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention, Socialstyrelsen. *Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention*. Stockholm 1995.

¹³⁷ SOU 1995:60. *Kvinnofrid*. Huvudbetänkande av Kvinnovaldscommissionen.

dualpsykologiska, socialpsykologiska och strukturella nivåer, men måste också ses ur ett könsmaktsperspektiv.

Påverkansmöjligheter

Under de senaste decennierna har förtjänsterna av olika förebyggande strategier inom skadeområdet diskuterats. Man kan skilja mellan aktiva och passiva strategier. Aktiva strategier syftar till att påverka individens beteende. De måste upprepas kontinuerligt samtidigt som de förutsätter en aktivitet hos individen. Exempel på en aktiv strategi är att träna barn i trafiksäkerhetsbeteende.

Passiva strategier skyddar individen oberoende av beteende, oftast genom att skapa säkra miljöer och produkter. Passiva skadeförebyggande åtgärder bör vara av en-gång-för-alla-karaktär. Införandet av barnsäkra läkemedelsförpackningar och installation av brandvarnare är exempel på passiva strategier. Att förbättra bilens inre säkerhet är en passiv strategi medan en sänkning av hastigheten förutsätter att individen skall ändra beteendet. För att främja säkerheten är ofta miljöinriktade och tekniska åtgärder bättre och mer effektiva än de som innefattar olika typer av information och rådgivning.

Sverige har, i ett internationellt perspektiv, haft stora framgångar i det skadeförebyggande arbetet. Detta beror på långsiktiga satsningar som har baserats på epidemiologiska data och forskning kring mekanismer i skadeförloppet respektive forskning om preventionsstrategier.¹³⁸ De förebyggande program som har visat sig fungera bra innefattar en bred tvärssektoriell samverkan mellan praktiker, forskare och olika samhällssektorer.

Utgångspunkten för skadeprevention är bl.a. att identifiera olika nivåer i preventionsarbetet, nämligen individnivå, gruppnivå, befolkningsnivå och samhällsnivå. Utifrån de olika nivåerna kan insatserna riktas i form av monofaktoriella, multifaktoriella och generella åtgärder.

De viktigaste åtgärderna för att förebygga våld kan vara tidiga insatser på samhällsnivån, t.ex. inom förskolan, skolan och bostadsmiljön.

Självordsförebyggande arbete inriktat på att reducera tillgänglighet, attraktivitet och skadlighet har visat sig ha en viss skadeförebyggande effekt. Det kan gälla utformningen av fordon, trafikmiljöer, arbetsredskap och åtgärder för att begränsa exponeringen för risker. Vad

¹³⁸ Haglund BJA, Svanström L. *Evidensbaserad skadeprevention. Om effekter och effektivitet i olycksfalls-, skade- och våldsförebyggande arbete.* Karolinska Institutet 1998. Manuskript.

gäller fordon är alkoholås och tomgångsspärr exempel på medel som kan förhindra självdestruktiva handlingar.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Sektorsforskningen inom de områden där skador uppstår har haft stor framgång och är även framgent av stor betydelse för utveckling av säkerhet. Det finns några områden som har behov av samlade och långsiktiga satsningar. Det gäller framförallt åtgärdsinriktad forskning kring ojämlikhet i skaderisker, forskning kring konsumentssäkerhet samt datas kvalitet och tillämpbarhet. Eftersatta områden är forskning om socialt definierade risker för olycksfallsskador, våld och självmord/själv-mordsförsök, skador hos äldre människor samt studier om orsaksmönster till fallolyckor. Kostnadsstudier och kostnads/ effektivitetsstudier är nya områden som kan ge väsentliga underlag i samband med prioriteringar av olika typer av åtgärder.

Inom våldsområdet behöver kunskap utvecklas för att förklara de mekanismer som ligger bakom olika typer av våld. Den självmordsförebyggande forskningen bör omfatta både enskilda personers upplevelser och kulturella fenomen, vilket på sikt bör leda till en bredare och säkrare vetenskaplig grund för självmordspreventionen. Likhet mellan självmordens yttre orsaker och orsaker till skador till följd av olyckshändelser bör framhållas. Sociala missförhållanden kan också förknippas med risk för självmordsförsök. Ett sådant problemområde kan vara missbruk i olika former.¹³⁹

Det finns starka humana och samhällsekonomiska motiv för att införa ett heltäckande nationellt skaderegister, vilket är en nödvändig förutsättning för att samtliga kommuner, landsting och övriga aktörer skall få likvärdiga möjligheter att bedriva ett effektivt skadeförebyggande arbete.

10.3.3 Befintliga mål och strategier

Befintliga mål, strategier och aktörer

WHO

Sverige anslöt sig år 1984 till WHO:s mål nr 11 i ”Hälsa för alla år 2000”, vilket innebar att antalet dödsfall till följd av olyckshändelser

¹³⁹ Thorson J. *Prevention av självmord*. Folkhälsoinstitutet. Rapport 1997:24.

skulle reduceras med 25 procent till år 2000. Målet kommer troligen att uppfyllas i Sverige.

Det nationella skadeprogrammet som utarbetats av Folkhälsoinstitutet syftar bl.a. till att uppnå WHO:s mål.^{140,141} En rad regionala och lokala hälsopolitiska program anknyter till samma mål.

Inför 2000-talets hälsoutmaningar antog Sverige år 1998, tillsammans med övriga medlemsländer i WHO:s europaregion en ny hälsopolitisk strategi med 21 mål – Hälsa 21. WHO:s förnyade mål sträcker sig fram till år 2020.

Allmänna hälsomål för barn och ungdomar behandlas i målen 3 och 4. De innebär att dödlighet och funktionsnedsättningar till följd av våld och olycksfallsskador skall minska med minst 50 procent. Mål nummer 6 behandlar psykisk hälsa och innebär bl.a. att självmordsfrekvensen skall minska med åtminstone en tredjedel. Antalet nya fall av, liksom dödligheten och hälsokonsekvenserna av våld i hemmet, genusrelaterat våld och organiserat våld skall minska med åtminstone 25 procent.

Olycksfalls- och våldsrelaterade skador behandlas i mål nummer 9. Innebörden av målet är att det skall ske en påtaglig och bestående minskning av antalet skador, funktionsnedsättningar och dödsfall till följd av olycksfall och våld, så att dödlighet och funktionsnedsättning minskas betydligt. Målet avser dels trafikolycksfall, dels alla typer av olycksfallsskador på arbetsplatser, i hemmen och på fritiden.

Nationella mål

Riksdagen har beslutat att det långsiktiga målet för trafiksäkerheten skall vara att ingen skall dödas eller skadas allvarligt till följd av trafikolyckor (nollvisionen). Transportsystemets utformning och funktion skall anpassas till de krav som följer av detta.¹⁴² Det övergripande hälsomålet att ingen skall skadas på grund av förebyggbara olycksfallsrisker har fastställts i enlighet med Miljöhälsoutredningens betänkande.¹⁴³

Riksdagen har också antagit etappmål som innebär att antalet personer som dödas i trafikolyckor bör ha minskat med minst 50 procent till år 2007 från 1996 års nivå.

¹⁴⁰ Socialstyrelsen. *Strategier för ett olycksfritt Sverige*. SoS-rapport 1991:18.

¹⁴¹ Folkhälsoinstitutet. *På väg mot ett skadefritt Sverige*. Rapport 1996:117.

¹⁴² Proposition 1996/97, betänkande 1997/98:TU4, riksdagsskrivelse 1997/98:11.

¹⁴³ SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. a.a.

För trafikfrågorna har regeringen därtill tillsatt en särskild utredningsman under hösten 1999 med uppgift att göra en bred översyn av samhällets och näringslivets ansvar för en säker vägtrafik. Enligt direktiven skall utredaren med utgångspunkt i nollvisionen analysera brister i nuvarande lagstiftning när det gäller systemutformarnas ansvar för ett säkert vägtransportsystem. Utredaren skall lämna förslag till nya eller ändrade bestämmelser eller sanktioner och kontrollsystem som utredningen ger upphov till. Utredaren skall även utreda inrättandet av en för vägtrafiken fristående vägtrafikinspektion och lämna förslag till hur en sådan inspektion bör organiseras samt vilka uppgifter och befogenheter den skall ha och hur den skall finansieras.¹⁴⁴

År 1994 påbörjades ett arbete med att formulera mål och strategier för självmordsprevention. Arbetet bedrivs av Socialstyrelsen och Nationella rådet för självmordsprevention som har tillsatts av Folkhälsoinstitutet i samarbete med Centrum för suicidforskning och prevention.¹⁴⁵ Det förebyggande arbetet kan ske genom allmän självmordsprevention, indirekt självmordsprevention och direkt självmordsprevention.

I regeringens proposition 1997/1998:55, Kvinnofrid, lämnades gemensamma uppdrag till myndigheter inom rättsväsendet, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. De skall bl.a. förebygga brott, utarbeta åtgärdsprogram och samverka med andra. Det saknas ett ansvarigt organ med ett uttalat samordningsansvar. I det våldsförebyggande arbetet finns inte uttalade mål på samma sätt som för självmordsprevention.

Enligt regeringens proposition om vissa folkhälsofrågor (1990/91:175) skall tyngdpunkten för folkhälsoarbetet förskjutas från massmedialt präglade, landsomfattande kampanjer till samverkan och mobilisering i lokalsamhället, över myndigheternas sektorsgränser och i samarbete med folkrörelser och föreningsliv.

Samverkan mellan olika aktörer

Det nationella skadeprogrammet vid Folkhälsoinstitutet bygger på en strategi med tvärsektoriellt engagemang på nationell-, läns- och lokal nivå samt en samverkan mellan myndigheter, vetenskapliga institutioner, frivilliga organisationer och lokala praktiker.¹⁴⁶ På den lokala nivån sker

¹⁴⁴ Regeringens direktiv 1999:64. *Ansaret för en säker vägtrafik*.

¹⁴⁵ Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention, Socialstyrelsen. *Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention*. Stockholm 1995.

¹⁴⁶ Schelp L, Svanström L. The Swedish National Safety Promotion Program. *Injury Prevention* 1996; 2:237–239.

prevention genom information/upplysning, utbildning, olika former av miljötillsyn samt förbättringar av den fysiska miljön.

Under de senaste årtiondena har skadepreventionen fokuserat på utvecklingen av nya strategier där samhällsinterventionsmodeller används. På svenskt initiativ lanserades år 1989 konceptet om En säker och trygg kommun, som ingår som en viktig strategi i både Folkhälsoinstitutets nationella och WHO:s globala skadeförebyggande program. Modellen för lokalt skadeförebyggande arbete kan tillämpas i såväl u-länder som i-länder. En viktig strategi är att nå ut till breda grupper av aktörer som på olika sätt kan bidra till och påverka det skadeförebyggande arbete. Utgångspunkter är de sociala, ekonomiska och politiska strukturer samt de organisationer som finns i en kommun, en kommundel eller en stadsdel. Arbetet bedrivs utifrån hela miljön och inte enbart utifrån individens riskbeteende. De åtgärder som genomförs får därigenom en större genomslagskraft. Ett nätverk har etablerats för att sprida kunskaper, praktiska erfarenheter och forskningsresultat.

På flera håll bedrivs en tvärsektoriell samverkan på länsnivå mellan landstinget, det regionala Kommunförbundet, länsstyrelsen, försäkringskassan, yrkesinspektionen, idrottsförbund, skolan, arbetsmarknadens parter samt frivilliga organisationer.¹⁴⁷ Landstinget bidrar med kunskaper om skadepanorama och skadornas konsekvenser. Kommunerna kan därmed få ett epidemiologiskt underlag för att lokalisera särskilda riskgrupper och riskmiljöer.

För att engagera allmänheten i det säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbetet har Folkhälsoinstitutet initierat ett utvecklingsarbete med ett särskilt telefonnummer, Risklinjen, med syfte att öka medvetenheten i befolkningen om skaderisker och skademiljöer.¹⁴⁸

Uppnådda effekter

Det har skett en dramatisk minskning i skaderelaterad dödlighet för kvinnor och män i Sverige sedan sekelskiftet, vilket delvis är ett resultat av tvärsektoriellt organiserade skadeförebyggande insatser på lokal, regional och nationell nivå.

Barnsäkerhetsarbetet har varit särskilt framgångsrikt. I början av 1950-talet omkom varje år 400–450 barn (0–14 år) till följd av olycksfall. Nu är dödstalet ca 70–80, dvs. en femtedel trots att skaderiskerna

¹⁴⁷ Folkhälsoinstitutet. *Tillsammans förebygger vi skador*. Rapport 1994:37.

¹⁴⁸ Björk M-L, Eriksson G, Schelp L. *Risklinjen. En särskild telefonlinje för allmänhetens intresse och möjligheter att anmäla skaderisker*. Folkhälsoinstitutet. Rapport 1998:29.

för barn har ökat, med starkt ökande motortrafik, mer tekniska hjälpmedel i hushåll och jordbruk samt en ökad förekomst av starka kemiska preparat i hemmen. Nedgången i dödstaten hänger samman med två förhållanden: man angrep problemet sedan man analyserat det med epidemiologisk metodik och man engagerade alla intresserade i det praktiskt förebyggande arbetet. Viktiga principer i barnsäkerhetsarbetet är att göra miljön säkrare, mera anpassad till barn samt att informera föräldrar och yrkesgrupper som arbetar med barn om varför olycksfallsskador inträffar och hur de kan förebyggas.

Under de senaste 30 åren har dödsolyckorna i trafiken mer än halverats på grund av bättre vägar, bättre motorfordon och användning av bilbälten. Antalet döda i trafikolyckor har minskat från 1 200–1 300 personer i början av 1970-talet till ca 550 personer per år trots ökat trafikarbete och fördubbling av antalet fordon. Användningen av bilbälte av trepunktstyp har minskat olycksfalls- och skadetalen i trafiken, vilket reducerar dödsfallsrisken i framsätet med 41 procent. Bara hälften av bilister som skadas allvarligt eller dödligt har använt bilbälte.¹⁴⁹

Antalet arbetsolycksfall har minskat från 121 824 år 1970 till 35 623 år 1996 bl.a. på grund av en nedgång i andelen arbetare verksamma i farliga yrken och förbättringar av den fysiska arbetsmiljön.

Det finns ett flertal utvärderingar av lokala skadeförebyggande program enligt modellen för "En säker och trygg kommun". Utvärderingarna visar att en minskning av antalet olycksfallsskador har skett med upp till 30 procent efter ett par års intervention.^{150,151,152,153} I tabell 10.1 redovisas några resultat från ett par projekt avseende olycksfallsprevention.

¹⁴⁹ Björnstig U. Skadeprevention har givit stora vinster. *Läkartidningen* 1999; 96:182–187

¹⁵⁰ Schelp L. Community intervention and changes in accident pattern in a rural Swedish municipality. *Health Promotion* 1989; 2:109–125.

¹⁵¹ Lindquist K, Timpka T, Schelp L, Åhlgren M. The WHO Safe Community program for injury prevention: evaluation of the impact on injury severity. *Public Health* 1998;112:385–391.

¹⁵² Svanström L, Ekman R, Schelp L, Lindström Å. The Lidköping accident prevention programme – a community approach to preventing childhood injuries in Sweden. *Injury Prevention* 1995;1:169–172.

¹⁵³ Wasserman D. Självmord – ett försummat folkhälsoproblem. *Läkartidningen* 1998;95:5593–5597.

Tabell 10.1. Exempel på resultat från projekt avseende olycksfallsprevention, Stockholm 1999.

Projekt	Mål för interventionen	Tid	Minskning av olyckor (%)
Falköping 1987	Hemolycksfall	3 år	27
	Arbetsolycksfall	3 år	28
	Trafikolyckor	3 år	28
Harstad 1995	Brännskador hos barn	7 år	53
	Trafikolyckor	5 år	27
	Fallolyckor bland äldre	5 år	26

Källa: Karolinska institutet, Folkhälsoinstitutet, Evidensbaserad skadeprevention.

Av tabellen framgår att det har skett en avsevärd minskning av antalet olycksfall inom de områden som har varit föremål för åtgärder enligt modellen En säker och trygg kommun.

10.3.4 Mål och strategier

Mål

1. *Skador, funktionsnedsättningar och dödsfall till följd av olyckshändelser, våldshandlingar och självtillfogade skador skall minska*
 - Ett nationellt heltäckande skaderegister skall byggas upp. Registret skall omfatta alla skador som blir kända i samband med sjukhusvård, öppenvård, primärvård, tandvård, verksamhet i förskola och skola. Registret skall vara geografiskt heltäckande.
 - Dödlighet och funktionsnedsättningar till följd av olycksfall i boende-, fritids- och arbetsmiljön skall minska med 25 procent till år 2010.
 - Sjukdomsördan i dödlighet och funktionsnedsättning till följd av skador i trafikmiljön skall minska med 5 procentenheter per år till år 2010.
 - Dödlighet och funktionsnedsättning till följd av våld och olycksfall bland barn och ungdomar skall minska med minst 25 procent till år 2010.
 - Självmordsfrekvensen skall minska med minst 25 procent till år 2010.
 - Omfattningen av och dödlighet till följd av våld och dess hälsokonsekvenser skall minska med minst 15 procent till år 2010.
 - Elevers simkunnighet skall följas upp av skolan.
 - Användningen av cykelhjälm skall öka.
2. *Samarbetet mellan statliga myndigheter, landsting, kommuner och näringslivet skall förbättras för att utveckla säkerhetstänkandet och utvecklingen av säkra produkter*
3. *Modellen En säker och trygg kommun skall utvecklas och stödjas så att arbetssättet sprids till fler kommuner i landet*

Inledande synpunkter

En vision för det säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbetet i Sverige är att så få som möjligt skall skadas till följd av olyckshändelser, våldshandlingar och självtillfogade skador. Inom vilken tidshorisont visionen kan uppfyllas beror på olika omständigheter, inte minst vilka

resurser som tillförs och vilken acceptans som olika säkerhetsåtgärder får.

Internationellt har nationella mål huvudsakligen utgjorts av definierade mål, oftast angivna i procent som skall uppnås till specificerade tidpunkter. WHO:s förnyade ”Hälsa för alla” – mål för Europa på skadeområdet från år 2000 till år 2020 har använts som utgångspunkt vid formulering av vissa mål för det skadeförebyggande arbetet i Sverige.¹⁵⁴

Fördelar och nackdelar med att använda procentsatser i målangivelser kan diskuteras. I jämförelse med vissa andra folkhälsoområden finns det inom skadeområdet epidemiologiska förutsättningar och tekniska instrument som motiverar användandet av procentsatser. De operationella målen som skall uppnås i Sverige fram till år 2020 har formulerats i procentsatser, vilket följer av de förnyade WHO-målen som Sverige har ställt sig bakom. De olika procentsatserna är ett resultat av omfattande vetenskaplig analys och av skriftlig konsultation med alla de 51 medlemsstaterna och ca 50 större organisationer inom regionen.

Kommitténs förslag om en nationell strategi för folkhälsan i kapitel 3 sträcker sig till år 2010 medan WHO:s mål sträcker sig fram till år 2020. Kommittén har ansett att den kortare perioden är lämplig för svenskt vidkommande då den bl.a. är tillräckligt lång för att hälsopolitiska insatser skall kunna ha avsedd effekt. Kommittén har därför valt att anpassa vissa av WHO:s mål i ”Hälsa för alla” till samma tidsperiod.

Människans utsatthet för skaderisker är en kombination av samhällets välfärdsnivå, den fysiska och sociala miljöns utformning och innehåll samt individens handlingsmönster. Ett målarbete inom skadeområdet inför framtiden kräver mera av prioriteringar av olika strategier – baserade på ”vetenskap och beprövad erfarenhet”.

Den strategiska inriktningen av det framtida skadeförebyggande arbetet bör bygga på de strategidokument som har publicerats under 1990-talet.^{155,156}

Forskningen ger stöd för att befolkningsinriktade insatser bör vara basen för det säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbetet.^{157,158}

¹⁵⁴ WHO. *Health 21 – The health for all policy for the WHO European Region – 21 targets for the 21st century*. EUR/RC48/10. Copenhagen. 1998.

¹⁵⁵ Folkhälsoinstitutet. *På väg mot ett skadefritt Sverige*. Rapport 1996:117.

¹⁵⁶ Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention, Socialstyrelsen. *Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention*. Stockholm 1995.

¹⁵⁷ Schelp L. *Epidemiology as a basis for evaluation of a community intervention programme on accidents*. Thesis. Karolinska Institutet 1987.

¹⁵⁸ Lindquist K. *Towards community-based injury prevention. The Motala model*. Thesis. Linköpings universitet 1993.

¹⁵⁹ Befolkningsstrategien måste dock framgent kompletteras med en strategi för särskilda riskgrupper och risksituationer för att minska den sociala ojämlikheten i skaderisker. Generella åtgärder som uppmanar individen att följa en rekommendation, t.ex. inköp av säkerhetsutrustning eller en viss sanktionerad regel, t.ex. användning av bilbälte, antas nå endast vissa delar av befolkningen. Lagstiftning med övervakning av efterlevnaden har därför enbart i teorin en socialt utjämnande effekt. Motivationen kan vara låg bland vissa grupper på grund av ekonomiska eller psykologiska faktorer, t.ex. känsla av utanförskap. Miljöinriktade åtgärder, typ vägbulor når i princip alla berörda. Ibland kan ojämlikheten innehålla ekonomiskt "utjämnande" risker. Ungdomar med dyra snabba bilar är lika utsatta i trafiken som ungdomar med gamla nedslitna bilar. Det skadeförebyggande arbetet innehåller därför många komponenter att ta hänsyn till vid utformning av åtgärder för att minska sociala ojämlikheter.¹⁶⁰

Passiva strategier som inte ställer lika stora krav på individen har skadereducerande effekter. Olika miljöer bör planeras och utformas så att mänskliga misstag och konsekvenserna av dessa misstag inte leder till dödsfall eller bestående ohälsa. Även i socialt utsatta miljöer kan man genom enbart miljöförbättrande åtgärder, dvs. passiva strategier, åstadkomma en social riskutjämning.

Det finns belägg för att en kombination av åtgärder, som t.ex. socialpolitik, lagstiftning och andra specifika åtgärder, i kombination med åtgärder riktade till individen, är effektiva när det gäller att förbättra folkhälsan. Utbildnings- och informationsinsatser för att öka säkerheten påverkar i första hand grupper i befolkningen med hög utbildning medan miljöinriktade och tekniska åtgärder främjar säkerheten för hela befolkningen, i synnerhet resurssvaga och utsatta grupper i samhället.

Inom hälso- och sjukvården kan en förbättring av det initiala omhändertagandet, traumavården och rehabiliteringsvården minska bestående funktionsnedsättningar på grund av skador.¹⁶¹ Det är också

¹⁵⁹ Ytterstad B. The Harstad injury prevention study. *Scan J Prim Health Care* 1995;13:141–149.

¹⁶⁰ Folkhälsoinstitutet. *Samhällets olycksbarn – underlag för nationella jämlikhetsstrategier inom det säkerhetsfrämjande området*. Stockholm 1999. Manuskript.

¹⁶¹ Björnstig U. Skadeprevention har givit stora vinster. *Läkartidningen* 1999; 96:182–187.

angeläget att skador som inträffar i samband med vård och behandling inom hälso- och sjukvården reduceras.

Barns, äldres och funktionshindrade personers förutsättningar och behov måste vara normgivande vid förebyggande insatser inom skadområdet. Etniska gruppers förutsättningar och behov måste även beaktas. Ur ett jämlikhets- och könsperspektiv måste alla ges samma möjligheter att tillgodogöra sig det som krävs i form av kunskaper, färdigheter och utrustning för att minimera risken för skador.

Mål, strategier och aktörer

Skador, funktionsnedsättningar och dödsfall till följd av olyckshändelser, våldshandlingar och självtillfogade skador skall minska

Ett nationellt heltäckande skaderegister

En skadeförebyggande strategi kräver koordinerade insatser för individer och grupper på lokal, regional och nationell nivå. Sociala och fysiska miljöer är tillsammans med levnadsförhållanden och levnadsvanor, t.ex. alkoholvanor, viktiga områden för åtgärder.

En förutsättning för det skadeförebyggande arbetet är kunskap om skador, orsakerna till dess uppkomst, omfattning, utbredning samt utveckling över tiden. I Sverige finns för närvarande ingen fullständig bild av skadornas omfattning. Den officiella skadestatistiken kan inte beskriva skador med den detaljeringsgrad som är nödvändig för att preventiva åtgärder skall kunna vidtas. Skaderegistreringen i slutenvården ger inte tillräckligt underlag och inom öppenvården registreras skador sporadiskt. Den officiella arbetsskadestatistiken omfattar inte heller elever som skadas av olycksfall och våld i skolorna, vilket försvårar möjligheterna att långsiktigt bygga upp en säker och trygg arbetsmiljö i skolan.

Hörnstenen i ett säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbete bör vara ett nationellt heltäckande skaderegister, med bl.a. uppgifter från den öppna hälso- och sjukvården. Syftet är att ge samtliga kommuner och övriga intressenter i samhället likvärdiga möjligheter till att genomföra ett effektivt skadeförebyggande arbete.¹⁶² Ett heltäckande skaderegister skall omfatta alla skador som blir kända i samband med sjukhusvård, öppenvård, primärvård, tandvård (tandskador), verksamhet i förskola och skola. Det skall också vara geografiskt heltäckande, så att

¹⁶² SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. a.a.

alla kommuner kan få tillgång till lokala skadedata för att kunna lokalisera särskilda riskgrupper och riskmiljöer.

Skaderegistret skall kunna ge svar på frågor som när, var, hur och varför skador inträffar. Registret skall byggas upp utifrån relevanta preventionsinriktade klassifikationer som bl.a. innehåller information om skadepplats/område, händelseförlopp och den skadades huvudsakliga sysselsättning vid skadetillfället. Uppgifterna i skaderegistret kan användas inom olika områden; som hälsoövervakning, för att ge epidemiologisk kunskap, för praktisk prevention, utvärdering av genomförda åtgärder, för planering inom hälso- och sjukvården, för att förbättra behandling och rehabilitering samt för forskning.

Olycksfall i boende-, fritids- och arbetsmiljön

Människors kunskap om skaderisker i boende-, fritids- och arbetsmiljön kan förbättras. Av denna anledning behöver former för informationsspridning och återkoppling av erfarenheter utvecklas. Det kan gälla såväl riktade som generella insatser till olika grupper på olika nivåer i samhället samt till allmänheten. Modeller för lokalt tvärsektorielt skadeförebyggande arbete bör stödjas och spridas. I detta sammanhang är riskanalyser som en del av det tvärsektorielle samarbetet väsentliga.

Kunskapen om hur arbetsmiljön fungerar i förhållande till människan är av grundläggande betydelse för att förebygga skador inom arbetslivet. Ansvarsförhållandena inom arbetsmiljöområdet är reglerade i lag och avtal, med tydliga uppgifter för såväl skyddsorganisationen som företagshälsovården. Ett antal nya författningar har betonat och förtydligat arbetsgivarens ansvar, särskilt föreskrifterna om internkontroll. En viktig strategi är att genom tillsyn, inspektion och information stödja det lokala arbetet.

Skador i trafikmiljön

Trafiksäkerhetsarbetet skall, enligt vad som nämnts i avsnitt 10.3.3, utgå från en nollvision. I centrum för trafiksäkerhetsarbetet står skyddet för människors liv och hälsa. Vägtransportsystemet skall dimensioneras efter människors förmåga och tolerans mot yttre våld. Det nationella trafiksäkerhetsprogrammet som har tagits fram av Vägverket i samarbete med Rikspolisstyrelsen och Svenska kommunförbundet har

varit en grund för trafiksäkerhetsinsatser.¹⁶³ Genom beslut i riksdagen om transportpolitiken under våren 1998 fastställdes som etappmål för trafiksäkerhetsarbetet att antalet personer som dödas i trafikolyckor bör ha minskat med minst 50 procent till år 2007 räknat från 1996 års nivå. Riksdagen förde också en diskussion om etappmål med avseende på allvarlig skada genom trafikolyckor. Här är dock statistiken oklar, varför regeringen har gett Vägverket i uppdrag att utreda frågan om allvarliga skador.

Med anledning av detta – och på vägen mot att uppnå 0-visionen – föreslår kommittén att sjukdomsördån i trafikskador mätt som förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALY) skall minska med 5 procentenheter per år till år 2010. Mätt med DALY-mått utgör dödsfallen i trafiken ungefär 75 procent av sjukdomsördån samt funktionshindren till följd av skador ca 25 procent. Sammantaget motsvarar 5 procentenheter per år under tio år en 50-procentig nedgång av sjukdomsördån. Denna nedgång kan jämföras med WHO:s förnyade mål i ”Hälsa för alla” att dödlighet och funktionsnedsättning i medlemsländerna skall minskas med åtminstone 30 procent till år 2020. Vår åsikt i övrigt är att trafiksäkerhetsarbetet när det gäller målgrupper i större utsträckning bör fokuseras på främst unga bilförare, barn och ungdomar, äldre, yrkesförare och förare med alkoholproblem.

Användning av cykelhjälm

En tiondel av alla som dödas och nästan hälften av alla som skadas i trafiken är cyklister. Skador mot huvudet utgör 30–40 procent av cyklisternas icke-dödliga skador och 65 procent av de dödliga. Mot denna bakgrund är användning av cykelhjälm en väsentlig skadereducerande åtgärd. Den nuvarande användningsfrekvensen av cykelhjälm ligger på 18,4 procent av det totala antalet cyklister, trots omfattande informationsinsatser. Ur ett folkhälsoperspektiv är det allvarligt att 20 000 cyklister årligen kommer att skadas med onödigt lidande, livslånga funktionshinder och stora samhällskostnader som konsekvens. Det finns starka humanitära och ekonomiska skäl till att användningen av cykelhjälm blir allmän. I syfte att öka användningen av cykelhjälm vill kommittén diskutera två olika alternativa åtgärder, vilka också lyfts fram i avsnitt 12.2.

Alt 1. Användningen av cykelhjälm skall öka genom lagreglering. Användningen av cykelhjälm är reglerad i lag i bl.a. Australien och Nya

¹⁶³ Vägverket, Rikspolisstyrelsen, Svenska Kommunförbundet. *Nationellt trafiksäkerhetsprogram 1995–2000*. 1994.

Zeeland. Studier från dessa länder visar att antalet cyklisterna som dödas eller skadas till följd av skador mot huvudet har minskat betydligt sedan användningen av cykelhjälm reglerades i lag. Enligt flera studier kan en lag om användning av cykelhjälm också ha en pedagogisk effekt.

Alt 2. Användningen av cykelhjälm skall öka genom intensifierade informationsinsatser. Hittills har genomförda insatser inte inneburit någon nämnvärd ökning av användningen av cykelhjälm. Förnyade informationsinsatser bör genomföras på grundval av tidigare erfarenheter. Resurser bör tillföras för att skapa förutsättningar för att uppnå bättre resultat jämfört med tidigare.

Minskad dödlighet och olycksfall bland barn och ungdomar

För att minska dödlighet och funktionsnedsättning till följd av våld och olycksfall bland barn och ungdomar krävs insatser som skapar en säker och stimulerande uppväxtmiljö som främjar barnets utveckling. Barnets rätt till liv och utveckling samt till trygghet och skydd utgör hörnsten i FN:s barnkonvention.

Lokala program för tvärssektoriellt barnsäkerhetsarbete bör stödjas och spridas. Säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande insatser bör främst riktas mot boende-, trafik-, lek- och idrottsmiljöer samt förskolan och skolan. De vanligaste bristerna på lekplatser och i lekmiljöer är avsaknad av underhåll, felaktigt underlag, dålig planering av lekplatser, för kort säkerhetsavstånd mellan redskapen och felaktiga reparationer. För att förbättra säkerheten krävs kontinuerliga skyddsronder i kommunerna. Alla lekplatser bör förses med uppgifter om vart man skall vända sig om fel upptäcks på redskapen eller då ett olycksfall inträffar. Det är önskvärt att Boverkets respektive Konsumentverkets ansvar för de allmänna lekplatserna förtydligas så att myndigheternas ansvar också omfattar att se till att lekplatser och lekredskap är pedagogiskt utformade så att barns kreativa lek stimuleras.¹⁶⁴

Lagstiftningen är bra vad gäller olycksfallsskador på lekplatser men tillämpningen brister. Om en olycksfallsskada inträffar på en lekplats är det markägaren som ställs till svars. Kommuner, allmännyttan eller privata bostadsrättsföreningar är vanligtvis markägare. För att motverka att skador inträffar är det viktigt att förbättra informationen till markägarna om hur lekplatser skall besiktigas och om gällande säkerhetsföreskrifter. Underhåll och skötsel av lekplatser bör uppmärksammas i den kommunala verksamheten.

¹⁶⁴ SOU 1999:65. *Barnombudsmannen*. Stockholm 1999.

Ett effektivt sätt att förebygga drunkningsolyckor är att öka barns simkunnighet. Minskade resurser till den kommunala simundervisningen antas drabba socioekonomiskt svagare grupper i större utsträckning än andra grupper. Det är därför angeläget att simundervisningen för barn förstärks. Skolan bör följa upp eleverns simkunnighet och ge stöd vid behov.

Det finns ett behov av förebyggande insatser för att minska risken för hörselskador bland barn och i ungdomsmiljöer. Alltför många barn och ungdomar söker varje år läkarhjälp för hörselskador (t.ex. tinnitus) till följd av för högt ljud. För hög ljudnivå förekommer bl.a. på diskotek, gym, bio och vid konserter. Andra exempel där för höga ljudnivåer kan förekomma är från smällare, leksaker, freestyle och vid utövande av exempelvis skytte och motorsport. Risken för skada ökar när ljuden blir fler, när ljudnivån ökar och när ljudet pågår under en länge tid.

Socialstyrelsen har lämnat rekommendationer, i form av allmänna råd, avseende olägenheter vid höga ljudnivåer för buller inomhus och höga ljudnivåer.¹⁶⁵ Rekommendationerna anger gränser för när höga ljudnivåer kan utgöra en risk för sanitär olägenhet. Rekommendationerna bör tillämpas vid diskotek, konserter m.m., både inomhus och utomhus. Kommunerna har ett tillsynsansvar enligt miljöbalken. Kommittén anser att det är väsentligt att rekommendationerna följs och att tillsyn utövas för att minska risken för hörselskador bland främst barn och ungdom.

Ökade insatser behövs även för att förebygga brännskador och förgiftningsskador.

Självordsprevention

Självordstalen har minskat i alla åldersgrupper med undantag för åldersgruppen 10-18 år mellan perioderna 1980-89 och 1990-96.¹⁶⁶ Vi anger som mål att antalet självmord bör minska med 25 procent under perioden fram till år 2010. En minskning är särskilt angelägen bland unga människor. I detta avseende har kommittén en högre målsättning än WHO och målet följer handlingsplanen från Centrum för suicidforskning och prevention. Frågan om en nollvision för självmord tas upp i kapitel 12.

¹⁶⁵ Socialstyrelsen, SOSFS 1996:7, *Buller inomhus och höga ljudnivåer*.

¹⁶⁶ SCB. *Dödsorsaksregistret*.

För att varaktigt minska antalet självmord och självmordsförsök krävs strategier på tre nivåer.¹⁶⁷ Allmän självmordsprevention utgörs av stödande åtgärder som syftar till att öka människors möjligheter att påverka sina liv och därmed också förmågan att hantera livskriser och självmordsproblem. Indirekt självmordsprevention, avser att genom åtgärder mot bakgrundsfaktorer minska antalet självmordshandlingar inom riskgrupper och vid risksituationer. Direkt självmordsprevention är riktad mot självmordsprocessen, dvs. självmordstankar, självmordsförsök och självmord. Strategier för att minska tillgänglighet till självmordsmedel kan framför allt begränsa skadorna vid impulsiva självmordshandlingar.¹⁶⁸ Den allmänna kunskapsnivån om självmord och den vetenskapliga grunden för självmordsprevention måste ständigt förbättras.

Våldsförebyggande arbete

Det föreligger ett behov av att utveckla ett nationellt våldsförebyggande handlingsprogram i likhet med programmet som har tagits fram för självmord/självmordsförsök. Det våldsförebyggande arbetets uppgift måste vara att ge ökat uppmärksamhet åt de strukturella faktorer som ligger till grund för våldshandlingar. En större åtskillnad mellan olika typer av våld som barnmisshandel, kvinnomisshandel, våld mot äldre, våld inom arbetsmiljön m.m. bör göras. Hänsyn bör tas till de inblandades relation till varandra. Våldshandlingar där den utsatta parten är beroende av den andra bör ägnas extra uppmärksamhet. På lokal nivå bör ett samarbete mellan det vålds- och brottsförebyggande arbetet samt det säkerhetsfrämjande arbetet enligt modellen för En säker och trygg kommun utvecklas.

Samarbetet mellan statliga myndigheter, landsting, kommuner, och näringslivet bör förbättras för att utveckla säkerhetstänkandet och utvecklingen av säkra produkter

För att kunna uppnå de föreslagna målen behövs det ett aktivt och tvärsektorielt samarbete med insatser på nationell, regional och lokal nivå inom såväl den offentliga som den privata och den frivilliga sektorn.

¹⁶⁷ Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention, Socialstyrelsen. *Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention*. Stockholm 1995.

¹⁶⁸ Thorson J. *Prevention av självmord*. Folkhälsoinstitutet rapport 1997:24.

Ansvar för det organiserade säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbetet i samhället är fördelat mellan många aktörer.

Riksdagen och regeringen har ansvar för lagstiftning och nationella beslut. Olika statliga myndigheter har ansvar för frågor om normbildning, föreskrifter och tillsyn inom områden som arbetsmiljö, byggande, trafiksäkerhet, produktsäkerhet etc. Folkhälsoinstitutet har ett centralt samordningsansvar för utveckling av det nationella skadeprogram som initierades i slutet på 1980-talet. Därutöver finns ett antal myndigheter som har ett sektorsansvar för miljöer i vilka skador inträffar.¹⁶⁹

Landstingens uppgifter är bl.a. att kartlägga och identifiera hälsorisker, att förmedla kunskap om hälsoläget, hälsorisker, riskgrupper och hälsofrämjande faktorer, att initiera och genomföra förebyggande åtgärder internt och externt, att delta i samhällsplaneringen samt att dokumentera och utvärdera folkhälsoinsatser.¹⁷⁰ Ett viktigt instrument för landstingens förebyggande folkhälsoarbete är att ta fram och utveckla hälsopolitiska handlingsprogram och konkreta mål för det skadeförebyggande arbetet. Enligt Miljöhälsoutredningen bör hälso- och sjukvården i såväl sluten som öppen vård registrera inträffade skadefall inklusive skadeplats och händelseförlopp.

Många av de miljöer där skador uppkommer ligger inom kommunernas ansvarsområde som trafik, skola, förskola, fritidsanläggningar och bostädernas närområden. Det övergripande samordningsansvaret för tillsyn av skaderisker i kommunerna är inte klart definierat. Det gäller framför allt skador och skaderisker som förekommer utanför trafik- och arbetsmiljön. Kommunernas formella ansvar för säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande insatser bör därför övervägas.

Ett hundratal organisationer bedriver skadeförebyggande arbete i någon form.¹⁷¹ Organisationernas resurser är framför allt kunskaper, erfarenheter och engagemang. För samordnade och långsiktiga insatser behövs dock mera ekonomiskt stöd till de frivilliga organisationerna.

Tillverkare av olika produkter har ett produktansvar, de företag som tillhandahåller olika tjänster har ett driftansvar. Försäkringsbolagen har visat engagemang och stött forskning, arbetat med säkerhetsfrågor inom olika miljöer och bland olika grupper i samhället. Sammantaget finns det ett stort behov av att utveckla ett samarbete med näringslivet.

¹⁶⁹ Folkhälsoinstitutet. *På väg mot ett skadefritt Sverige. Nationell samverkan för att främja säkerhet och förebygga skador*. Stockholm 1998

¹⁷⁰ Landstingsförbundet. *Framtidens Primärvård*. Stockholm 1995.

¹⁷¹ Folkhälsoinstitutet. *Frivilliga organisationer och det skadeförebyggande arbetet*. Rapport 1994:36.

Modellen En säker och trygg kommun skall utvecklas och stödjas så att arbetssättet sprids till fler kommuner i landet

Det är angeläget att arbetssättet enligt modellen för en säker och trygg kommun utvecklas ytterligare och sprids till fler kommuner i landet. Modellen har bildat underlag för det nationella säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbetet i Sverige och varit en förebild för liknande program runt om i världen.

I de kommuner som arbetar skadeförebyggande enligt modellen, har insatserna till stor del blivit en del av de dagliga rutinerna inom förvaltningar och organisationer. Det praktiska genomförandet sker huvudsakligen med befintliga resurser inom resp. förvaltning och organisation.

Arbetet innebär att kommunen förbinder sig att utveckla ett interventionsprogram som uppfyller ett antal kriterier. Några exempel på kriterier är att ett tvärsektorielt nätverk etableras, som syftar till att dels koordinera aktiviteterna, dels skapa delaktighet. Andra kriterier är att det säkerhetsfrämjande arbetet skall kunna tillämpas för huvuddelen av befolkningen, att högriskgrupper skall identifieras och att ett registreringssystem skall finnas.

Arbetet med En trygg och säker kommun bygger på att kommunen tar fram handlingsprogram baserat på den struktur och organisation som finns i lokalsamhället inklusive lokala politiska mål och beslut. Handlingsprogrammet bör även behandla hur samverkan med frivilliga organisationer och näringslivet skall stimuleras.

I avsnitt 10.3.3 redovisas effekter från ett projekt i Falköping. På grundval av en kartläggning och analys av lokalsamhället där förebyggande insatser skulle vidtas genomfördes ett åtgärdsprogram. Åtgärderna riktades mot individen, närmiljön och samhällsmiljön. Programmet bestod av fyra steg; information/upplysning, utbildning, olika former av miljötillsyn samt förändringar och förbättringar av den fysiska miljön.

En del kommuner har även använt modellen En trygg och säker kommun som förebild för folkhälsoarbete inom områden som alkohol och droger, tobak, allergi samt Barnkonventionen.

Sammantaget bedömer kommittén att kommunerna bör intensifiera arbetet med att skapa säkra och trygga kommuner, i syfte att minska risken för skador.

10.4 Hudcancer

10.4.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Förekomst av hudcancer i befolkningen

I Sverige diagnosticeras varje år drygt 40 000 nya cancerfall, av vilka 4,0 procent är malignt melanom i huden samt 6,0 procent annan primär hudcancer.¹⁷² Melanom är den allvarligaste formen av hudcancer. Den yttrar sig oftast som en brun eller svart växande fläck i skinnet. Sjukdomen kan sprida sig till inre organ i kroppen och är då ej längre botbar. Annan primär hudcancer är s.k. skivepitelcancer i huden, vilken kan ge stora öppna cancersår. Även denna cancerform kan ge dottersvulster och leda till dödsfall.

Utöver nämnda hudcancerformer tillkommer basalcellscancer. Till skillnad från ovannämnda två hudcancertyper förekommer det nästan aldrig att sjukdomen sprider sig till andra inre organ.

Hudmelanom var tidigare en ovanlig sjukdom, men har ökat kraftigt under de senaste decennierna och tillhör nu de tio vanligaste cancerformerna bland både kvinnor och män. Ökningstakten under de senaste tjugo åren har legat på över 5 procent per år. Denna har enligt senaste data (1997) dämpats något och ligger nu på 3,4 procent per år för män och 2,3 procent per år för kvinnor. Även annan hudcancer (skivepitelcancer) ökar bland både kvinnor och män, 3,8 procent per år för båda könen under den senaste 20-årsperioden. Cancersjukdomarna som helhet har under den senaste 20-årsperioden ökat med 0,6 procent för män och 0,7 procent för kvinnor. Bland män är hudcancer den cancerform som ökar mest, medan lungcancer ökar snabbare hos kvinnor.

Skivepitelcancer i huden liksom basalcellscancer förekommer huvudsakligen hos äldre individer. Hudmelanom däremot förekommer i alla åldrar utom hos barn. Medianåldern vid diagnos ligger för hudmelanom kring 55 år. Vidare har hudmelanom hittills varit vanligare bland grupper med högre socioekonomiskt tillhörighet och detta har då varit förenat med yrken där inomhusarbete varit vanligare än utomhusarbete. För annan hudcancer har viss överrepresentation bland yrkesgrupper med utomhusarbete som bönder och fiskare ibland angetts, men dessa skillnader är ej säkerställda. Kvinnor får något oftare hudmelanom än män. För annan hudcancer är förhållandet det omvända. Det föreligger en skillnad mellan könen avseende var på kroppen hudmelanom uppträder. Förekomsten av hudcancer är högre bland ljushyllta

¹⁷² Socialstyrelsen EpC. Cancer incidence in Sweden 1997. *Statistik, hälsa och sjukdomar* 1999:8. Stockholm 1999.

människor. Majoriteten av invandrade svenskar har en hudtyp med låg känslighet för solens skadeverkningar.

Hudmelanom finns dock hos alla människor. De geografiska olikheter som föreligger för melanomsjukdomens utbredning är mycket stora mellan olika delar av världen. Även i Sverige förekommer geografiska skillnader så att hudmelanom är vanligare längs väst- och sydkusten än i övriga delar av landet.

Effekter för individ och samhälle

Vetenskapligt stöd föreligger för ett samband mellan utsatthet för solens ultravioletta (UV) strålning och samtliga tre hudcancerformer.¹⁷³ UV-strålningens effekter på huden är flera. För det första är UV-strålningen potentiellt cancerframkallande i specifika hudceller, vilket kan ge upphov till de olika formerna av hudcancer. En annan effekt är UV-strålningens påverkan på hudens immunkompetenta celler. Detta kan eventuellt bidra till uppkomsten av andra tumörformer som malignt lymfom. Solens UV-strålning kan ge en akut brännskada (erytem) i huden.

En hög dos av UV-strålning kan förstöra hudens elasticitet, vilket kan leda till för tidigt åldrad och rynkig hud. Bland effekter utanför huden bör nämnas skador på ögat, framför allt risk för linsgrumling (grå starr). En ökad UV-strålning på grund av ozonuttunning har beräknats kunna öka antalet fall av hudcancer.

Solljuset under sommarhalvåret har positiva hälsoeffekter på det psykiska välbefinnandet utöver de möjligheter som sommarklimatet i allmänhet ger till rekreation och vila. Solstrålningen ger också värme som uppfattas som välgörande. UV-strålning bör beaktas vid ljusbehandling av depressioner¹⁷⁴ och i relation till kroppens behov av D-vitamin.^{175,176}

¹⁷³ IARC *monographs on the evaluation of carcinogenic risk to humans*; Vol 55; *Solar and ultraviolet radiation*, IARC, Lyon, 1992.

¹⁷⁴ Terman M, Reme CE, Rafferty B, Gallin PF, Terman JS: Bright light therapy for winter depression: Potential ocular effects and theoretical implications. *Photochem Photobiol* 1990;51:781–792.

¹⁷⁵ Adams JS, Clemens TL, Parrish JA: Vitamin D synthesis and metabolism after UV irradiation of normal and vitamin D deficient subjects. *N Eng J Med* 1982;306:722–725.

¹⁷⁶ Lloyd S.A; Stratospheric ozone depletion. *Lancet* 1993;342 1156–1158.

10.4.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

Omfattande epidemiologiska undersökningar från en rad nationella och internationella studier har övertygande visat på ett orsakssamband mellan solvanor och hudcancerrisk.^{177,178} UV-strålning från solen beräknas svara för ca 80 procent av all hudcancer. Antalet episoder av solbrännskada liksom den totala livsdosen av UV-strålning har samband med individers och grupperns risk att utveckla hudcancer.¹⁷⁹ Ett högt antal akuta solbrännskador under barn- och ungdomsåren medför en särskild riskökning för hudmelanom.¹⁸⁰

Utvecklingen sedan andra världskriget med ökat ekonomiskt välstånd, längre semester, charterresor, annat fritids- och rekreationsutbud, andra klädvanor och ett hälsoideal där solbrunhet uppfattas som eftersträvanvärt, har sannolikt bidragit till den utveckling av hudcancer som vi nu ser.¹⁸¹

I vad mån de moderna kosmetiska solarierna också har bidragit till hudcancers ökning är fortfarande ej helt klarlagt. Emellertid talar data för att ett frekvent användande av kosmetiskt solarium också kan öka risken för hudcancer.^{182,183,184} Det är fler flickor än pojkar som använ-

¹⁷⁷ Lee JAH: Melanoma exposure to sunlight. *Epid. Rev* 1982;4:110–136.

¹⁷⁸ Elwood JM, Gallagher RP, Davidson J, Hill GB: Sunburn, suntan and the risk of cutaneous malignant melanoma – The Western Canada Melanoma Study. *Br J Cancer* 1985;51:543–549.

¹⁷⁹ MacKie RM, Aitchison T: Severe sunburn and subsequent risk of primary cutaneous malignant melanoma in Scotland. *Br J Cancer* 1982;46:955–960.

¹⁸⁰ Østerlind A, Tucker MA, Stone BJ, Jensen OM: The Danish case-control study of cutaneous malignant melanoma. II. Importance of UV-light exposure. *Int J Cancer* 1988;42:319–324.

¹⁸¹ Marks R, Hill D (eds). *The public health approach to melanoma control. Prevention & early detection*. UICC, Geneva, 1992.

¹⁸² Diffey BL: Analysis of the risk of skin cancer from sunlight and solarium in subjects living in northern Europe. *Photoderm* 1987;4:118–126.

¹⁸³ Swerdlow AJ, English JSC, MacKie RM, O'Doherty CJ, Hunter JAA, Clark J, Hole DJ: Fluorescent lights, ultraviolet lamps, and risk of cutaneous melanoma. *BMJ* 1988;297:647–650.

¹⁸⁴ Walter SD, Marrett LD, From L, Hertzman C, Shannon HS, Roy P: The association of cutaneous malignant melanoma with the use of sunbeds and sunlamps. *Am J Epid* 1990;131 (2):232–243.

der solarium.¹⁸⁵ Den internationella strålskyddsexpertisen intar en mycket restriktiv hållning till det experiment på befolkningsnivå som solarieanvändningen utgör.¹⁸⁶

Solskyddskrämer togs fram under andra världskriget inom den amerikanska krigsmakten. Krämererna innehåller kemiska ämnen – filter – som absorberar framför allt den del av UV-strålningen som ansetts farligast (UVB). Dagens krämer har filter mot både UVA och UVB. Solkrämerna skyddar mot den hudrodnad (erytem) som UV-strålningen kan ge. De innehåller emellertid inget skydd mot dess cancerframkallande eller immunskadande effekter. Användning av solskyddskrämer kan därför inge en falsk trygghet och istället leda till en ökad exponeringstid.

Utvecklingen av vanliga födelsemärken, nevi, är genetiskt styrd men påverkas också av solexponering. Dysplastiska nevi (DN) eller avvikande födelsemärken, utgör en markör för extra hög risk att senare i livet utveckla hudmelanom.¹⁸⁷

Den temporära ozonuttunnningen över norra halvklotet har ännu inte haft sådan omfattning att den kan ha bidragit till det ökande antalet hudcancerfall.

Påverkansmöjligheter

Hudcancer kan förebyggas på tre nivåer. Med primär prevention avses insatser som syftar till att minska antalet nyinsjuknade genom att minska exponering för i detta fall UV-strålning. Genom tidig diagnostik eller sekundär prevention kan man minska dödligheten i hudcancer genom att hitta tidiga tumörer eller förstadier till tumörer. Genom förbättrad tilläggsbehandling vid den initiala behandlingen av en tumörsjukdom kan man också minska dödligheten i sjukdomen. Detta utgör tertiär prevention. Den sistnämnda diskuteras ej i denna genomgång.

Erfarenheter från Australien och USA talar för att en bestående beteendeförändring beträffande solvanor går att uppnå.^{188,189}

¹⁸⁵ Boldeman C, Jansson B, Nilsson B, Ullén H: Sunbed use in Swedish urban adolscents related to behavioral characteristics. *Prev Med* 1997;26:114–119.

¹⁸⁶ SSI FS 1998:2 *Föreskrift om solarier*.

¹⁸⁷ Greene MH, Clark WH, Tucker MA, Elder DE, Kraemer KH, Guerry IV D, Witmer WK, Thompson J, Matozzo I, Fraser MC: Acquired precursors of cutaneous malignant melanoma. The familial dysplastic nevus syndrome. *N Eng J Med* 1985;312:91–97.

¹⁸⁸ Hill D, White V, Marks R, Borland R: Changes in sun-related attitudes and behaviours, and reduced sunburn prevalence in a population at high risk of melanoma. *Eur J Ca Prev* 1993;2:447–456.

I Australien har man till och med räknat fram att denna framgång i preventivt avseende, skulle kunna kompensera ett annars befarat ökat antal fall av hudcancer till följd av ozonuttunnningen över södra halvklotet.

I Sverige torde en snabb beteendeförändring vara svår att uppnå. Detta kan ha sin grund i att den positiva attityden till solande i vårt land sammanhänger med klimatet. Att man kan påverka sin egen och sina barns framtida risk för hudcancer genom förändrade solvanor börjar dock bli alltmer känt i befolkningen. Enligt företagna studier är kunskapsläget relativt högt avseende sambandet mellan solstrålning och hudcancer.¹⁹⁰ Men en positiv attityd till brunhet som friskhets- och skönhetsideal är fortfarande dominerande i den Skandinavienfödda befolkningen.

Trots kunskaper om riskerna med hög UV-stråldos iakttar inte tillräckligt många skydds-beteende. Risken att drabbas av hudcancer för egen del uppfattas som liten medan risken för andra uppfattas som högre.¹⁹¹ Det förebyggande arbetet har initierats bland annat genom en nationell samordningsgrupp mellan olika myndigheter och aktörer som arbetar med UV-frågor sedan tio år – Arbetsgruppen för förebyggande av strålskador från solljus (AFSS). Viktigt är ett gemensamt solskyddsbudskap, t.ex. när det gäller användningen av solskyddskrämer. En solskyddskräms solskyddsfaktor (Sun protection factor -SPF) anger den tidsfaktor med vilken UV-exponeringen kan ökas utan att en osolad blek hud blir röd, det vill säga får en ytlig brännskada, ett erytem. Sol-skyddskräm skall användas som komplement till andra UV-skyddsåtgärder. Kläder och skugga är viktigare skyddsåtgärder.

Statens strålskyddsinstitut har ansvar för utarbetande av föreskrifter för solarieanvändning. I samråd med internationell strålskyddsexpertis har den svenska strålskyddsmyndigheten fastställt en gräns för ”riskfri” solarieanvändning till 10 gånger per år. Denna beräkning har gjorts på strålfysikaliska grunder vad gäller solarierörs strålningsspektrum och likhet med UV-spektrum i naturlig sol. Myndigheten kan till kommunerna överlåta tillsynen av efterlevnaden av de föreskrifter som handlar om solarierörens strålningsegenskaper och övriga säkerhetsföreskrifter.

¹⁸⁹ Marks R: Melanoma prevention: is it possible to change a populations behaviour in the sun? *Pigment Cell Res* 1994;7:104–106.

¹⁹⁰ Brandberg Y, Ullén H, Sjöberg L, Holm L-E: Sunbathing and sunbed use related to self-image in a randomized sample of Swedish adolescents. *Eur J Cancer Prev* 1998;7:321–329.

¹⁹¹ Sjöberg L: *Solstrålningens risker: Attityder, kunskaper och riskuppfattning*. Rapport nr 3, Centrum för riskforskning, Handelshögskolan, Stockholm 1993.

Miljö- och hälsoskyddsnämnden i kommunerna skall dock utöva tillsyn av hygien etc. enligt hälsoskyddslagen och miljöbalken.

Kunskapsläget vad beträffar sambandet mellan pigmentfläckar i huden och hudcancer är relativt högt i befolkningen i Sverige. Detta gör att många söker kontakt med sjukvården för att få sina hudfläckar undersökta.

Genom screening eller tidig diagnostik av hela eller delar av en befolkningen kan dödligheten i vissa cancerformer påverkas. Denna metodik har ännu ej visat sig vara tillämplig på hudcancer men prövas för närvarande i vetenskapliga studier bland annat i Sverige.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Den relativa betydelsen av solexponering i Sverige respektive utomlands för antalet fall av hudcancer i Sverige är inte känd och skulle behöva vetenskapligt utredas. Värdet av tidig diagnostik av hudmelanom genom screeningprogram riktade till högriskgrupper respektive befolkningen i sin helhet är inte belagt och behöver därför analyseras genom kontrollerade studier. För att fastställa ett faktiskt orsakssamband mellan användande av kosmetiska solarier och hudcancer krävs ytterligare vetenskapliga studier. Effekterna av en mer permanent ozonuttunning över norra halvklotet kan komma att kräva noggranna studier av hudcancertrender.

Det saknas mer detaljerad kunskap om svenskens inställning till att ändra sina solvanor. Större studier av såväl prospektiv karaktär som återkommande monitoreringar av solningsbeteenden är därför viktiga för det samlade hudcancerförebyggande arbetet. De samhälls- och sjukvårdsekonomiska konsekvenserna av en fortsatt ökning av antalet nya fall av hudcancer i landet skulle behöva analyseras.

Vidare är kunskaperna om eventuella systemeffekter vid användning av solskyddskrämer ofullständiga.

Att anlägga ett tvärvetenskapligt perspektiv på solning som livsstilsfråga inkluderande samarbete med genderforskare skulle sannolikt påverka möjligheterna att uppnå en varaktig förändring av attityder och beteenden i fråga om solbrunhet som hälsoideal.

10.4.3 Befintliga mål och strategier

Befintliga mål, strategier och aktörer

Det slutdokument och konsensusuttalande som finns från konferensen med Medicinska forskningsrådet och Spri, ”Att förebygga utveckling av malignt hudmelanom”, år 1994 har använts som nationella mål.¹⁹² De viktigaste målgrupperna för primärpreventiva insatser bedömdes vara barn och ungdomar samt vissa grupper med ökad risk som ljushyllta individer, de med högt antal nevi samt de med ärftlig belastning för hudcancer. Överdriven exponering för solljus och solbrännskador särskilt under uppväxtåren skall undvikas. Befolkningsstrategier för implementering på nationell nivå har dock ej etablerats. Inom hälso- och sjukvården bedrivs en relativt omfattande verksamhet av nevuskirurgi i tidigdiagnostiskt syfte. Oftast kombineras denna patientverksamhet med solrådsinformation. Detta bör ske på ett systematiskt vis såväl vid hud- och onkologkliniker som vid kirurg- och plastikkirurgkliniker samt inom primärvården.

Det hudcancerförebyggande arbetet bedrivs oftast inom sjukvården och är patientorienterat. På några ställen finns också ett befolkningsinriktat solvanearbete, till exempel i Stockholm. Sedan år 1990 har sjukvården tillämpat olika metoder för att öka medvetenheten om sambandet mellan hudcancer och solning i vårt land, t.ex. genom Öppet hus på hud-, kirurg- och onkologkliniker, uppsökande verksamhet på badstränder och nationella affischkampanjer med solråd.

Uppnådda effekter

Hudcancer går i stor utsträckning att förebygga genom ändrade solvanor och genom tidig diagnos och behandling. Vid Öppet hus-aktiviteterna år 1990 förelåg ett stort intresse från allmänheten och media. En påverkan på incidensen av hudmelanom noterades efter kampanjen. En erfarenhet var att det är svårare att nå ut med solrådsinformation än med erbjudande av gratis hudbesiktning och att man framför allt når äldre med lägre risk för hudmelanom.

¹⁹² Att förebygga utveckling av malignt hudmelanom. Konsensuskonferens 16–18 nov. 1994. *Spri tryck 256*, 1994.

10.4.4 Mål och strategier

Mål

1. *Antalet nya fall av alla hudcancerformer skall minska och framför allt dödligheten i hudmelanom*
 - UV-preventiva åtgärder på myndighetsnivå bör samordnas.
 - Attityder till solbrunhet och solvanor bör förändras.
2. *Barns och ungdomars utsatthet för UV-strålning skall minska*
 - Information om UV-skydd till föräldrar och personal inom barn- och skolhälsovård skall öka.
3. *Information om användningen av kosmetiska solarier skall förbättras*
 - Tillsynen av solarier skall förbättras.
4. *Enhetliga regler skall antas för produktdeklaration av hjälpmedel för UV-skydd*
 - Solskyddskrämer, solglasögon och textilier skall produktdeklaras.

Inledande synpunkter

Hudcancer ökar kraftigt i Sverige beroende på felaktiga solvanor med ökad UV-exponering.

Ökningen kan endast brytas genom ändrade solvanor genom förebyggande insatser på flera nivåer.

Lokala, regionala och nationella insatser för hudcancerprevention behöver ytterligare samordnas. En sådan samordning finns redan vad beträffar initiering av rikstäckande återkommande kampanjer. Under de senaste åren har media ägnat hudcancer och solvanor allt större utrymme och det är därför viktigt med ett någorlunda konsistent budskap från olika experter. Bland potentiella övriga aktörer bör också nämnas resebranschen och flygbolagen.

För att utvecklingsarbetet skall bedrivas på ett optimalt sätt bör någon form av nationellt övergripande ansvar för det hudcancerförebyggande arbetet behövas. Några solvanestudier har gjorts i Sverige under 1990-talet. Preventionen behöver mer data om aktuella kunskaper, attityder och beteenden kring solvanor.

Det långsiktiga målet är att vända incidenskurvan av hudcancer. Målet för det hudcancerförebyggande arbetet är således att genom beteendeförändring minska antalet nya fall. Cancerregistret erbjuder en unik möjlighet att avläsa effekter av det förebyggande arbetet. En indikation på att vi är på rätt väg är den ovan relaterade minskningen av ökningstakten av hudmelanom som noterades första gången i 1995 års incidensstatistik och har bestått under 1996 och 1997.

Mål, strategier och aktörer

Antalet nya fall av alla hudcancerformer skall minska och framför allt dödligheten i hudmelanom

Effekter av ändrade solvanor visar sig först i en ändrad attityd till solbrunhet och målmedvetet solande. Bestående beteendeförändringar av svenskars solvanor är målet för primärprevention av hudcancer. En ökad medvetenhet om mindre riskfyllda sätt att vistas i solen är ett realistiskt mål.

Till detta bör läggas strukturella åtgärder i lokalsamhället som underlättar riskfriare hälsoval, i detta fall till exempel erbjudande av skuggiga utomhusmiljöer i barn- och fritidsmiljöer. Ett utvecklingsarbete pågår redan i landet bland annat vid Institutionen för landskapsplanering, Sveriges Lantbruksuniversitet, Alnarp i samarbete med flera kommuner.

Barns och ungdomars utsatthet för UV-strålning skall minska

Huvudmålgrupp för ett förändringsarbete inom livsstilsområdet solvanor är barn och ungdomar. En ytterligare höjning av kunskapsläget när det gäller behovet av att skydda barn från UV-exponering är väsentligt inom grupper som småbarnsföräldrar och personal inom barn- och skolhälsovård. Ett utvecklingsarbete pågår avseende pedagogiska hjälpmedel för sjuksköterskor som skall användas i föräldrainformationen på barnavårdscentralerna.

Information om användningen av kosmetiska solarier skall förbättras

Allmänt kan sägas när det gäller solariebruk att en viss försiktighet av bruket bör iaktas. Vidare bör gällande högsta antal "riskfria" solariepisoder per år bli känt av befolkningen för att möjliggöra frivilliga riskval.

En bättre kartläggning av solariebruket i befolkningen är förutsättningen för ett bra förebyggande arbete. Detta kräver en bättre kunskap om geografisk utbredning och antal kommersiella solarier i landet. Efterlevnaden av gällande strålskyddsföreskrifter skulle kunna stärkas liksom uppföljningen av de nya reglerna för obligatorisk information till solariebesökare som infördes den 1 januari år 1999. Även tillsynen av solarierna behöver hållas på en hög nivå.

Enhetliga regler skall antas för produktdeklaration av hjälpmedel för UV-skydd

Solskyddskrämer innehåller kemiska ämnen som skyddar mot den hudrodnad (erytem) som UV-strålningen kan ge. De innehåller dock inget skydd mot dess cancerframkallande eller immunskadande effekter. Användningen av krämer som solskydd kan därför ge en falsk trygghet. Ett internationellt samordnat utvecklingsarbete är på gång för att standardisera UV-skydds krav på solskyddsprodukter och ge allmänheten en klar och enhetlig information. För solskydds krämer behöver solskyddsfaktorn (SPF) anges, men det behöver också klargöras på lämpligt sätt vad UV-skyddet innebär. Solglasögon har i dag ofta UV-skyddsmärkning, men inte någon enhetlig sådan. Bad- och fritidskläder som saluförs i Sverige saknar däremot ofta UV-skyddsmärkning. Import av badkläder från Australien med UV-skyddsmärkning har nyligen startat.

10.5 Allergier

10.5.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Inledning

Allergi och annan överkänslighet har under 1990-talet framträtt som en stor folkhälsofråga i västvärlden. I den vuxna svenska befolkningen anser nära 40 procent att de besväras av allergi.¹⁹³ För tonåringar och unga vuxna är siffran 50 procent.¹⁹⁴ Antalet allergiker har ökat stadigt under de senaste decennierna och allergierna tillhör numera våra mest utbredda kroniska sjukdomar.

¹⁹³ SCB:s undersökning av levnadsförhållanden: ULF 1996/97.

¹⁹⁴ Kjellman M. Introduktion. I: *Allergistämman 96. 7-8 november, Norra Latin, Stockholm. Tema: Inomhusmiljön*. Abstracts. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1996.

Förekomst av allergier

I befolkningen

Ökningen av allergier är dramatisk och gäller alla åldrar. Vissa forskare talar om en fördubbling av de vanligaste allergisymtomen sedan mitten av 1970-talet, andra om en tredubbling.¹⁹⁵

När det gäller annan överkänslighet – som saknar allergiernas immunologiska bakgrund men där symtomen ändå påminner om allergi – är det ont om tillförlitliga studier. Allt fler rapporterar att de lider av exempelvis elkänslighet, känslighet mot amalgam, ”sjuka-hus-sjukan” och multipel kemisk känslighet, dvs. de överreagerar på flera kemikalier. Det finns tecken som tyder på att gruppen till och med är större än allergikerna.¹⁹⁶ I en undersökning bland kontorsanställda angav totalt 45 procent att de blivit sjuka av inomhusmiljön på sin arbetsplats.¹⁹⁷ Skilda studier visar att 10–20 procent av den vuxna befolkningen får ”andningsproblem” som kan betecknas som annan överkänslighet mot olika ämnen och irriteranter (bland annat tobaksrök, damm, starka dofter och bilavgaser). Om besvär från övre luftvägarna och andra organ räknas in blir siffran ännu högre.¹⁹⁸

Allergikurvorna fortsätter att peka uppåt. Det finns inga tydliga prognoser som skvallrar om att den kraftiga uppgången är på väg att mattas av. Den som en gång blivit av med sina symtom kan under ogynnsamma omständigheter få nya besvär, eftersom kroppens allergiska reaktionsmönster finns kvar livet ut.¹⁹⁹ Ytterligare en ledtråd är att en majoritet av befolkningen i dag har en familjemedlem som är allergiker.²⁰⁰

¹⁹⁵ Kjellman M. *Allergiska sjukdomar ökar*. Linköping okt -98; Nilsson L. *Risk factors for atopic disease in childhood*. Department of Health and Environment. Division of Pediatrics. Faculty of Health Sciences, Linköping University 1998; Åberg N. *Epidemiologi vid astma och allergi hos svenska skolbarn*. I: Hedlin G, Nordvall L (red). *Astma och allergi i en föränderlig miljö*. Glaxo Wellcome AB. Mölndal 1996.

¹⁹⁶ Löwhagen O. Skriftligt utkast. Allergicentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset. Göteborg 1998.

¹⁹⁷ Formgren H. *Omfattningen av allergi och annan överkänslighet*. *Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998.

¹⁹⁸ Löwhagen O. Skriftligt utkast. Allergicentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset. Göteborg 1998.

¹⁹⁹ Kjellman M. Muntlig uppgift. Linköping 1998.

²⁰⁰ Nilsson L. *Risk factors for atopic disease in childhood*. Department of Health and Environment. Division of Pediatrics. Faculty of Health Sciences, Linköping University 1998.

Olika åldersgrupper

Allergiska sjukdomar är fortfarande vanligast bland vuxna, men den kraftigaste ökningen sker hos dem som är födda efter år 1960.²⁰¹ Astma, atopiskt eksem och hösnuva är numera de vanligaste kroniska sjukdomarna bland svenska skolbarn. Allergierna drabbar hälften av våra unga, 40 procent av barnen i 12–13-årsåldern och var fjärde sju-åring.²⁰²

De allergiska symtomen kan se olika ut i olika åldrar. Överkänslighet mot födoämnen förekommer oftare hos barn än hos vuxna och besvären dyker för det mesta upp redan under det första levnadsåret. Det är allergi mot ägg, fisk/skaldjur, nötter, jordnötter och sojaböner som dominerar. Alla livsmedel som innehåller proteiner kan dock fungera som allergen även om kött, potatis, ris och kokta kålväxter sällan ger problem. Bland barn upp till sex års ålder och bland tonåringar och unga vuxna är ca 10 procent allergiska eller överkänsliga mot något födoämne.²⁰³ Tillförlitliga data saknas för överkänslighet mot födoämnen i den vuxna befolkningen, där en intolerans (icke-immunologisk överkänslighet) är den vanligaste varianten.²⁰⁴ Bland de allergiska hudsjukdomarna (atopiskt eksem, allergiskt kontakteksem, irritationseksem och nässelutslag) dominerar atopiskt eksem bland barn. För skolbarnen är siffran 7–28 procent, beroende på ålder. Cirka 16 procent av alla vuxna i Sverige uppger att de har eksem eller hudutslag.²⁰⁵ En tiondel av befolkningen har handeksem. Mellan 15 och 20 procent besväras uppskattningsvis av någon kontaktallergi, varav runt 15 procent av kvinnorna och 2 procent av männen är allergiska mot nickel.^{206,207} För astma visar studier att 4–10 procent av de vuxna berörs. Sjukdomen är dock mest utbredd hos unga och astma är i dag den mest spridda

²⁰¹ Björkstén N. Astma och allergi i en föränderlig miljö. I: Hedlin G, Nordvall L (red). *Astma och allergi i en föränderlig miljö*. Glaxo Wellcome AB. Mölndal 1996.

²⁰² Formgren H. *Omfattningen av allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998.

²⁰³ Edberg U. De vanligaste matallergenerna. I: *Toxikologisk bedömning av allergen. Rapport från ett seminarium, 4/98*. Toxikologiska rådet. Rapport från kemikalieinspektionen. Stockholm 1998.

²⁰⁴ Bengtsson U. Födoämnesöverkänslighet hos vuxna. I: Bengtsson U, Eriksson NE (red). *Förrädisk föda – om överkänslighet för mat och dryck*. Tika Läkemedel AB. Malmö 1996.

²⁰⁵ SCB:s undersökning av levnadsförhållanden: ULF 1996/97.

²⁰⁶ Meding B. Work-related skin disease. I: Kilbom Å, Messing K, Bildt T (red). *Women's health at work*. Arbetslivsinstitutet. Solna 1998.

²⁰⁷ Runt 40 procent av nickelallergikerna utvecklar handeksem.

långdragna symtomyttringen bland svenska barn. 20–40 procent av alla små barn har vid något tillfälle haft besvär som kan tyda på astma, och 5–10 procent av skolbarnen har fått en astmadiagnos. Den allra vanligaste allergiformen är däremot hösnuva. Förekomsten är här ganska ovanlig bland småbarn, men ökar snabbt under uppväxten för att nå en topp i tonåren och bland yngre vuxna. Av alla vuxna har 8–22 procent, enligt olika undersökningar, allergiska symtom i ögon eller näsa.²⁰⁸

Män och kvinnor

Under barndomen har pojkar allergiska besvär i större utsträckning än flickor, men förhållandet ändras i puberteten. Atopiskt eksem är däremot vanligare bland såväl unga flickor som hos kvinnor. I vuxen ålder har mer än dubbelt så många kvinnor som män handeksem. Både allergiskt och icke-allergiskt kontakteksem förekommer oftare hos den kvinnliga halvan av befolkningen och ungefär tio gånger så många kvinnor som män drabbas av nickelallergi.²⁰⁹ När vuxna själva får ange om de har något allergiskt besvär svarar nästan 43 procent av kvinnorna ja, mot drygt 35 procent av männen. Skillnaden är ännu tydligare för ”annan överkänslighet”. Nära 21 procent av kvinnorna anser att de har sådana symtom, vilket är 70 procent högre än för männen.²¹⁰

Socioekonomiska grupper och geografiska områden

Sambanden mellan sociala förhållanden och allergi är ett relativt nytt forskningsområde. Sammanställningar pekar dock på att allergisk hösnuva är vanligare inom högre socialgrupper medan astma förekommer oftare hos personer i lägre socialgrupper liksom allergi mot kvalster. Cirka 7 procent av vuxna arbetare anger att de besväras av astma, medan siffran för tjänstemännen är 5 procent.²¹¹ Allergi är dubbelt så utbrett bland tätortsbarn som bland barnen på landsbygden.²¹² Enligt en

²⁰⁸ Formgren H. *Omfattningen av allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998.

²⁰⁹ Meding B. *Work-related skin disease. I: Kilbom Å, Messing K, Bildt T (red). Women's health at work*. Arbetslivsinstitutet. Solna 1998.

²¹⁰ SCB:s undersökning av levnadsförhållanden: ULF 1996/97.

²¹¹ SCB:s undersökning av levnadsförhållanden: ULF 1996.

²¹² Formgren H. *Omfattningen av allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998; Nilsson L. *Risk factors for atopic disease in childhood*. Department of Health

undersökning av Åberg som utförts på värnpliktiga mellan åren 1972 och 1996 konstateras att förekomsten av astma är vanligare i norra än i södra Sverige hos såväl 18-åringar som hos vuxna.²¹³

Sårbara grupper och riskgrupper

Atopi – ärftlig allergibenägenhet – är den tyngst vägande riskfaktorn för allergi och finns hos en tredjedel av befolkningen i de skandinaviska länderna.²¹⁴ Störst risk att råka ut för en allergisk sjukdom löper den som har allergianlag i släkten och dessutom tidigt i livet exponerats för allergiframkallande ämnen. I familjer utan tecken på atopi insjuknar ca 10 procent av barnen i astma, hösnuva eller eksem. Med en allergisk förälder fördubblas till tredubblas förekomsten. Har båda föräldrarna allergiska besvär drabbas vartannat barn.²¹⁵

En annan utsatt grupp är de som i sitt arbete riskerar att utveckla allergi eller försämras i sin allergisjukdom. Eksem är den vanligaste yrkeshudsjukdomen i Sverige.²¹⁶ Många kvinnodominerade, lågavlönade yrken är utpräglade våtarbeten (hudens skyddsbarriär kan skadas av vatten, tvål och kemikalier), som hårfrisörska, köksbiträde, livsmedelsarbetare, hemvårdare och lokalvårdare.²¹⁷ Vårdpersonal som dagligen använder skyddshandskar tillverkade av naturgummi (innehåller allergiframkallande latexproteiner) är ytterligare en riskgrupp.²¹⁸ Även yrken där händerna ofta utsätts för väta, kemikalier och nötning är en riskgrupp. Överst i statistiken över rapporterade hudsjukdomar hamnar

and Environment. Division of Pediatrics. Faculty of Health Sciences, Linköping University. Linköping 1998.

²¹³ Formgren H. *Omfattningen av allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998.

²¹⁴ Meding B. Work-related skin disease. I: Kilbom Å, Messing K, Bildt T (red). *Women's health at work*. Arbetslivsinstitutet. Solna 1998.

²¹⁵ Nilsson L. *Risk factors for atopic disease in childhood*. Department of Health and Environment. Division of Pediatrics. Faculty of Health Sciences, Linköping University 1998.

²¹⁶ Björkner B. *Allergi och annan överkänslighet i huden. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1994.

²¹⁷ Meding B. Work-related skin disease. I: Kilbom Å, Messing K, Bildt T (red). *Women's health at work*. Arbetslivsinstitutet. Solna 1998.

²¹⁸ Silverdahl M, Lundberg M. Kartläggning av hud- och allergibesvär bland tandvårdspersonal i Uppsala län; Söderlund U, Millqvist E, Bender M. Latex allergy among nurses in the operating unit; Turjanmaa, K. IgE-medierad latexallergi – historik, prevalens-klinik-diagnostik. I: *Allergistämman 98. 4-5 februari, Norra Latin. Tema: Olikhet i hälsa*. Stockholm. Abstracts. Folkhälsoinstitutet 1998.

frisörer, maskinmontörer och kockar. Målare, svarvare, svetsare, bagare, mekaniker, byggnadsarbetare och fabriksanställda är andra utsatta grupper.²¹⁹

Effekter för individ och samhälle

Allergiska symtom kan sätta sig i luftrören, huden, näsan, ögonen och mag-tarmkanalen. I värsta fall kan hela kroppens cirkulation påverkas och leda till en livshotande allergichock. Varje år inträffar runt 900 dödsfall orsakade av allergi, i första hand med astma som direkt eller indirekt orsak.^{220,221}

De allergiska symtomen kan se olika ut i olika åldersgrupper. Begreppet allergimarschen syftar på ett naturligt förlopp där en allergiform kan "växa" bort med åldern och ersättas av en annan. Ett barn med atopi (ärfilig benägenhet för allergi) kan redan under de två första levnadsåren reagera allergiskt mot vissa födoämnen och livsmedel. Allergin kan även yttra sig som ett atopiskt eksem. Hälften av alla barn som haft atopiskt eksem får senare en allergisk sjukdom i luftvägarna. Vid tre till sju års ålder har barnet ofta blivit av med matallergin eller eksemet. I stället kan det besväras av vissa ämnen i luften och utveckla astma eller pälsdjursallergi. Från förskoleåldern riskerar en pollenallergi att bryta ut. En allergi kan även yttra sig första gången i vuxen ålder.²²² Förr växte besvären ofta bort hos de barn som drabbades av allergi. I dag är utsikterna sämre. Även den som en gång blivit av med sina symtom kan under ogynnsamma omständigheter få nya, eftersom kroppens allergiska reaktionsmönster kvarstår livet ut.²²³

Ständig oro och otrygghet, känsla av att inte räcka till, täta kontakter med sjukvården eller oförstående attityder från omgivningen är några av de problem som "allergifamiljen" kan möta. Andra problem är extra kostnader för mediciner och specialmat som kan vara svår att få tag på och som många gånger är dyr. Vardagliga rutiner som städning, matlagning, planering och smörjning av eksem tar inte sällan mycket tid i

²¹⁹ Meding B. Work-related skin disease. I: Kilbom Å, Messing K, Bildt T (red). *Women's health at work*. Arbetslivsinstitutet. Solna 1998.

²²⁰ 1996 avled 897 personer på grund av astma, vilket är en hög siffra ställd i relation till andra dödsorsaker i Sverige.

²²¹ Socialstyrelsen. Statistik. *Antal döda med astma bronchiale som underliggande eller bidragande orsak 1960-1996*.

²²² Kjellman M. Astma- och allergiutvecklingen. I: Hedlin G, Nordvall L (red). *Astma och allergi i en föränderlig miljö*. Glaxo Wellcome AB. Mölndal 1996.

²²³ Kjellman M. Muntlig uppgift. Linköping 1998.

anspråk. Det är också belagt att barn och ungdomar med astma och allergi periodvis presterar sämre i skolan och oftare söker hjälp hos skolpsykologen jämfört med andra jämnåriga. Känsla av utanförskap och ibland till och med social isolering riskerar att följa i allergisjukdomens spår.²²⁴ Bristande yrkesrådgivning till ungdomar som har eller haft atopiskt eksem eller astma kan också få svåra följder – med risk för sjukskrivning, omskolning och förtidspensionering senare i livet. För den som har allergiska problem kan det även vara svårt att vistas i offentliga lokaler, utöva sina fritidsaktiviteter eller delta i nöjeslivet.

De ekonomiska konsekvenserna för hela samhället är likaså påtagliga. Allergisjukdomarnas totala kostnader år 1991 uppskattades till drygt 4,9 miljarder kronor och mycket tyder på att dagens kostnader är ungefär på samma nivå. Av den sammanlagda kostnaden för alla sjukdomar i Sverige svarade allergierna för 1,8 procent. Såväl direkta utgifter (vård och läkemedel) som indirekta kostnader (dödlighet, förtidspensionering och tillfällig sjukdom) har då räknats in. Den största kostnaden är att hänföra till förtidspensioneringar och till korttidssjukskrivningar.²²⁵

10.5.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsakerna till utvecklingen

Allergi och annan överkänslighet är en sammanfattande beteckning för olika besvär som kan utlösas av kontakt med "vanliga" ämnen i omgivningen. Den som insjuknar i en allergi har ett felprogrammerat immunsystem som reagerar genom att aktivera symtom när kroppen kommer i kontakt med ämnen som andra personer klarar av utan problem. Hos dem som lider av annan överkänslighet saknas dessa immunologiska mekanismer, men själva besvären eller lidandet kan ändå likna allergikerns.

Vad som ytterst ligger bakom den dramatiska allergiökningen är dock en gåta. Forskarna har avfärdat mutationer i arvsanlagen som förklaring. Inte heller har naturligt förekommande allergen (allergiframkallande ämnen) som pollen eller pälsdjur, blivit vanligare. Den övergripande hypotesen är att det krävs ett samspel mellan individens ärftliga känslighet och exponering för ett allergen för att en allergi skall utvecklas. Miljöföroreningar som tobaksrök, bilavgaser och kemiska

²²⁴ Borres M. Allergiska barn i skolan. I: Hedlin G, Nordvall L (red). *Astma och allergi i en föränderlig miljö*. Glaxo Wellcome AB. Mölndal 1996.

²²⁵ Jacobson L, Lindgren B. Astma. De samhällsekonomiska kostnaderna. *Studier i samhällsekonomi* 8. Lunds universitet 1995.

substanser kan också utlösa symtom, liksom hudkontakt med metaller eller intag av födoämnen. Dessutom kan vissa miljöfaktorer förstärka effekten av en allergenexponering. Rökning anses här spela allra störst roll. Kort amningsperiod, dåliga inomhusmiljöer och föroreningar i utomhusluften är andra förstärkare. Flera faktorer i miljön kan också tillsammans påverka allergirisken. Ett exempel är kombinationen att växa upp i en fuktskadad, dåligt ventilerad bostad och att föräldrarna samtidigt röker.²²⁶

Sedan mitten av 1970-talet har tätare, energisnåla hus med otillräcklig ventilation, felaktiga byggprocesser som orsakat fuktskador och nya material försämrat många inomhusmiljöer. Samband mellan "fuktiga" byggnader å ena sidan och luftvägsbesvär, "sjuka-hus-sjukan" samt allergier å andra sidan har säkerställts. De som redan har en allergi eller ärftliga allergianlag antas tillhöra riskgruppen. I fuktiga miljöer trivs inte bara allergiframkallande eller irriterande mögelsporer och bakterier utan också kvalster (små spindeldjur) som kan orsaka allergi. Dålig ventilation höjer ofta fukthalten i byggnaden och har därför kunnat kopplas till såväl sjuka-hus-symtom som till kvalsterallergi. Gasformiga, irriterande ämnen som frigörs från byggnadsmaterial tros också vara en riskfaktor för allergi och annan överkänslighet. Då dammpartiklar kan vara bärare av allergiframkallande ämnen och irriterar luftvägarna anges vidare dålig städning som en hälsofara.²²⁷

Den största källan till partiklar i inomhusluften är däremot rökning. Flera undersökningar har visat att små barn som utsätts för passiv

²²⁶ Björkstén N. Astma och allergi i en föränderlig miljö. I: Hedlin G, Nordvall L (red). *Astma och allergi i en föränderlig miljö*. Glaxo Wellcome AB. Mölndal 1996; *European Allergy White Paper. Allergic diseases as a public health problem*. The UCB Institute of Allergy. Braine-l'Alleud 1997; *Immunologiska reaktioner och budskap om prevention. Tre svåra frågor om allergi och försök till immunologiska svar*. 21 oktober i Stockholm. Seminariedokumentation. Folkhälsoinstitutet 1997;16; SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. Miljöhälsoutredningens slutbetänkande.

²²⁷ *Inneboken – en bok för alla som bryr sig om en hälsosam innemiljö*. Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. AB Svensk Byggtjänst. Stockholm 1998; SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. Miljöhälsoutredningens slutbetänkande; Sundell J, Kjellman M. *Luften vi andas utomhus. Inomhusmiljöns betydelse för allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1994; *TVOC and Health in Non Industrial Indoor Environment*. Report from a Nordic Scientific Consensus Meeting at Långholmen in Stockholm 1996; Warner A. *Childhood Asthma and Indoor Environment*. Linköping University Medical Dissertations No. 564. Department of Health and Environment Division of Pediatrics. Faculty of Health Sciences. Linköping 1998.

tobaksrök lättare insjuknar i astma än andra barn. Om mamman rökt under graviditeten tilltar barnets astmarisk allra mest. Många barn som redan har astma mår också sämre av rök. Av samtliga astmaanfall antas upp till en tredjedel bero på andras rökning.²²⁸

Barn kan ha stor glädje av att umgås med djur. Pälsdjur och fåglar sprider emellertid allergiframkallande ämnen. Forskningsbelägg finns för sambandet mellan kontakt med pälsdjursallergen – främst från katt – under barnets första levnadsår och ökad risk för allergi senare i livet. Detta gäller särskilt vid ärftlig allergibenägenhet. Astma, allergisk snuva, pipande och väsande andning samt långdragna luftvägsinfektioner kan vara några av följderna vid exponering för pälsdjur. Rökning, fukt och pälsdjur pekats sammantaget ut som de allvarligaste riskfaktorerna för astma hos småbarn.²²⁹

Även om Sveriges nivåer av luftföroreningar är låga jämfört med andra länder kan halterna av framför allt ämnen i bilavgaser och sotpartiklar orsaka hälsoeffekter. Det faktum att allergirisken är störst för stadsborna har stärkt misstankarna om att utomhusluften spelat roll för allergiutvecklingen, men vetenskapliga bevis saknas i dag för ett sådant antagande. En teori är att luftutsläppen kan fungera som bidragande orsak tillsammans med andra viktigare faktorer. Det är emellertid klart att exponering för kvävedioxid och ozon – där största källan är vägtrafiken – allvarligt riskerar att försämra hälsotillståndet hos den som redan lider av astma och luftrörsbesvär. Detsamma gäller svarta partiklar från ”vanlig” småskalig vedeldning. Studier har också visat att kvävedioxid och ozon förmår förstärka reaktionen på allergiframkallande ämnen.²³⁰

²²⁸ SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. Miljöhälso-utredningens slutbetänkande; Sundell J, Kjellman M. *Luften vi andas utomhus. Inomhusmiljöns betydelse för allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1994.

²²⁹ Ahlbom A, Backman A, Bakke J, Foucard T, Halken S, Kjellman M, Malm L, Skerfving S, Sundell J, Zetterström O. *Pälsdjur inomhus – risk för allergi eller skydd mot sensibilisering/allergi?* Nordisk tvärvetenskaplig granskning av den vetenskapliga litteraturen angående samband mellan främst små barns exponering för pälsdjur, sensibilisering och allergiutveckling. Utkast 1998; *Inneboken – en bok för alla som bryr sig om en hälsosam inomhusmiljö*. Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. AB Svensk Byggtjänst. Stockholm 1998; SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. Miljöhälso-utredningens slutbetänkande.

²³⁰ *Allergistämman 98. 4–5 februari, Norra Latin, Stockholm. Tema: Olikheter i hälsa; Urban Air & Respiratory Health. A Nordic Conference, Stockholm, Sweden, November 5–6 1997. Summary*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm; Boström CE. Förändringar i utomhusmiljön, speciellt luftföroreningar. I:

Påverkansmöjligheter

Trots att faktorerna bakom allergiernas ökning inte kan säkerställas vetenskapligt finns det i dag samlade erfarenheter som pekar ut hur allergiska sjukdomar kan förebyggas, framför allt hos små barn med ärftliga anlag att utveckla allergi. Det säkraste sättet är att undersöka om det finns allergi i familjen tidigare. Besvären kan också lindras för personer som redan insjuknat genom att identifiera faktorer i miljön som orsakar eller förvärrar en allergi och se till att dessa elimineras. Folkhälsoinstitutet har på vetenskaplig grund formulerat en rad preventiva råd. Då högriskgruppen sammantaget endast utgör en minoritet av alla som får allergi²³¹ anser sakkunniga att vissa förebyggande insatser bör riktas till hela befolkningen.

En av de viktigaste preventiva åtgärderna mot allergi är att inte röka under graviditet och amning och aldrig i närheten av småbarn. Trots de många fördelarna med sällskapsdjur bör familjer med allergiska anlag också vänta med att skaffa djur tills barnet fyllt minst ett par år. Andra viktiga åtgärder är att bygga fuktfritt och ventilerat samt vädra och städa väl i miljöer där barn vistas – inte minst gäller det i skolor och i förskolor. Även i arbetslivet måste exponeringen för allergen minska.

I högriskfamiljer bör barnet börja äta utpräglad allergiframkallande födoämnen som ägg och fisk först vid ett års ålder. För samtliga familjer gäller rekommendationen att amma barnet under det första halvåret. Då nötter och jordnötter i värsta fall kan orsaka en "allergichock" med risk för dödsfall är rådet till alla att vänta med att ge barnet nötter till efter fyra års ålder. Uppkomsten av eksem kan förhindras genom att inte i onödan utsätta huden för nötning och irriterande eller allergiframkallande ämnen. Särskild yrkesvägledning samt rådgivning skall ges till barn och ungdomar som har atopiskt eksem eller astma. Med tanke på faran för nickelallergi bör unga också avrådas från att ta håll i öronen eller i andra kroppsdelar och från långvarig hudkontakt med föremål som avger nickel.

Hedlin G, Nordvall L (red). *Astma och allergi i en föränderlig miljö*. Glaxo Wellcome AB. Mölndal 1996; Bylin G. Är det farligt att bo i stan? I: *Allergistämman 98. 4–5 februari, Norra Latin, Stockholm. Tema: Olikheter i hälsa*. Abstracts. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998; SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. Miljöhälsoutredningens slutbetänkande.

²³¹ Hos de personer som inte tillhör riskgruppen har dock allergiökningen varit marginell, jämfört med dem som har ärftliga allergianlag. Källa: Nilsson L. *Risk factors for atopic disease in childhood*. Department of Health and Environment. Division of Pediatrics. Faculty of Health Sciences, Linköping University 1998.

De som har utvecklat kontaktallergi måste undvika det allergiframkallande ämnet i fråga. Barn och vuxna med eksem bör vara försiktiga med tvål, vatten eller andra irriterande ämnen och smörja in huden regelbundet. Den som är allergisk mot livsmedel skall noga läsa innehållsförteckningarna och på andra sätt vara observant på vad maten är sammansatt av. Andra möjligheter att hjälpa dem som redan insjuknat i en allergi är att åtgärda undermåliga inomhusmiljöer, särskilt där barn vistas. Barn med allergi skall slippa få symtom av pälsdjursallergen i förskolan eller i skolan och inte heller behöva utsättas för tobaksrök. Större hänsynstagande till dem som är överkänsliga mot exempelvis starka dofter kan också lindra lidandet för många.²³²

Ofullständiga kunskaper och forskningsbehov

Flera samband mellan miljöfaktorer och allergier har kartlagts. Frågetecknen är emellertid fortfarande många. Mer exakt vetenskap saknas om bland annat varför dåliga inomhusmiljöer kan ge symtom. Säkrast är kunskaperna om allergen och tobaksrök, medan det ännu är oklart genom vilka mekanismer fukt, mögel, partiklar och kemiska ämnen inverkar på människan.²³³

Vad som ytterst legat bakom den kraftiga ökningen av allergierna under de senaste decennierna är likaså ovisst. En övergripande fråga som sysselsatt allergiforskarna är: På vilket sätt har vår miljö ändrats – så att de med ärftliga anlag allt oftare blir allergiska eller överkänsliga? Den teori som fått mest uppmärksamhet under de senaste åren är att

²³² Källor till avsnittet om prevention: *Allergistämman 98. 4–5 februari, Norra Latin, Stockholm. Tema: Olikhet i hälsa. Prevention av handeksem. Arbetsdokument: Preventiva redskap. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998; European Allergy White Paper. Allergic diseases as a public health problem. The UCB Institute of Allergy. Braine-l'Alleud 1997; Immunologiska reaktioner och budskap om prevention. Tre svåra frågor om allergi och försök till immunologiska svar. 21 oktober i Stockholm. Seminariedokumentation. Folkhälsoinstitutet 1997:16; Kjellman M. Prediction and prevention of atopic allergy. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. Supplement; Vol. 53, no 45. Huddersfield 1998; SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. Miljöhälsoutredningens slutbetänkande; *Stäm i bäcken. Allergi och annan överkänslighet*. Broschyrer om maten, inomhusmiljön, utomhusmiljön och huden utgivna av Folkhälsoinstitutet.*

²³³ *Inneboken – en bok för alla som bryr sig om en hälsosam inomhusmiljö*. Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. AB Svensk Byggtjänst. Stockholm 1998; SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. Miljöhälsoutredningens slutbetänkande.

svaret skall sökas i den moderna västerländska livsstilen. Allergiökningen har i första hand ägt rum hos dem som är födda efter år 1960 och är tydligare i städerna än på landsbygden. I det forna östblocket och i länder där levnadsvillkoren på många sätt liknar dem i Sverige för ca 30 år sedan är allergiförekomsten också klart lägre än i västvärlden.

Orsakerna till detta antas vara att människorna i väst utvecklat en ökad känslighet eller mottaglighet för allergiska sjukdomar, jämfört med befolkningen i mindre industrialiserade länder. Flera bedömare spekulerar i om något i vårt moderna levnadssätt, som minskad trångboddhet med förändrat infektionsmönster hos småbarn, kemikalier, bilavgaser och så vidare, kan ha försvagat immunförsvarets naturliga skydd mot allergi. Den hetaste hypotesen i dag är att förändringar i människans tarmflora – orsakade av hygieniskt ”sterilare” miljöer, nya livsmedel och mer användning av antibiotika – tagit bort skyddet. Den allra senaste misstanken riktas här mot mjölksyrabakterierna i tarmen, som till följd av ändrade matvanor minskat hos svenska barn.²³⁴

Redogörelsen ovan visar att forskningsbehovet inom området allergi och annan överkänslighet är stort. Vårdalstiftelsen, den största finansören av svensk allergiforskning, har slagit fast angelägna områden för framtidens forskning. Det första är att kunna förebygga allergi och annan överkänslighet samt kartlägga hur det är att leva med dessa sjukdomar. Det andra är att utforska mekanismerna bakom allergierna. Ett mer tvärvetenskapligt synsätt efterlyses också. Andra områden som prioriteras är att förstå det immunologiska förloppet bakom annan överkänslighet och ta reda på varför allergierna har ökat samt att försöka fastställa de utlösande faktorerna bakom allergi och andra överkänslighetssjukdomar (exempelvis multipel kemisk överkänslighet, ”sjuka-hus-sjukan” och överkänslighet mot mat).²³⁵

Att sammanställa de forskningsresultat om allergi och annan överkänslighet som ständigt tillkommer kräver kontinuitet. Säkerställande av vetenskapliga fynd genom ytterligare forskning samt att frambringa konsensus bland berörda forskare eller yrkesgrupper är andra viktiga

²³⁴ Björkstén N. Astma och allergi i en föränderlig miljö. I: Hedlin G, Nordvall L (red). *Astma och allergi i en föränderlig miljö*. Glaxo Wellcome AB. Mölndal 1996; Formgren H. *Omfattningen av allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998; *Immunologiska reaktioner och budskap om prevention. Tre svåra frågor om allergi och försök till immunologiska svar*. 21 oktober i Stockholm. Seminariedokumentation. Folkhälsoinstitutet 1997:16.

²³⁵ Intervju med Vårdalstiftelsens VD Eva Ståldal, Stockholm 1998; Vårdalstiftelsen för vård och allergiforskning. Verksamhetsberättelse 1997.

åtgärder. Likaså måste ”nya” symtom på olika slags överkänslighet uppmärksammas i forskningen.

10.5.3 Befintliga mål och strategier

Befintliga mål, strategier och aktörer

Folkhälsoinstitutet har utsetts till att ha det samordnande ansvaret för Sveriges allergiprevention. De övergripande mål som arbetet utgår från är att förebygga allergi och annan överkänslighet så att fler inte skall insjukna och att lindra för dem som redan har en allergi. Målen har brutits ner i delmål, exempelvis att förebygga allergi och astma hos små barn, att minska antalet sjukdomsfall orsakade av inomhusmiljön till hälften, att ingen ofrivilligt skall behöva utsättas för tobaksrök och att dödsfall på grund av allergiska sjukdomar eller astmaanfall ej får äga rum. Målen vilar ytterst på framtidsvisionen om ett allergifritt samhälle. De strategier som tillämpats har bland annat varit att försöka påverka allmänhetens attityder, få till stånd nödvändig lagstiftning, mobilisera berörda delar av samhället, stötta allergiforskning, förbättra allergiutbildningen för viktiga yrkesgrupper och hitta fruktbara organisatoriska lösningar.

En uttalad policy som slogs fast redan för tio år sedan av Allergikutredningen²³⁶ är att allergifrågorna skall ha sin praktiska tyngdpunkt ute i kommunerna och landstingen, nära människorna. Folkhälsoinstitutet stöttar därför på olika sätt det ambitiösa allergiförebyggande arbete som bedrivs av såväl kommuner som landsting och näringsliv. Myndigheten riktar nu in sig på att även knyta kontakter med samt få igång allergiengagemanget i landstingen och inom näringslivet. Ett samarbete har sedan tidigare etablerats med Astma- och Allergiförbundet som är den största organisationen för allergiker och överkänsliga.

Information har varit ett viktigt medel i de förebyggande allergiinsatserna. Via olika kampanjer, skrifter och massmedierna har både allmänheten och utvalda målgrupper informerats om allergi och annan överkänslighet. Vetenskapliga utvärderingar och kontinuerligt samråd med forskarvärlden utgör grunden för de preventiva budskap som förts fram.

Allergifrågorna började uppmärksammas på allvar i Sverige i slutet av 1980-talet då Allergikutredningen lades fram. Utredningen tog bland annat fasta på allergiökningen och på de många rapporterna om dåliga

²³⁶ SOU 1989:76. *Allergikutredningen. Att förebygga allergi/överkänslighet*. Betänkande från Allergikutredningen.

inomhusmiljöer i förskolor och skolor. År 1992 kunde forskarna enas om att allergikurvan vänt uppåt (vilket dessförinnan varit ett kontroversiellt spörsmål). Därefter har flera större vetenskapliga kunskapsöversikter inom allergiämnet presenterats. År 1994 beslutade riksdagen att inrätta Vårdalstiftelsen för vård- och allergiforskningen. Stiftelsen är den största finansören av svensk allergiforskning. Stiftelsens tillkomst har inneburit att allergiforskningens positioner skjutits fram betydligt och att de vetenskapliga frågeställningarna har breddats.

År 1995 genomfördes med Folkhälsoinstitutet som arrangör den största kampanjen hittills inom allergiområdet, Allergijåret 95. En rad kommuner runt om i landet drog under året på allvar igång sitt allergiförebyggande arbete och allergifrågan blev känd hos en bredare allmänhet. År 1996 hölls den första allergistämman som sedan dess är en återkommande mötesplats för forskare och praktiskt verksamma. Inomhusmiljöåret år 1999 har samlat drygt 50 myndigheter, branschorganisationer, intresseorganisationer och företag inom bygg- och fastighetssektorn. I nästa stora satsning som innebär att fram till år 2003 ta fram en nationell handlingsplan mot allergi deltar representanter från stora delar av det svenska samhället. Det långsiktiga målet är att hela Sverige med politiska beslut som underlag skall mobiliseras i kampen mot de allergiska sjukdomarna.

EU har antagit två program som syftar till att förebygga och bekämpa vissa sjukdomar. Det första programmet, som gäller luftvägs-sjukdomar och allergier, är treårigt och startar år 1999. Det har en budget på 35 miljoner svenska kronor. Det andra programmet skall arbeta med att förebygga ovanliga sjukdomar som bara drabbar en begränsad del av EU:s befolkning och som är ärftliga.

Uppnådda effekter

Trots de allergiförebyggande ansträngningar som satts in under 1990-talet fortsätter allergierna att öka totalt sett. Så länge faktorerna bakom allergiökningen till fullo ej kartlagts är det inte möjligt att bedriva en optimal prevention. Med tanke på det stora antal som insjuknat i allergiska sjukdomar under de senaste decennierna kommer det också att dröja innan eventuella förändringar åt rätt håll ger utslag i statistiken. I dag saknas dessutom tillräckliga resurser för att nå ut med nödvändig information.

Flera resultat på vägen mot ett allergifritt samhälle har dock uppnåtts: Allergierna har hamnat på dagordningen och den allmänna medvetenheten om problemet har ökat. Detta har bl.a. fått till följd att kommuner och landsting liksom ett flertal myndigheter (Kemikalie-

inspektionen, Livsmedelsverket och Arbetarskyddsstyrelsen) arbetar aktivt med allergiprevention. Även näringslivet har engagerats. Drygt 100 kommuner har inrättat särskilda allergikommittéer, ett 30-tal uppfyller kriterierna för en "allergianpassad kommun". Dessa kriterier är att kommunstyrelsen skall ha beslutat om att arbeta allergiförebyggande, att det finns en allergikommitté samt att ett handlingsprogram för kommunens allergiverksamhet utformats och antagits i samverkan med landstinget. På flera håll har konkreta lokala resultat uppnåtts, främst i ansträngningarna att sanera dåliga inomhusmiljöer i förskolor och skolor. Det kommunala allergiarbete i Sverige anses vara unikt ur ett internationellt perspektiv.

Nätverk och andra former för utbyte av erfarenheter mellan skilda aktörer har etablerats. Vidare har aktuella rön om allergi och annan överkänslighet kartlagts och sammanställts. Forskarna är eniga om allergiernas ökning, och de immunologiska mekanismerna bakom allergierna har påvisats. Den tidigare tendensen att förknippa allergiska symtom med psykiska problem och pjåskighet har tonats ner. Behovet av framtida forskning är vidare inringat och många nya forskningsprojekt har satts igång. Allergiforskningen har genom Vårdalstiftelsens tillkomst fått ett rejält ekonomiskt tillskott.²³⁷

²³⁷ Källor till avsnittet om befintliga mål och strategier: *Allergianpassad kommun den 14 december 1995 i Stockholm. Idéer och erfarenheter från allergiförebyggande arbete i kommunerna*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1996; *Allergiprogrammets utbildningsutskott. Verksamhetsberättelse 1997*. Folkhälsa Sundsvall; *Allergiåret 95. Redovisning och erfarenheter*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1997; *Ett allergifritt samhälle. Vision och strategi*. Folkhälsoinstitutets rapportserie 1995:2; *Förebygg allergi. Nationell handlingsplan mot allergi*. Faktafolder. Folkhälsoinstitutet; *Förebygg allergier. Dokumentation till upptaktsmöte för Nationella mål och Nationell handlingsplan mot allergi*. 15 december 1997, Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998; *Gör det osynliga synligt – arbeta konkret mot allergi! Gemensamma mål i det allergiförebyggande arbetet*. Internt dokument 1999-01-15. Folkhälsoinstitutet; *Innemiljöåret 99. En gemensam informationssatsning för att säkra hälso- och miljöriktigt byggande, förvaltning och brukande. Projektbeskrivning*. INSHE: Myndighetsgrupp för Samverkan kring Inomhusmiljö, Hälsa och Energieffektivitet. Folkhälsoinstitutet 1997; Larsson-Toll, K och Nordling, E. *Mobiliseringskampanjen Allergiåret 1995. Förmätning 1994 och eftermätning 1996*. SIFO. Stockholm 1996; *Målgruppsanalys – Allergi*. Internt dokument. Folkhälsoinstitutet 1998; *Verksamhetsplanering för Folkhälsoinstitutets allergiprogram*. Faktafolder. Folkhälsoinstitutet 1998.

10.5.4 Mål och strategier

Mål

1. Allergifrågorna skall ha hög prioritet i folkhälsoarbetet

- Det långsiktigt allergiförebyggande arbetet bör samordnas.
- Insatserna inom barn- och mödrahälsovården skall utvidgas.

2. Förekomsten av allergiframkallande ämnen i miljön skall minska

- Ingen människa skall behöva utsättas för passiv rökning.
- Tillgång till allergisäkra miljöer skall erbjudas inom exempelvis förskolan, skolan, arbetslivet och offentliga lokaler.
- Hälsosofarliga luftföroreningar skall minska.
- Byggnadsmaterial eller byggnaders konstruktion skall ej kunna framkalla allergiska reaktioner, symtom på annan överkänslighet eller andra hälsobesvär.
- I arbetet med att ta fram allergisäkra produkter bör samråd ske mellan näringsliv, organisationer och forskning.
- Märkningen av allergisäkra varor skall utvecklas.

Inledande synpunkter

Ökningen av de allergiska sjukdomarna och annan överkänslighet kan liknas vid en epidemi. Kunskapen om hur allergiska besvär undviks är i dag betydande även om vi inte vet grundorsakerna till uppkomsten av besvären. De preventiva budskapen har emellertid inte nått fram i önskvärd utsträckning och inte heller fått den praktiska genomslagskraft som krävs för ett effektivt allergiarbete. Det är säkerställt att många insjuknar i sin allergi redan under det första levnadsåret. Vid skolstart har vart fjärde barn visat tecken på allergisk sjukdom. Än så länge saknas emellertid de forskningsrön som pekar ut tillämpbara lösningar för hur allergier kan botas. Det är däremot möjligt att skydda barnen från att utveckla allergi. Ett önskemål för framtiden är därför att insatser görs för att förhindra allergiutveckling hos små barn.

Hälften av alla unga har eller har haft allergi eller annan överkänslighet. Många tvingas använda mediciner för att lindra sina symtom.

Sämre skolprestationer, begränsningar i yrkesval och i arbetslivet eller svårigheter att vistas i offentliga lokaler är några av många inskränkningar i allergikerns livsföring. En del lever också med det ständiga hotet att råka ut för ett astmaanfall eller för en annan kraftig allergisk reaktion, i värsta fall med dödlig utgång. För att en allergi skall uppstå krävs oftast ett samspel mellan arv och exponering för ett allergiframkallande ämne eller vissa föroreningar, exempelvis tobaksrök. Det är fullt möjligt att identifiera flera av dessa miljöfaktorer och ta ansvar för att halterna av dem minskas. En rimlig önskan är därmed att alla med allergiska besvär skall kunna leva ett liv på lika villkor som andra människor i vårt samhälle.

Mål, strategier och aktörer

Allergifrågorna skall ha hög prioritet i folkhälsoarbetet

För att stoppa allergiökningen och hjälpa dem som redan utvecklat allergiska besvär krävs, mot bakgrund av redovisningen ovan, kraftfulla satsningar på flera fronter. När det gäller vägtrafiken, val av energi, industrins verksamhet, kemiska produkter och inomhusmiljöer finns en outnyttjad potential av åtgärder. För att åstadkomma ett framgångsrikt allergiarbete är det betydelsefullt att både offentlig sektor, näringsliv och ideella organ tar med miljöaspekterna i sin verksamhet. Därtill krävs landsomfattande insatser samt samordning vad gäller organisation, ansvar och resurser.

Kommunerna har de senaste åren utvecklat ett många gånger framgångsrikt allergiarbete. Även tillverkningsföretag, affärer, och industrier har aktiverats. Vidare har förebyggande ansatser inletts inom landstingen. En rad aktiviteter under de senaste åren som allergistämor, arbetet med en nationell handlingsplan mot allergier och bildandet av nätverksgrupper, har bidragit till samsyn och spridning på bredden i de allergiförebyggande ansträngningarna. Då många olika aktörer deltar kan initiativ behöva tas till samordning av det långsiktigt allergiförebyggande arbete som bedrivs av allergikernas organisationer, av myndigheter, forskare, olika branscher samt av kommuner och landsting.

För att i möjligaste mån skydda små barn mot allergi måste föräldrarna nås av preventiva råd som vilar på vetenskaplig grund. Detta är av största vikt när det finns allergiska anlag i familjen. Högriskbarn utgör dock endast 10 procent av alla de barn som före elva års ålder får allergiska besvär. I en nyligen utkommen rapport anges att ungefär hälften av astma och astmaliknande symtom i tidiga barnåren kan undvikas om samtliga av riskfaktorerna passiv rökning, kortvarig

amning, pälsdjur i hemmet och dålig ventilation i bostaden undviks.²³⁸ Det är med andra ord viktigt att samtliga gravida kvinnor och föräldrar till nyfödda erbjuds vägledning om hur de kan skydda sina barn. Det är därför angeläget att insatserna inom barn- och mödrahälsovården utvidgas så att de kan ge nyanserade, differentierade och vid behov riktade råd om pälsdjursinnehav, val av föda, betydelsen av utevistelser m.m.

Även om det saknas studier som direkt visar att barn som vistas ute mycket har mindre allergier än andra barn, finns det av Socialstyrelsen utförda undersökningar, som visar att barn som är ute mycket under förskolevistelsen har låg sjukfrånvaro och få infektioner. En orsak till detta kan vara utebliven exponering av den ofta höga allergenhalten inomhus till följd av exempelvis låg städfrekvens.

Förekomsten av allergiframkallande ämnen i miljön skall minska

Den vanligaste källan till irriterande partiklar i inomhusluften är tobaksrök. Många människor, även barn, tvingas mot sin vilja andas in miljötobaksrök. På restauranger är det många gånger svårt att hitta rökfria bord. Likaså kan rökning vara ett störande inslag på hotell, diskotek, kaféer eller i andra offentliga miljöer som borde vara tillgängliga för alla. Forskarna vet att passiv rökning inte bara kan förstärka allergiska reaktioner och vara till stort besvär för dem som är överkänsliga utan även medför andra hälsorisker. Små barn som utsätts för passiv rökning insjuknar lättare i astma än andra barn och om mamman rökt under graviditeten ökar risken markant. En stor del av alla astmaanfall antas bero på passiv tobaksrökning. I många barns hemmiljöer är utöver föräldrarnas rökning även andra besökande personers rökning ett problem. På grund av de problem som rökning för med sig skall ingen behöva utsättas för passiv rökning.

Tillsammans med rökning utpekas fukt och pälsdjur som de viktigaste riskfaktorerna för astma hos småbarn. Forskning har visat att kattallergiska barn som inte själva har katt hemma riskerar att få symptom av de halter kattallergen som de utsätts för i skolan. Via klasskamrater som har katt i familjen sprids allergenet vidare så att det hamnar både i allergikernas kläder och i deras madrasser.²³⁹ För att skydda både

²³⁸ *Allergistämman 98. 4-5 februari, Norra Latin, Stockholm. Tema: Olikhet i hälsa. Utveckling och kompetens inom hälso- och sjukvårdens allergiverksamhet.* Rapport från en arbetsgrupp med förslag till Allergistämman '98 om allergicentra och förstärkt utbildning. Vårdalstiftelsen, Folkhälsoinstitutet och Astma- och Allergiförbundet. Stockholm 1998.

²³⁹ Malmberg P. Muntlig uppgift. Arbetslivsinstitutet. Stockholm 1998.

allergikänsliga barn och vuxna som lider av allergi eller annan överkänslighet måste allergisäkra miljöer erbjudas i förskola, skola, arbetsliv och offentliga miljöer. Stor vikt måste därför också läggas vid städningen av lokalerna.

Luftkvaliteten inom EU har visserligen förbättrats under de senaste decennierna, men när det gäller våra viktigaste föroreningar i städerna – kvävedioxid, ozon, partiklar och kolväten – finns fortfarande problem. Trafiken är i flertalet västeuropeiska städer den största källan till luftföroreningarna. I en del mindre städer sprider även ”vanlig” vedeldning en betydande mängd partiklar. Personer med astma eller känsliga luftvägar löper därmed ökad risk för akut försämrat hälsotillstånd när de exponeras för luftföroreningar i stadsmiljöer.²⁴⁰ Det är därmed betydelsefullt att försöka skydda allergiker eller dem som på andra sätt är känsliga från att behöva andas in trafikavgaser, utsläpp orsakade av vedeldning och andra irriterande luftföroreningar. Hälsosafariga luftföroreningar måste därför minska avsevärt.

Vi tillbringar ca 90 procent av vår tid inomhus. Under de senaste decennierna har inomhusmiljöerna förändrats. Nya byggnads- och inredningsmaterial, fukt- och mögelskador, försämrade ventilation och slarvigare städning är tydliga exempel. I miljön inomhus kan det numera finnas irriterande, giftiga allergener och andra ämnen som påverkar luftvägarna. Runt en halv miljon svenskar uppger att de besväras av inomhusmiljön.²⁴¹ ”Sjuka-hus-sjukan”, med symtom som irritation i ögon, näsa och hals, känsla av torrhet i huden, trötthet samt huvudvärk, har uppmärksammats som en vanlig form av överkänslighet. Astma och symtom i nedre luftvägarna kan i 12–17 procent av fallen förklaras med bristande ventilation i bostaden.²⁴² Undermålig ventilation hänger ofta ihop med fuktproblem, och hög fukthalt i luften bidrar till att irriterande ämnen lättare frigörs från byggnadsmaterial och husets inredning. Med anledning av detta är målet att byggnadsmaterial eller byggnaders konstruktion inte skall framkalla allergiska reaktioner, symtom på annan överkänslighet eller andra hälsobesvär.

²⁴⁰ Bylin G. Är det farligt att bo i stan? *Allergistämman 98. 4–5 februari, Norra Latin, Stockholm. Tema: Olikhet i hälsa.* Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998.

²⁴¹ SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling.* Miljöhälsoutredningens slutbetänkande.

²⁴² SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling.* Miljöhälsoutredningens slutbetänkande.

Nya varor tas ständigt fram som kemiska produkter, kosmetika, hygienartiklar och byggnadsmaterial. I dag beskrivs 3 700 olika ämnen som kontaktallergen och bland dem finns nickel som är det största problemet, krom, parfymämnen och konserveringsmedel. Även tillverkningen av livsmedel har under de senaste decennierna förändrats radikalt. Bland det enorma utbudet av varor har vissa allergirisker identifierats och det finns misstankar om andra. Inom delar av industrin, exempelvis byggbranschen, märks emellertid ett växande intresse för att framställa allergisäkra produkter. Tack vare ett pådrivande upplysningsarbete från hudexperter kommer flertalet euromynt att vara nickelfria. EU:s nickelförbud har varit den viktigaste åtgärden hittills för att minska antalet nickelallergiker. Behovet av samråd mellan representanter för allergikernas organisationer, näringsliv, forskare och myndigheter är därför betydelsefullt.

10.6 Prevention av sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter

10.6.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Inledning

Hälsofrämjande och förebyggande arbete för att minska förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar (STD) och minska antalet aborter har som mål att människor skall vidmakthålla ett hälsosamt sexuellt beteende eller förändra ett beteende som innebär risk att smittas med en STD eller risk för en oönskad graviditet. För att uppnå målet måste människor kunna känna till och värdera risker och ta ansvar för sin sexualitet. Folkhälsoarbetet var tidigare mest inriktat på att varna för risker och riskfaktorerna framhölls. Numera betonas sexualitets- och samlevnadsperspektivet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Det inbegriper kärlek, lust, ömhet, samhörighet och sexualitet; fundamentala behov i en människas liv. Hur dessa behov förverkligas har stor betydelse för människors livskvalitet och hälsa.²⁴³ Sexuallivet har alltså såväl en frisk- som en risksida. I det här avsnittet är det framförallt riskfaktorerna som behandlas.

²⁴³ Folkhälsoinstitutet. *En fråga för livet – ett sexualitets- och samlevnads-perspektiv på Nationell folkhälsopolicy för hiv/STD*. Folkhälsoinstitutet 1997:31.

Förekomst i befolkningen av hiv, övriga STD och aborter

Hiv

Hiv och övriga STD är ett omfattande och allvarligt hot mot folkhälsan i många länder. Enligt WHO/UNAIDS lever över 30 miljoner människor idag med hiv.²⁴⁴ Hiv är en av de allvarligaste infektionssjukdomarna som upptäckts på senare år. Sjukdomen går än så länge inte att förebygga med vaccin eller bota vilket gör att den på lång sikt kan utgöra ett hot mot folkhälsan även i Sverige. Hiv är särskilt allvarlig därför att sjukdomen oftast inte ger symtom förrän lång tid efter smittotillfället. En smittad person kan i många år vara omedveten om sin smitta och under den tiden smitta andra. De medicinska konsekvenserna av hiv/aids är ytterst allvarliga.

Till och med år 1998 har 4 917 personer diagnosticerats med hiv i Sverige. Av dessa har 1 621 utvecklat aids. Drygt 1 100 personer har avlidit och Smittskyddsinstitutet beräknar att drygt 3 000 personer idag lever i Sverige med hivinfektion (april 1999). Medelåldern vid diagnostillfället har sedan år 1988 varit relativt stabil, runt 35 år. De senaste fyra åren har mellan 220 och 260 personer diagnosticerats årligen och år 1998 var incidensen 2,84 per 100 000 personer. Nästan 60 procent av alla som diagnosticerats med hiv har rapporterats från Stockholmsregionen, drygt 10 procent från Malmöregionen och 8 procent från Göteborgsregionen. Drygt 20 procent har rapporterats från övriga Sverige.²⁴⁵ Alla personer som diagnosticeras med hiv och övriga STD anmäls till Smittskyddsinstitutet och smittskyddsläkaren med en kod (vilket inte gör det möjligt att koppla ihop anmälan med en persons identitet) och med angivande av bl.a. smittväg och smittort vilket gör det möjligt att följa utvecklingen.

Till och med år 1998 har 1 740 personer anmälts som heterosexuellt smittade, 895 män och 845 kvinnor. Av dessa har 367 utvecklat aids. De senaste fyra åren har mellan 110 och 120 personer anmälts årligen. Majoriteten utgörs av personer med utländsk härkomst vilka är smittade utomlands. Anmälda personer med utländsk härkomst utgör mellan 70 och 90 per år och personer med svensk härkomst mellan 30 och 40 per år. Majoriteten av personer med utländsk härkomst kommer från afrikanska länder med hög förekomst av hiv. Hittills har 55 barn konstaterats smittade av sina mödrar.

²⁴⁴ UNAIDS. *AIDS Epidemic update*. UNAIDS december 1998.

²⁴⁵ Smittskyddsinstitutet. Aktuell information från Smittskyddsinstitutet. *Smittskydd* 1999;1:5.

Till och med år 1998 har 2 052 män anmälts som homosexuellt smittade. Av dessa har 942 utvecklat aids. De senaste fyra åren har mellan 70 och 100 män diagnosticerats årligen. Män som har sex med män utgör den största gruppen som diagnosticerats i Sverige och majoriteten, ca 70 procent är smittade i Sverige.

Till och med år 1998 har 772 personer anmälts som smittade via injektionsmissbruk, 543 män och 229 kvinnor. Av dessa har 184 personer utvecklat aids. Under de senaste fyra åren har mellan 17 och 30 personer per år anmälts.

Totalt har 210 personer diagnosticerats, vilka smittats via blod/blodprodukter. Efter år 1985 har ingen smittats via blodtransfusion i Sverige.

Sexuellt överförbara sjukdomar

Över 300 miljoner människor i världen uppskattas enligt WHO vara smittade med behandlingsbara STD som t.ex. gonorré, syfilis och klamydia.

Knappt var femte man och kvinna i Sverige har eller har någon gång haft en STD.²⁴⁶ Bland dessa har 9 procent haft en STD vid mer än ett tillfälle. Obehandlad STD kan leda till allvarliga komplikationer som infertilitet, utomkvedshavandeskap och livmodercancer. Vanliga STD i befolkningen är klamydia, genital herpes och kondylom.

Att ha erfarenhet av en STD är således vanligt. Bland de som är i åldern 25 till 49 år har var fjärde person haft eller har en STD. I åldern 18 till 34 år är erfarenhet av klamydia vanligt och i åldern 35 till 65 år är gonorré mer vanligt. Uppdelat i åldersgrupper finns ingen nämnvärd skillnad mellan kvinnor och män när det gäller erfarenhet av STD. Båda könen var i genomsnitt 23 år när de fick sin första STD. Klamydia, gonorré och syfilis är anmälningspliktiga sjukdomar enligt smittskyddslagen och alla fall rapporteras på samma sätt som för hivinfektion.

Klamydia är den STD som är vanligast förekommande i befolkningen vad avser anmälningspliktiga STD och sprids huvudsakligen bland unga personer. 97 procent av alla anmälda personer är mellan 15 och 39 år.²⁴⁷ År 1997 var medelåldern för kvinnor 22,3 år och för männen 24,5 år. År 1998 anmäldes 15 198 fall, en ökning med 9 procent jämfört med år

²⁴⁶ Lewin B (red). *Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996*. Folkhälsoinstitutet 1998:11.

²⁴⁷ Götz H, Arneborn M, Berglund T. Aktuell information från Smittskyddsinstitutet. *Smittskydd* 1999;2:16.

1997. Incidensen år 1998 per 100 000 personer var 172,7. Av de anmälda fallen var 59 procent kvinnor.

Beträffande gonorré ökade antalet fall något under år 1997 till 246 fall, 198 män och 48 kvinnor. Det var första gången sedan 1976 som incidensen ökade jämfört med föregående år. En ökad inhemsk smittspridning konstaterades under år 1997 och hälften av alla fall var smittade i Sverige. Av de 198 smittade männen var 26 procent smittade genom homosexuella kontakter och majoriteten var smittade i Sverige. En majoritet av de heterosexuellt smittade männen var smittade utomlands (59 procent), medan flertalet av kvinnorna (71 procent) var smittade i Sverige. Under år 1998 har antalet anmälda fall ökat ytterligare till 343 fall. Incidensen år 1998 per 100 000 personer var 3,89. Det är således andra året i följd som antalet fall ökar. Anmärkningsvärt är att antalet fall av gonorré ökat bland tonåringar.

Syfilis är numera en ovanlig STD och antalet anmälda fall fortsätter att minska. År 1996 anmäldes 53 personer och år 1997 endast 47 personer varav 30 män och 17 kvinnor. Incidensen år 1997 per 100 000 personer var 0,53. Av dessa hade 67 procent smittats utomlands, flertalet i Sydostasien och i Östeuropa, framför allt i Ryssland och Baltikum, men för tio (21 procent) av anmälningarna saknas uppgift om smittort.

Andra STD som är vanliga i befolkningen är kondylom och genital herpes. Man beräknar att ungefär en tredjedel i den yngre åldersgruppen är bärare av kondylom.²⁴⁸ De flesta vet inte om att de har eller har haft kondylom. Uppskattningsvis smittas ca 10 000 till 20 000 personer av kondylom varje år. Det finns ännu inget läkemedel som kan bota eller utrota kondylom.

Herpes orsakas av ett virus, herpes simplex, och förekommer i två närbesläktade typer, typ 1 och typ 2.²⁴⁹ Typ 2, genital herpes, är vanligt förekommande på könsorganen men båda typerna kan förekomma på såväl könsorgan som i ansiktet. Uppgifter om utbredningen är osäkra, men sjukdomen är mycket vanlig. En tredjedel av den sexuellt aktiva, vuxna befolkningen är bärare av typ 2. Cirka 75 procent av alla virusbärare är helt symtomfria. De flesta som smittas får en tyst infektion, dvs. märker inte alls av att de blivit smittade. Vissa får återkommande herpesattacker och ett fåtal får täta och svåra recidiv.

²⁴⁸ Folkhälsoinstitutet, RFSU. *Kondylom. 22 frågor och svar om kondylom – könsvårter*. Folkhälsoinstitutet 1997.

²⁴⁹ Folkhälsoinstitutet. *Frågor och svar om genital herpes*. Folkhälsoinstitutet 1997.

Oönskade graviditeter

Abortfrekvensen i olika åldersgrupper har varierat sedan abortstatistiken infördes år 1975. De största förändringarna har skett i de yngre åldrarna, som tidigare svarade för majoriteten av aborterna. Under hela 1990-talet har antalet tonårsaborter sjunkit, med undantag från år 1998, då en marginell ökning skedde i gruppen.²⁵⁰ De flesta aborter genomförs idag bland kvinnor mellan 20 och 30 år.

Enligt statistik från Socialstyrelsen minskade det totala antalet aborter under år 1998 till ca 30 700 jämfört med drygt 31 400 under år 1997, vilket är det lägsta antalet aborter per år som registrerats sedan den nuvarande abortlagen trädde i kraft år 1975. Antalet tonårsaborter har stadigt minskat under hela 1990-talet, dock inte under år 1998, då en ökning på 2 procent skett bland de yngsta tonåringarna. Det finns stora geografiska skillnader. De tre storstadsområdena, Stockholm, Göteborg och Malmö, svarar för de högsta talen. Studier har visat klara samband mellan antal aborter och kvinnans socioekonomiska situation. I jämförelse med övriga kvinnor är det fler som bor i socioekonomiskt svaga områden som genomgår abort. Nästan hälften av de kvinnor som genomgår en abort har inte fött barn. Idag sker den sexuella debuten i genomsnitt tio år före första barnets födelse. Det är under dessa, sexuellt ofta mycket aktiva år, som de flesta aborter görs.

Effekter för individ och samhälle

Hiv

Hiv, humant immunbristvirus, påverkar en smittad persons immunförsvar, dvs. kroppens förmåga att försvara sig mot olika infektioner.²⁵¹ Från det att en person smittas med hiv förökar sig viruset i kroppen till dess att immunförsvaret inte längre klarar av att bekämpa hivinfektionen och personen drabbas av olika typer av infektioner och tumörformer. Dessa tillstånd benämns aids (Acquired Immunodeficiency Syndrome). Denna process kan ta olika lång tid för olika individer, från något år till ett tiotal år. En person som är smittad med hiv är smittsam från smittotillfället och resten av livet. En smittad person kan sprida smittan sexuellt och via blod. Dessutom kan en smittad gravid kvinna smitta sitt barn under graviditeten, under förlossningen och via bröstmjolk. Under

²⁵⁰ Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum. Aborter i Sverige 1998 januari-december. Preliminär sammanställning. *Statistik Hälsa och Sjukdomar* 1999:3.

²⁵¹ Moberg L. *Begripa. Att förstå hivinfektion*. Folkhälsoinstitutet 1996.

senare år har den medicinska behandlingen blivit mer effektiv, vilket medfört en längre symptomfri period och en längre överlevnad. Behandlingen kan dock för en del innebära svåra biverkningar. För de allra flesta innebär en hivdiagnos en stor psykisk belastning på grund av smittsamhet resten av livet och risken för allvarliga sjukdomstillstånd som kan leda till en för tidig död. Provtagning och läkarbesök vid hiv är kostnadsfritt enligt smittskyddslagen.²⁵² Däremot är den medicinska behandlingen ej kostnadsfri eftersom den inte leder till smittfrihet.

Från det att det första fallet av hiv diagnosticerades år 1982 har samhället satsat stora resurser på förebyggande insatser som information och upplysning, hivtestning, vård och behandling av hivsmittade. Till detta kommer kostnader för sjukpenning och pensioner. Det saknas kunskap om samhällets totala kostnad för hiv. Enligt beräkningar som gjorts inom Stockholms läns landsting i november 1998 utgör kostnaderna för en hivpatient i genomsnitt ca 100 000 kronor per år (läkarbesök, provtagningar och läkemedel).²⁵³ För de patienter som erhåller s.k. trippelbehandling stiger kostnaderna till ca 130 000 varav läkemedelskostnaderna utgör ca 80 000 kronor. I en studie beräknades det svenska samhällets kostnader för sjukvård och testning år 1993 när det gäller hiv/aids till 700 miljoner kronor.²⁵⁴

Sexuellt överförbara sjukdomar

STD medför mer eller mindre allvarliga symtom. Vissa STD kan om de inte behandlas leda till allvarliga komplikationer. För behandlingsbara STD som t.ex. syfilis, gonorré och klamydia är tidig upptäckt av stor betydelse. En annan viktig anledning är att risken att smittas med annan STD, t.ex. hiv är större. Behandlingen är för de flesta oproblematiske. För många är STD förknippat med skam och skuld vilket kan medföra psykiska påfrestningar för den som är smittad. Läkarbesök och behandling av STD är kostnadsfritt för individen för de STD som är samhällsfarliga enligt smittskyddslagen som t.ex. klamydia, gonorré och syfilis.

Det saknas beräkningar för samhällets totala kostnader för prevention och behandling av STD. Enligt en studie har de direkta och indirekta

²⁵² *Smittskyddslagen*. SFS 1988:1472 med ändring SFS 1995:1315.

²⁵³ Muntlig information från överläkare PO Pehrson, Infektionskliniken Huddinge sjukhus.

²⁵⁴ Herlitz C. *Hiv/aids i Sverige. Beräkningar av samhällets kostnader och sårbarhet*. Rapport. Landstingsförbundet 1994.

kostnaderna för klamydia beräknats till 12 miljoner kronor per år.²⁵⁵ Denna kostnad gäller för okomplicerad klamydia. Klamydia är en vanlig orsak till salpingit (äggledarinflammation) och kostnaden för salpingitvården beräknas till 120 miljoner kronor per år.

Oönskade graviditeter

En studie har visat att känslor av skuld och skam i samband med abort numera är ovanligt.²⁵⁶ Kvinnors beslut om att fullfölja en oönskad graviditet eller ej utgår enligt denna studie ofta från en s.k. omsorgsetik där ett gott liv för alla inblandade, även det väntade barnet, övervägs. En abort kan dock innebära påfrestningar både psykiskt och fysiskt för kvinnan och mannen. Sedan år 1992 har kvinnor möjlighet att välja mellan två likvärdiga abortmetoder, kirurgisk respektive medicinsk abort. Skillnaden är att den kirurgiska aborten medför ett instrumentellt ingrepp medan den medicinska aborten innebär att kvinnan intar en sorts hormontabletter, så kallade abortpiller. Båda dessa ingrepp bör göras tidigt i graviditeten, helst före 12:e graviditetsveckans utgång. Inga signifikanta skillnader avseende komplikationer vid dessa metoder finns beskrivna. De flesta aborter genomförs polikliniskt vilket innebär att kvinnan oftast kan lämna sjukhuset samma dag. Allvarliga komplikationer i samband med abort är mycket ovanliga.

Det saknas sammanställningar av samhällets kostnader för abortverksamheten. I en studie genomförd vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå år 1995 beräknades kostnaden för en medicinsk abort till ca 1 500 kronor och för en kirurgisk abort till ca 4 500 kronor.²⁵⁷ Under senare år har den medicinska aborten blivit vanligare. Cirka 24 procent av det totala antalet aborter under år 1997 genomfördes med den medicinska metoden jämfört med 17 procent året innan.

²⁵⁵ Fredlund H, Giesecke J. Smittsamma sjukdomar kostar pengar. *Läkartidningen* 1998;95:522–6.

²⁵⁶ Holmgren K. *The legal abortion during very early pregnancy: women's experiences and ethical conflicts*. Karolinska Institutet. Stockholm 1994.

²⁵⁷ Löfgren M, Eriksson L, Ildgruben A, Damber M-G. Medicinsk abort lika bra som kirurgisk. *Läkartidningen* 1997;94:3257:60.

Prognos

Hiv

Antalet diagnosticerade fall per år i gruppen män som har sex med män har varit relativt oförändrad under de senaste åren.²⁵⁸ Eftersom de diagnosticerade fallen till stor del speglar smittspridningen flera år tillbaka måste utvecklingen följas under flera år. Bland de heterosexuellt smittade utgörs majoriteten av personer som smittats innan de flyttat till Sverige. Antalet framtida fall i den sistnämnda gruppen kan därför påverkas av invandring till Sverige av personer som kommer från områden med hög förekomst av hiv. Antalet aidsfall har till följd av en mer effektiv medicinsk behandling minskat kraftigt sedan år 1995, en dryg 60-procentig minskning mellan åren 1995 och 1997, där år 1997 var det år då flest aidsfall rapporterades. Antalet personer som avlider till följd av aids har av samma anledning minskat, vilket får till följd att Sverige får allt fler personer som lever med hivinfektion. Det är dock oklart hur effekterna av behandlingen blir på lång sikt.

Sexuellt överförbara sjukdomar

Efter att antalet fall har legat stabilt under flera år har det skett en mindre ökning av klamydia och gonorré de senaste två åren. Ökningen av klamydia varierar mellan olika regioner. Vissa regioner har en sjunkande trend medan andra har en ökande. Det som är oroande är att ökningen av klamydia skett i den yngre åldersgruppen. Sammantaget finns en osäkerhet beträffande utvecklingen. Det är därför viktigt att noga följa och analysera utvecklingen av olika former av sexuellt överförbara sjukdomar.

²⁵⁸ Smittskyddsinstitutet. *Smittsamma sjukdomar i Sverige 1997*. Epidemiologiska enhetens årsrapport.

10.6.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

STD

Vissa sexuellt överförda sjukdomar som syfilis och gonorré var förr mycket vanliga i Sverige. Dessa har i och med förbättrad diagnostik, effektiv behandling, tidig upptäckt och kontaktspårning minskat betydligt i omfattning och är i dag relativt ovanliga sjukdomar. Antalet fall av klamydiainfektion har halverats sedan år 1988. Klamydiainfektion blev då en anmälningsskyddad sjukdom enligt smittskyddslagen och ett effektivt smittskyddsarbete inleddes.²⁵⁹ En bidragande orsak till denna utveckling är också att Sverige har lång och god erfarenhet av allmänt STD-förebyggande arbete. Ett av de första förebyggande projekten där ett brett sex- och samlevnadsarbete genomfördes och många sektorer involverades var det s.k. Gotlandsprojektet.²⁶⁰ Erfarenheterna av ett brett arbete med sex och samlevnadsfrågor användes när hiv diagnosticerades i Sverige år 1982 och det förebyggande arbetet intensifierades i landstingen.

Orsaken till att incidensen för vissa STD är låg i Sverige beror på att sjukdomarna är ovanliga i befolkningen, dvs. risken för att en sexuell partner är smittad är ganska liten. Enligt studien Sex i Sverige uppgav endast 6 procent av kvinnorna och 9 procent av männen att de använt kondom vid det senaste samlaget för att undvika att bli smittad. Ungefär lika få, 7 procent av kvinnorna och 8 procent av männen, hade någon gång medvetet avbrutit en sexuell situation på grund av risken för smitta. Internationell påverkan är särskilt uppenbart vid hiv/STD. Många svenskar smittas i samband med resor utomlands och personer som kommer till Sverige kan vara smittade, särskilt när de kommer från länder med hög förekomst av hiv/STD. Beträffande hivinfektion är män som har sex med män, injicerande narkotikamissbrukare och vissa invandrargrupper särskilt utsatta. Orsaken är att prevalensen av hiv är högre i dessa grupper och risken att en sexuell partner är smittad är därmed större. Många män inom gruppen män som har sex med män har förändrat sitt sexuella beteende men fortfarande är antalet diagnosticerade fall ganska konstant för de senaste fyra åren.²⁶¹

²⁵⁹ Smittskyddslagen. SFS 1988:1472 med ändring SFS 1995:1315.

²⁶⁰ *Gotländskt samarbete för god samlevnad. 1975–1984.* Gotlands kommun 1986.

²⁶¹ Wikström T. *LIV med HIV. Erfarenheter av att leva med hiv hos män som har sex med män. Tre studier om hivsmittade och hivnegativa män av Mikael Westrell.* Folkhälsoinstitutet 1998:39.

Skillnaden mellan de som har respektive inte har haft en STD, är antalet samlagspartner och om man lever i en fast relation, enligt studien Sex i Sverige.

Oönskade graviditeter

De flesta aborter genomförs i dag bland kvinnor som är i åldrarna mellan 20 och 30 år. Det sammanhänger med den ökade tendensen att senarelägga barnafödandet. Många väntar numera med att få barn till upp emot 30-årsåldern. Det finns stora geografiska skillnader avseende antalet aborter. De tre storstadsområdena Stockholm, Göteborg och Malmö svarar för de högsta aborttalen. Studier visar att fler kvinnor som bor i socioekonomiskt svaga områden genomgår abort jämfört med övriga kvinnor. Nästan hälften av de kvinnor som genomgår en abort har inte fött barn. Enligt studien Sex i Sverige sker vart fjärde samlag i åldersgruppen 25 till 49 år utan graviditetsskydd och utan barnönskan.

Påverkansmöjligheter

Flera undersökningar av bl.a. ungdomsgrupper visar att den som tar risker i sexlivet ofta utsätter sig för hälsorisker också på andra områden. De är oftare rökare eller konsumerar mer alkohol än övriga. Ett bra sex- och samlevnadspreventivt arbete syftar bl.a. till att öka medvetenheten om den egna identiteten, stärka självkänslan och öka förmågan att hantera relationer till andra människor. Ett folkhälsoarbete mot hiv/STD och oönskade graviditeter har därför även betydelse för hur människor förmår klara av andra svårigheter i livet. Det viktiga är att det preventiva arbetet tar fasta på det friska, det positiva, utan att för den skull negligera hälsoriskerna. Detta synsätt är också utgångspunkten för det alltmer använda begreppet "sexuell och reproduktiv hälsa", där hälsa definieras i positiva termer som sexuell njutning och känslomässig gemenskap, samtidigt som begreppet innebär ett "säkert" sexualliv utan STD och oönskade graviditeter.

Undersökningar visar att många män som har sex med män är välinformerade om smittvägar och säkrare sex. Psykologiska faktorer styr ofta människors till synes irrationella sexuella beteenden. En viktig faktor när det gäller den homosexuelle mannens benägenhet att skydda sig kan vara hur han upplever omgivningens attityder, om han anser sig diskriminerad på grund av sin homosexualitet. Detta bidrar till att forma hans självbild. Att stärka den homosexuella identiteten och självkänslan

och påverka allmänhetens attityder till homosexualitet är därför ett viktigt led i det hivpreventiva arbetet.

En av huvudstrategierna i det förebyggande arbetet är att tidigt identifiera och diagnosticera personer som är infekterade med STD, erbjuda den smittade vård och behandling, bota infektionen om det är möjligt samt förhindra att smittan förs vidare. En av grundtankarna bakom detta s.k. sekundärpreventiva arbete är att kunskap om hiv/STD, och vetskap om att man är smittad, medför att man försöker undvika att smitta andra. Förutsättningarna för att kunna motivera människor att testa sig är att de får ett bra medicinskt och psykosocialt omhändertagande. Det är också viktigt för dem som inte är smittade. Vid provtagningstillfället ges en unik möjlighet att med personlig rådgivning nå en person som har utsatt sig för risk. Av studien Sex i Sverige framgår att många som sökt för ett hivtest inte har fått någon information om hur de i fortsättningen skall undvika att utsätta sig för risk. En tredjedel av dem inom gruppen män som har sex med män som diagnosticerats med hiv uppger att de har testat sig tidigare.²⁶² Benägenheten att testa sig påverkas också av om smittade människor riskerar att drabbas av negativ särbehandling i samhället. Psykosocialt stöd är därför ett viktigt inslag i det sekundärpreventiva arbetet.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

STD

I Sverige har två befolkningsbaserade undersökningar om sexualvanor genomförts. Den senaste undersökningen Sex i Sverige genomfördes år 1996 och genom den har en viss kunskap erhållits om förändringar i sexualbeteenden över tid och faktorer som påverkar risken för STD. Materialet från denna studie är omfattande. Vissa delar har analyserats och publicerats i en rapport men ytterligare forskning och analys kan göras bland annat beträffande livsstil och sexuellt beteende. För att erhålla kunskap om förändringar i sexualbeteenden bör regelbundna studier göras. Förutom befolkningsbaserade studier finns behov av forskning beträffande sexuell hälsa och riskfaktorer inom gruppen män som har sex med män samt inom invandrargrupper.

För de STD som är anmälningspliktiga finns ett effektivt övervakningssystem och utvecklingen kan följas och analyseras. Därmed kan också förebyggande insatser snabbt sättas in för olika målgrupper. För övriga STD finns inte samma möjlighet till övervakning. Dessa STD är

²⁶² Åsander A, Berglund T, Persson C, Ramstedt K. Prevention mot hiv med kontaktpårning. *Läkartidningen* 1996;93:3907–10.

kanske inte lika allvarliga för folkhälsan, men kan vara nog så besvärliga och plågsamma för de personer som får besvär och eventuella följdverkningar. Antalet diagnosticerade fall måste ställas i relation till antalet utförda provtagningar. I dag saknas tillfredsställande kunskap om vilka som söker för provtagning och antalet utförda tester och provtagningar.

En annan fråga är hur bättre läkemedel och behandlingsmetoder för hivpatienter påverkar hivspridningen. Om läkemedlen minskar smittsamheten hos människor med hiv kan spridningen minska. Om bättre behandlingsmetoder minskar människors benägenhet att skydda sig mot smitta kan spridningen däremot öka. Människors benägenhet att testa sig för hiv/STD påverkar också spridningen. Det finns dessutom risk för att hiv blir resistent mot behandling och att dessa resistenta stammar sprids.

Oönskade graviditeter

Ytterligare forskning och utvecklingsarbete behövs också vad gäller graviditetsskydd för såväl kvinnor som män.

10.6.3 Befintliga mål och strategier

Befintliga mål, strategier och aktörer

WHO

Flera av WHO:s 21 hälsomål för Europa behandlar det förebyggande och hälsofrämjandet arbetet av hiv/STD och oönskade graviditeter. Mål 4 handlar om hälsan hos unga människor och ett av delmålen är att unga människor skall ges sådana förutsättningar att de kan tillägna sig färdigheter för att kunna göra hälsosamma val i livet och det inkluderar även sexualiteten. Marginaliserade ungdomar är en grupp som är särskilt sårbara vad avser sexuellt utnyttjande. Mål 7 handlar om att minska smittsamma sjukdomar i samhället. Målsättningen är att år 2015 skall alla länder kunna uppvisa en stabil minskning av incidensen, dödligheten och skadliga konsekvenser av hivinfektion, aids och andra STD. Under mål 11, som handlar om att människor i samhället skall tillägna sig ett hälsosammare leverne, nämns också sexuell hälsa. Under detta mål sägs att sexuell hälsa främjar den allmänna hälsan och välmåendet men att sexuella aktiviteter också kan utgöra en risk för hälsan.

Folkhälsoinstitutet har sedan sin tillkomst år 1992 ansvarat för att koordinera det hiv/STD-preventiva arbetet på nationell nivå. Detta

arbete innebär bland annat samordning av insatserna inom stat, lands-
ting, kommun och frivilligorganisationer på riksnivå.

Nationella mål

STD

Grunderna för det svenska hivförebyggande arbetet formulerades i proposition 1987/88:79 om åtgärder mot aids. I propositionen framhölls att de viktigaste åtgärderna var dels en kartläggning av smittspridningen, dels en effektiv epidemiologisk organisation. Därutöver framhölls insatser för de smittade och deras anhöriga genom psykosocial stödverksamhet samt en indirekt påverkan på allmänhetens attityder. Frivilligorganisationernas roll i det psykosociala stödarbetet betonades starkt. Sedan tillkomsten av det första handlingsprogrammet mot hiv har regeringen varje år i budgetpropositionerna för de särskilda anslagen för aids, det s.k. aidsanslaget, lämnat riktlinjer beträffande målen för insatserna och hur medlen skall prioriteras. De övergripande målen är att förebygga smittspridning av hiv, minska de negativa effekterna av epidemin i form av ångest och rädsla och att verka för solidaritet och motverka utstötning och diskriminering av hivsmittade och riskutsatta grupper. Frivilligorganisationernas arbete betonas.

Smittskyddslagen har regler för skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids i samhället. Vissa STD som hiv, klamydia, syfilis och gonorré är klassade som samhällsfarliga sjukdomar, vilket bl.a. innebär skyldighet för en person som misstänker sig vara smittad att uppsöka läkare och låta undersöka sig. En utvärdering beträffande det svenska smittskyddet med tonvikt på lagen och övriga författningar som hör till smittskyddet har genomförts. Smittskyddskommittén föreslår i sitt betänkande en ny smittskyddslag och förändringar i den straffrättsliga regleringen samt i regleringen av de s.k. bastuklubbarna.²⁶³ I förslaget till ny lag skiljer man mellan smittsamma sjukdomar och allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Regeringen kommer att meddela föreskrifter om vilka sjukdomar som avses. Läkemedel mot en smittsam sjukdom föreslås vara kostnadsfria och regeringen får meddela föreskrifter om vilka sjukdomar som omfattas av kostnadsfriheten. I lagförslaget föreslås att den som bär på en smittsam sjukdom och som är i behov av psykosocialt stöd skall erbjudas detta.

Under år 1995 utarbetade Folkhälsoinstitutet i samarbete med olika myndigheter, kommun- och landstingsförbunden och frivilligorganisa-

²⁶³ SOU 1999:51 *Smittskydd, samhälle och individ*. Betänkande av 1996 års Smittskyddskommitté.

tioner en nationell folkhälsopolicy för hiv/STD.²⁶⁴ Den nationella folkhälsopolicyn är uppbyggd kring tre huvudmål:

Mål 1. Förebygga spridning av hiv/STD.

Mål 2. Minska de personliga och sociala konsekvenserna av hiv/aids och andra STD.

Mål 3. Mobilisera, vidmakthålla och koordinera nationella, regionala och lokala krafter i det förebyggande arbetet mot hiv/STD.

Strategierna för folkhälsoarbete mot hiv/STD har sammanställts av Folkhälsoinstitutet i ett strategidokument.²⁶⁵ Skriften baseras på de tre huvudmålen i folkhälsopolicyn. Folkhälsoarbete kring hiv/STD innebär ett hälsofrämjande arbete med sexualitet och samlevnad i ett brett perspektiv.

I början av epidemin var oron för smittspridning extra stor för gruppen män som har sex med män och bland sprutnarkomaner. De speciella målgrupper som prioriterats under åren är, förutom dessa, invandrare, ungdomar, utlandsresenärer och hivsmittade samt deras närstående.

Det huvudsakliga ansvaret för att begränsa spridningen av hiv/STD och oönskade graviditeter regionalt och lokalt vilar på landsting och kommuner.

Oönskade graviditeter

Det finns inga nationella mål för arbetet med att förebygga oönskade graviditeter. Detta beror delvis på att det STD-förebyggande arbetet har breddats och också omfattar upplysning om sex och samlevnad och förebyggande av oönskade graviditeter.

²⁶⁴ Folkhälsoinstitutet. *Nationell folkhälsopolicy för hiv/STD – utgångspunkter och principer*. Folkhälsoinstitutet 1995.

²⁶⁵ Folkhälsoinstitutet. *En fråga för livet – ett sexualitets- och samlevnadsperspektiv på Nationell folkhälsopolicy för hiv/STD*. Folkhälsoinstitutet 1997:31.

Uppnådda effekter

STD

Antalet diagnostiserade fall av hiv per år har under de senaste fyra åren varit relativt oförändrat. Många män inom gruppen män som har sex med män har förändrat sitt sexuella beteende till följd av hivpidemin. Trots förebyggande insatser förekommer en inhemsk smittspridning i denna grupp.

Hiv har lyckligtvis inte fått någon större utbredning i ungdomsgruppen i Sverige. Detta innebär inte att ungdomars beteende är riskfritt, vilket den höga förekomsten av t.ex. klamydia visar.

Bland de heterosexuellt smittade utgörs majoriteten av personer som smittats innan de flyttat till Sverige och av dem som bor i Sverige har majoriteten smittats utomlands. Antalet fall har under de senaste fyra åren varit relativt stabilt.

Spridningen av hiv bland intravenösa missbrukare har minskat kraftigt i Sverige sedan år 1986 då antalet nyanmälda hivpositiva missbrukare var som högst. Orsaken till den förhållandevis gynnsamma situationen i Sverige bedöms vara förebyggande insatser samt den utbyggda narkomanvård som man redan i början av 1980-talet hade satsat på.

Regelbundna undersökningar angående svenska folkets kunskap om hiv visar att kunskapsnivån är hög.²⁶⁶ En majoritet vet hur hiv smittar, men få personer anser sig själva vara utsatta för risk att smittas.

Antalet fall av klamydia minskade fram till år 1997 då en svag ökning kunde konstateras. Även år 1998 ökade antalet fall ytterligare, men med stora regionala skillnader. Antalet fall av gonorré har också ökat något det senaste året även om antalet fall fortfarande med internationella mått är på en mycket låg nivå. En oroande tendens är att gonorré upptäckts bland ungdomar, vilket inte hänt på flera år. Antalet fall av övriga STD är svårare att följa över tid eftersom någon nationell övervakning inte finns. STD som herpes och kondylom är mycket vanliga i befolkningen.

Staten har sedan år 1987 satsat stora resurser på förebyggande insatser genom det s.k. aidsanslaget. Med hjälp av dessa medel har verksamheter inom bland annat frivilligorganisationerna byggts upp och olika projekt har genomförts över hela landet.²⁶⁷ Bland annat har ung-

²⁶⁶ Herlitz C. *Allmänheten och hiv/aids – kunskaper, attityder och vanor 1986–1997*. Folkhälsoinstitutet 1998:4.

²⁶⁷ Jarlbro G. Var det värt alla pengarna? Utvärdering av hur det särskilda bidraget för HIV-förebyggande insatser använts. *Folkhälsoinstitutet utvärderar* 4/1995.

domsmottagningarnas verksamhet stöttats. Folkhälsoinstitutet har byggt upp ett väl etablerat och fungerande nätverk för att utveckla det hiv/STD-preventiva arbetet inom landstingen, Gotland samt Göteborgs, Malmö och Stockholms stad. Genom detta nätverk förmedlas och samordnas arbetet regionalt och lokalt. Samarbetsprojekt genomförs mellan olika regioner och mellan regioner och Folkhälsoinstitutet. Förmedling sker genom framför allt metodstöd för att effektivisera och målinrikta arbetet samt öka möjligheterna att nå utsatta grupper.

Oönskade graviditeter

Antalet aborter har varit relativt konstant sedan år 1975 och rört sig mellan 30 000 och 38 000 årligen. Under år 1998 utfördes ca 30 700 aborter vilket var det lägsta antalet som registrerats sedan den nuvarande abortlagen trädde i kraft år 1975. Antalet tonårsaborter har stadigt minskat under hela 1990-talet, dock inte under år 1998, då en ökning skedde med 2 procent. De sjunkande aborttalen under det senaste decenniet kan tillskrivas det abortförebyggande arbetet. För att effektivisera arbetet har många landsting samordnat sina insatser t.ex. genom ett gemensamt handlingsprogram för förebyggande av hiv/STD och oönskade graviditeter.

10.6.4 Mål och strategier

Mål

1. *Ungdomar skall ges likvärdiga förutsättningar att utveckla en hälsosam sexualitet*

- Alla elever skall få återkommande sex- och samlevnadsundervisning.
- Elever skall få tillgång till individuell rådgivning och stöd inom grund- och gymnasieskolan.
- Ungdomar skall ha tillgång till ungdomsmottagningar med bred kompetens.
- Insatser skall riktas till ungdomar som av olika skäl behöver särskilt stöd.

2. *Antalet nyinfekterade fall av sexuellt överförbara sjukdomar (STD) skall minska*

- Kondomanvändning skall öka.
- Särskilda insatser skall vidtas till grupper där smitta huvudsakligen sker.
- Åtgärder skall vidtas för att tidig upptäckt av smittade, effektiv behandling och ett gott omhändertagande.
- Diskriminering och stigmatisering av hivsmittade samt deras närstående skall minska.

3. *Antalet oönskade graviditeter skall minska*

- Användning av graviditetsskydd skall öka.
- Riktade insatser skall göras till de grupper som har de högsta aborttalen.
- Preventivmedelsrådgivning skall vara lättillgänglig och kostnadsfri.
- Abortrådgivning bör erbjudas till både kvinnan och mannen.

Inledande synpunkter

Målet för det hälsofrämjande och förebyggande STD-arbetet och arbetet med att förebygga oönskade graviditeter är att alla människor skall ges förutsättningar att kunna göra val som leder till sexuellt välbefinnande och sexuell hälsa. Arbetet måste utgå från att sexualiteten är en positiv kraft och vara icke-moraliserande.

Enbart kunskap leder inte till att människor använder smittskydd och graviditetsskydd. För att kunskapen skall omsättas i handling behövs att kunskapen står i samklang med individens och samhällets attityder, samt att individen har grundläggande färdigheter som exempelvis trygghet med den egna sexualiteten och förmåga att kommunicera med sin partner. Sexualiteten formas i samspel med andra och efter det samhälle där en person växer upp och lever. Hur sexuella frågor hanteras i samhället är därför viktigt, men också andra frågor som jämställdhet mellan könen påverkar sexualiteten. Sex och samlevnad finns med i en människas hela livscykel och frågorna bör därför vara integrerade i allt arbete som syftar till att främja en hälsosam livsstil. Ytterligare forskning och metodutveckling behövs inom området.

Mål, strategier och aktörer

Ungdomar skall ges likvärdiga förutsättningar att utveckla en hälsosam sexualitet

Ungdomen är en tid präglad av sökande då man ännu inte hunnit fastna i ett viss beteende och därför är mer påverkbar. Det förebyggande arbetet mot STD och oönskade graviditeter måste kopplas till adolescensutvecklingen och dess samverkan med pubertetsutvecklingen. Forskning beträffande ungdomar och ungdomssexualitet behöver utvecklas med syfte att förbättra metoderna för att nå ut till ungdomar.

Redan i tonåren kan man se skillnader i hälsa mellan olika socialgrupper. För att uppnå likvärdiga möjligheter för ungdomar att utveckla en hälsosam sexualitet behöver det hälsofrämjande och förebyggande arbetet utvecklas. Skolan har ansvar för att ge eleverna en undervisning som utgår från elevernas sociala och psykologiska mognadsnivå och som bygger på deras erfarenheter och frågeställningar. Undervisningen skall belysa sexuella relationer och kärleksrelationer mellan människor av samma och av motsatt kön samt fakta om kroppslig utveckling, preventivmedel, STD och aborter.

Ungdomar som på olika sätt kan behöva särskilt stöd, t.ex. invandrarungdomar och homosexuella ungdomar, skall särskilt uppmärksammas. Alla ungdomar skall därför ha tillgång till individuell rådgivning och stöd. Ungdomsmottagningarna har en mycket viktig funktion när det gäller att stödja ungdomar i deras utveckling. Mottagningarna skall ha en bred kompetens för att kunna möta behov av rådgivning och stöd från båda könen.

Flera undersökningar visar att de som tar risker i sexlivet ofta utsätter sig för hälsorisker också på andra områden. De är i högre grad

rökare eller konsumerar mer alkohol än övriga. Det förebyggande arbetet mot STD och oönskade graviditeter skall därför vara integrerat i ett brett hälsofrämjande och förebyggande arbete. Grund- och gymnasieskolans hälso- och elevvård behöver utvecklas och arbetet kvalitetssäkras. I det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot STD och oönskade graviditeter bör ungdomarnas delaktighet stärkas.

Flera myndigheter är involverade som t.ex. Barnombudsmannen, Folkhälsoinstitutet, Skolverket, Socialstyrelsen och Ungdomsstyrelsen. Aktörer inom landstingen är hälso- och sjukvården och ungdomsmottagningarna. Skolan, fritidsverksamheten och socialtjänsten är viktiga aktörer i kommunerna. Inom frivilligsektorn finns t.ex. ungdomsorganisationer, idrottsföreningar, BRIS, Rädda Barnen och RFSU. Inom den privata sektorn har många aktörer ungdomar som målgrupp. Det gäller t.ex. veckotidningar, radio och TV.

Antalet nyinfekterade fall av sexuellt överförbara sjukdomar (STD) skall minska

Ett av målen för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot STD är att uppnå en minskning av antalet nyinfekterade fall. För att detta skall bli möjligt krävs kunskap om orsaker till att människor utsätter sig för risker samt vilka sexuella beteenden som utgör risker. Sexualitetens positiva betydelse för hälsan är ett område inom vilket det nästan helt saknas forskning. Forskningen och metodutvecklingen inom hela området behöver utvecklas och metoder som visat sig vara effektiva spridas. Även forskning beträffande STD-skydd bör prioriteras. Kondom är ett effektivt skydd mot STD men även andra skydd bör kunna utvecklas. Kondomanvändning vid tillfälliga sexuella relationer och i andra situationer när det finns risk för smitta måste öka om antalet nyinfekterade fall skall kunna minska.

Generell information till befolkningen behövs liksom riktad information till riskutsatta grupper beroende på att det i praktiken kan vara svårt att särskilja individer eller grupper med riskbeteende. Genom epidemiologisk övervakning och analys kan kunskap erhållas om grupper där smittspridning sker. De grupper som i dag löper störst risk att smittas såsom yngre sexuellt aktiva utan fast partner och med många partners, män som har sex med män, injicerande narkotikamissbrukare, invandrare från länder med hög prevalens av STD samt personer som reser till dessa länder har behov av differentierade hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Andra insatser har också betydelse. För män som har sex med män har samhällets syn och öppenhet beträffande homosexualitet stor

inverkan på hur identiteten och därmed självkänslan utvecklas. Detta är avgörande för hivpreventionen inom denna grupp. Insatser som ökar kunskapen om homosexualitet och som bidrar till en större öppenhet i samhället beträffande homosexualitet behöver fortsätta att utvecklas.

Det medicinska och psykosociala omhändertagandet av personer som söker hälso- och sjukvården för misstänkt hiv eller övrig STD har betydelse för tidig upptäckt av smittade. En god kvalitet inom hälso- och sjukvården bör därför säkerställas.

Många olika yrkesgrupper inom t.ex. skolan och hälso- och sjukvården vilka har till uppgift att arbeta med folkhälsofrågor saknar i sina grundutbildningar utbildning i sexualitet och samlevnad, vilket medför att dessa frågor inte tas upp. Även fortbildning inom området för dessa yrkesgrupper är nödvändiga för att arbetet skall kunna utvecklas.

Det finns i dag i befolkningen en god kunskap om hiv och hur hiv smittar, men fortfarande omgärdas hiv av rädsla och ibland fördomar. Ett fortsatt arbete mot diskriminering av hivsmittade är viktigt av den anledningen att allt fler hivsmittade i dag lever i samhället. Stöd till föreningar för hivsmittade och hivsmittades deltagande i det förebyggande arbetet är en strategi som syftar till att synliggöra hiv i samhället.

Flera myndigheter som t.ex. Folkhälsoinstitutet, Integrationsverket, Skolverket, Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen är involverade i det hälsofrämjande och förebyggande STD-arbetet på nationell nivå. När det gäller forskning inom området är universiteten och forskningsstiftelserna viktiga aktörer. På regional nivå har landstingen med hälso- och sjukvården och smittskyddsläkaren ett stort ansvar liksom kommunerna med skolan, socialtjänsten och invandrarverksamhet. Inom frivilligsektorn finns många viktiga aktörer som t.ex. RFSL, RFSU, Riksförbundet för HIV-positiva, Noaks Ark, Röda Korset och olika invandrarorganisationer. Fackliga organisationer liksom olika arbetsgivarorganisationer inom både den offentliga och privata sektorn är viktiga aktörer i arbetet mot diskriminering och stigmatisering av hivsmittade inom arbetslivet. Inom den privata sektorn bör företagshälsovården involveras i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Turist- och resebranschen är viktiga aktörer när det gäller att nå ut med information till personer som reser utomlands.

Antalet önskade graviditeter skall minska

Antalet aborter bör kunna minskas ytterligare genom förebyggande av önskade graviditeter. Kunskap om olika graviditetsskydd, inklusive kunskap om s.k. akut p-piller, skall vara på en hög nivå i hela befolkningen och metoder bör utvecklas för att nå ut med information och

rådgivning. Abortutvecklingen följs och analyseras, vilket är av stort värde för att insatserna skall kunna riktas till de grupper som svarar för höga aborttal.

I dag sker många samlag utan att graviditetsskydd används och utan barnönskan. Metoder behöver utvecklas för att nå ut till kvinnor och män i grupper där aborttalen är höga.

Förebyggande arbete mot oönskade graviditeter bör integreras med det hälsofrämjande arbetet inom området sexualitet och samlevnad.

Många kvinnor och män lever i dag många sexuellt aktiva år innan det är aktuellt med barn. Det är därför viktigt att preventivmedelsrådgivning är lättillgänglig samt anpassad för båda könen. Behovet av graviditetsskydd är differentierat och varierar under en persons aktiva sexualliv.

Vid abort är det medicinska och psykosociala omhändertagandet av kvinnan av stor betydelse. Även mannen bör ges möjlighet till stödåtgärder. Abortrådgivningen, dvs. samtal både före och efter en abort har visat sig ha betydelse för minskning av antalet re-aborter.

Ytterligare forskning om orsaker till att graviditetsskydd inte används är angelägen för att insatserna skall kunna utvecklas.

Utbildning inom området sexualitet och samlevnad bör införas i grundutbildningen för olika yrkesgrupper som arbetar med dessa frågor. Även fortbildning är av stor betydelse.

Flera myndigheter som t.ex. Folkhälsoinstitutet, Integrationsverket, Invandrarverket, Läkemiddelsverket och Socialstyrelsen är involverade. Universiteten och forskningsstiftelserna är viktiga vad avser prioritering av forskningsresurser inom området. På regional nivå har landstingen ett stort ansvar genom mödrahälsovården, kvinnokliniker och ungdomsmottagningar. På lokal nivå har kommunerna ett ansvar genom t.ex. skolan och fritidsverksamheten. Inom frivilligsektorn är RFSU en viktig aktör liksom olika ungdomsorganisationer och invandrarföreningar. Den privata hälso- och sjukvården samt läkemedelsföretagen är naturligtvis också viktiga aktörer.

10.7 Avslutande bedömning

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

Avsnittet om psykisk hälsa tar bl.a. fasta på betydelsen av en känslomässigt stabil relation under uppväxten och en stödjande miljö med ett tryggt socialt nätverk. Det är därför viktigt att utveckla ett

sådant perspektiv för att förebygga psykisk ohälsa. Samhällets uppgift blir främst att skapa stödjande strukturer och miljöer för att bevara och förbättra den psykiska hälsan bland barn och vuxna samt att förebygga, uppskjuta och minska konsekvenserna av sjukdom. I avsnittet redovisas att samhällets kostnader för psykiska sjukdomar uppgick till 45 miljarder kronor år 1992. Därutöver tillkommer kostnader för annan psykisk ohälsa. Förebyggande insatser som främjar den psykiska hälsan inrymmer såväl en ekonomisk besparingspotential som att mänskligt lidande kan minska.

De viktigaste målen i avsnittet är att den psykiska hälsan hos barn och vuxna skall förbättras. Det är särskilt viktigt att öka den psykosociala kompetensen hos personal som arbetar med mödrar, barn och ungdom för att tidigt kunna identifiera en psykosocial problematik. En otrygg anknytning till föräldrar och bristande socioekonomiska resurser i familjen är några av orsakerna till ohälsa hos barn och ungdom. Ett utvecklat psykosocialt stöd till familjen i mödrahälsovård, barnhälsovård, förskola och skola behövs. Detta syftar till att stödja alla familjer och barn samt särskilt dem som har sämre förutsättningar än andra. Det finns även ett behov av att utveckla en ökad psykologisk och psykosocial kompetens i primärvården för såväl barn som vuxna.

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

För att uppnå målet om att psykiskt och fysiskt våld inte skall förekomma krävs ett lokalt förebyggande och tvärsektorielt arbete, där bl.a. en ökad informationsverksamhet om våld är nödvändig.

Själv mord behandlas dels i avsnittet om psykisk hälsa, dels i avsnittet om skador. Kommittén anser att det är särskilt angeläget att själv mord och självmordsförsök skall minska. Identifiering av riskfaktorer och risksituationer och stödjande insatser är av central betydelse. Det är viktigt att det självmordspreventiva arbetet intensifieras och att många olika organ i samhället engageras.

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

En förutsättning för det skadeförebyggande arbetet är att vi får bättre kunskap om skadornas orsaker, omfattning och utveckling över tiden. För närvarande har den officiella skaderegistreringen avsevärda brister.

Preventiva åtgärder kan därför inte vidtas i önskvärd utsträckning. För att råda bot på dessa brister föreslår kommittén att ett nationellt heltäckande skaderegister skall byggas upp.

Hudcancer (hudmelanom) är numera en av de tio vanligaste cancerformerna med en tillväxt på ca 5 procent årligen. Ökningen har dämpats något det senaste mätdataåret 1996 och uppgick då till 3,5 procent. Inom detta område anser kommittén att det viktigaste målet är att antalet nya fall av alla hudcancerformer skall minska och framför allt dödligheten i hudmelanom. I synnerhet skall barns och ungdomars utsatthet för UV-strålning minska. Det finns ett vetenskapligt fastställt samband mellan solvanor och hudcancerrisk. Uppkomsten av hudcancer kan till stor del förebyggas genom att individen förändrar sina solvanor. En nationell samordning av UV-preventiva åtgärder bör göras på myndighetsnivå och en utökad informationsinsats bör genomföras till föräldrar och lärare inom barnhälsovård, förskola och skola.

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

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

Kommittén anser att det viktigaste målet är att förekomsten av allergiframkallande ämnen i miljön skall minska. Allergier kan delvis förebyggas genom att minska de riskfaktorer, t.ex. tobaksrök, dålig inomhusmiljö och luftföroeningar, som ger upphov till allergier. Fortfarande är vi i hög grad oklara över orsakerna till allergier, varför vi behöver mer kunskap via forskning om detta.

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

genom att de i högre grad är rökare och konsumerar mer alkohol än övriga.

11 Målgrupper

11.1 Inledning

De förhållanden och bestämningsfaktorer för hälsa som har redovisats i föregående kapitel "bärs" av människor i olika åldrar och befolkningsgrupper. Arbetsliv och ekonomisk försörjning, sociala relationer, villkor för rekreation, mat och fysisk aktivitet, droger och sjukdomar har olika betydelse och effekter för olika grupper. I detta kapitel ingår avsnitt om tre olika målgrupper – barn och ungdom, äldre och invandrare – och hur olika faktorer påverkar dessa. Inför slutbetänkandet avser vi att även mer ingående beröra funktionshindrade personers situation i ett folkhälsoperspektiv.

Svenska barn har allmänt sett en god fysisk hälsa. Sjuklighet, olycksfall och dödlighet har minskat i alla åldrar. Särskilt påtaglig är den minskade spädbarnsdödligheten. Däremot finns oroande tendenser när det gäller utvecklingen av barns och ungdomars psykiska hälsa. Symptom som magvärk, huvudvärk m.m. har ökat i omfattning. En betoning görs i avsnittet på möjligheter att skapa förutsättningar för en god psykisk hälsa hos barn och ungdom samt att skapa en ekonomiskt och socialt trygg situation för barnfamiljerna.

Medellivslängden ökar sedan länge stadigt i den svenska befolkningen och visar inga tecken på stagnation. De äldres hälsa har också förbättrats. En växande andel äldre anger att hälsotillståndet är gott, medan en minskande andel uppger att hälsotillståndet är dåligt. Äldres hälsa kan förbättras ytterligare genom utökade möjligheter till oberoende och kontroll över livssituationen, utveckling av social gemenskap och en meningsfull sysselsättning. Andra faktorer av betydelse är fysisk aktivitet och bra mat samt att bostadsstandarden, de allmänna samhällsförhållandena och tjänster som äldre använder främjar hälsan.

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

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

I en avslutande bedömning (avsnitt 11.5) redogörs för de viktigaste resultaten och målen i kapitlet.

11.2 Barn och ungdom

11.2.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Utvecklingen av hälsan hos barn och ungdom

Svenska barn har en god fysisk hälsa generellt sett. Dödligheten har minskat i alla åldrar under en lång följd av år. Den minskade spädbarnsdödligheten har varit särskilt påtaglig. Den är nu i Sverige tillsammans med den i Finland och Japan, lägst i världen. De viktigaste orsakerna till detta är en väl uppbyggd barn- och mödrahälsovård, lättillgänglig sjukvård med hög kvalitet, en hög utbildningsnivå och en relativt jämn inkomstfördelning. I en undersökning av skolbarns hälsovanor från läsåret 1997/98 uppgav 73 procent av 11-åringarna att de var helt friska, vilket kan jämföras med läsåret 1985/86 då motsvarande andel var 66 procent. Samma studie visar dock att symptom som magvärk, huvudvärk, sömnsvårigheter och nedstämdhet ökat under denna tidsperiod bland såväl 11-åringarna som bland 13- och 15-åringarna. Flickorna har oftare symptom än pojkarna redan i 11-årsåldern och skillnaden mellan pojkar och flickor blir större med åldern.¹ I skolåldern har flickor oftare inåtvända psykiska problem, dvs. oro, ångest, depression och psykosomatiska symptom, medan pojkar oftare har utagerande problem, främst hyperaktivitet med koncentrations-svårigheter och utagerande beteendestörningar. Socialstyrelsen konstaterar i Folkhälsorapport 1997 att den psykiska ohälsan bland barn tenderar att öka.² Vidare finns uppgifter om att psykisk ohälsa är det största folkhälsoproblemet bland barn och ungdomar upp till 15 år, exkl. nyföddhetsperioden.³ Enligt Barnpsykiatriutredningen (SOU 1998:31) har 5 till 10 procent av alla barn så uttalade problem att deras dagliga liv väsentligt påverkas. Under ungdomstiden är också suicid en betydande dödsorsak.

¹ Folkhälsoinstitutet. *Skolbarns hälsovanor*. Stockholm 1999.

² Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18. Stockholm.

³ Peterson S, Backlund I, Diderichsen F. *Sjukdomsbördan i Sverige – en svensk DALY-kalkyl*. Karolinska Institutet, Folkhälsoinstitutet, Epidemiologiskt centrum. Stockholm 1999.

En rapport om hälsan bland europeiska skolbarn i 11-årsåldern, visar att denna verkar att ha försämrats successivt under 1990-talet med upplevelser av stress och huvudvärk, magont, sömnsvårigheter och nedstämdhet.⁴ Under perioden 1985–1993 var det få förändringar i de svenska barnens svar rörande psykosomatiska symtom men från år 1993 till år 1997 har situationen förändrats. Bland flickorna har andelen som uppger att de har ont i magen minst en gång i veckan ökat med 11 procent och andelen som känner sig nervösa har ökat med 12 procent. Även bland pojkar har det skett en försämring om än inte i samma utsträckning.⁵

Förekomst av risk- /friskfaktorer

De resurser barn och barnfamiljer har tillgång till är en avgörande bestämningssfaktor för barns hälsa.

Enligt Social rapport 1997 har andelen fattiga, dvs. de som lever under socialbidragsnormen, bland ensamstående kvinnor med barn ökat från 18 procent år 1987 till 26 procent år 1994. Det är däremot få sammanboende med barn som har inkomster som understiger socialbidragsnormen. Totalt var det år 1995 omkring 50 000 barn under 18 år som levde i familjer som får socialbidrag.⁶

I rapporten Valfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv redogör Joakim Vogel för utvecklingen av relativa skillnader i resurstillgång, dvs. materiell ojämlikhet, under perioden 1975–1995.⁷ Vogel visar på en ökande generationsklyfta under perioden och pekar ut ensamföräldrar och småbarnsföräldrar som de stora förlorarna. Ensamföräldrarna, ofta unga med en svag ställning på arbetsmarknaden och med en tung försörjningsbörda, har jämfört med äldre barnlösa par och sammanboende föräldrar en sämre ekonomisk situation än för 20 år sedan.

I rapporten har Vogel även definierat fattiga hushåll som hushåll med inkomster under socialbidragsnormen. År 1990 var det 3 procent av alla sammanboende som var fattiga enligt den definitionen medan det år 1995 var 5 procent. Motsvarande siffror för ensamföräldrar var 10 respektive 25 procent. I en analys av den ökade fattigdomen pekar Vogel på att ökningen är störst för föräldrar med stor försörjningsbörda. En parallell

⁴ Folkhälsoinstitutet. *Skolbarns hälsovanor*. Stockholm 1999.

⁵ Regeringens proposition 1998/99:115 *På ungdomars villkor*.

⁶ Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum. *Social rapport 1997*. SoS-rapport 1997:14. Stockholm 1997.

⁷ Vogel J. Inkomst och fattigdom. Statistiska Centralbyrån. *Valfärd och ojämlikhet i 20-års perspektiv 1975–1995*, Rapport 91. Levnadsförhållanden. Stockholm 1997.

utveckling gäller för den yngsta åldersgruppen i studien, 20–29 år. Den negativa trenden finns även för åldersgruppen 30–45 år.⁸ Under de senaste decennierna förefaller således den relativa ekonomiska standarden ha försämrats inom de åldersgrupper där familjebildning förekommer. Detta gäller särskilt för grupper som ensamstående mödrar. Ytterligare information om barnfamiljernas ekonomiska situation redovisas i avsnitt 4.3 om ekonomisk trygghet.

Under loppet av de senaste tre decennierna har det skett genomgripande förändringar av familjelivet i Sverige. Kvinnors deltagande i förvärvslivet har ökat, åldern då kvinnor föder sitt första barn har successivt blivit högre och tiden har blivit kortare mellan de barn kvinnan föder. Separationer i familjer har ökat, både bland sammanboende och gifta.

Hälsoeffekterna av ombildade familjer är ofullständigt kända liksom effekterna av tätare barnafödande och av föräldrarnas högre ålder då första barnet föds. I kapitel 5 finns en beskrivning av förändringarna av familjelivet i Sverige. Bostadssegregationen har ökat under de senaste decennierna, särskilt i storstadsområdena. Den har negativa effekter på barnen i de socialt och ekonomiskt svagaste familjerna. Skälet är att barns hälsa inte bara påverkas av resurser som finns i den egna familjen utan även av de ekonomiska, känslomässiga och kulturella resurserna som finns i närmiljön. Vuxna är mindre beroende av närområdet eftersom de ofta har arbete och vänner utanför det egna bostadsområdet. Barn däremot har sina främsta kontakter med andra barn och vuxna i närheten av bostaden och vanligtvis går de också i förskola och skola där. Barn kan utvecklas väl trots brister i familjen. Den främsta förklaringen är att barnen knyter kontakter med andra vuxna som kan engagera sig i barnet. Om de vuxna som finns i närmiljön redan är belastade av andra problem minskar däremot denna möjlighet. Därför är bostadssegregationen ogynnsam för barnen.

Psykoanalytiska teorier har sedan länge pekat på att spädbarnstiden kan vara avgörande för den psykiska hälsan senare i livet. Fram till det senaste decenniet har det dock inte funnits några empiriska undersökningar, där man följt samma barn från spädbarnstiden till vuxen ålder, som visar på detta samband. Sådana studier har nu publicerats. Studierna visar att det sätt på vilket ett spädbarn utvecklar sin relation till den närmaste vårdgivaren, ofta mamman, påverkar hur barnet kommer att förhålla sig till andra människor när det blir äldre. Vårdgivarens förhållningssätt är således betydelsefullt för barnets psykiska och sociala hälsa både under uppväxten och senare i vuxen ålder.

⁸ Vogel J. a.a.

Under spädbarnstiden är de viktigaste påverkbara skyddsfaktorerna för barnets fysiska hälsa tobaksfrihet, amning, god ventilation inomhus, sovläge på rygg samt vaccinationer. Risken för sjukdom under nyföddhetsperioden är större om ett barn föds med låg födelsevikt. Om modern röker under graviditeten och om hon använder alkohol eller droger, ökar risken för att barnet skall födas med låg vikt och därigenom drabbas av sjukdomar under nyföddhetsperioden. Flera undersökningar tyder också på att risken för låg födelsevikt ökar om modern är utsatt för psykologiska påfrestningar och inte har tillgång till stöd från omgivningen.⁹

Utbildningsnivån verkar ha betydelse för förekomsten av rökning under graviditeten. Rökning under graviditeten är t.ex. sju gånger vanligare hos kvinnor i åldern 20–29 år med enbart grundskoleutbildning än hos kvinnor i samma ålder med postgymnasial utbildning. I Stockholms län var också låg födelsevikt 60 procent vanligare bland barn i den socialt sämst ställda församlingen jämfört med den bäst ställda.¹⁰

Under förskoleåldern är tillgången till kollektiva miljöer och socialt stöd viktig för barns hälsa. Mödra- och barnhälsovården, inkl. de föräldragrupper som finns i deras regi samt de olika förskoleformerna kompletterar det naturliga nätverket av familj och vänner. Deltagandet i föräldragrupper är dock inte särskilt högt. Endast hälften av det totala antalet blivande föräldrar deltar i föräldragrupper inom barnhälsovården, men bland förstagångsföräldrarna är det ca 70 procent.¹¹

Utsatta grupper har sämre tillgång till socialt stödjande nätverk och man kan på goda grunder anta att de resurssvaga föräldrarna deltar i mödra- och barnhälsovårdens gruppverksamhet i begränsad utsträckning. I dag finns på en del håll familjecentraler, vilket innebär en samlokalisering av öppen förskola samt mödra- och barnhälsovård och ibland även av socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Det finns ett samband mellan brister i elevernas skoltrivsel och ohälsosamma levnadsvanor. De elever som inte trivs i skolan är i högre grad fysiskt inaktiva, har sämre kostvanor samt röker och dricker alkohol oftare än de elever som trivs.¹² De hälsobrister och ohälsosamma levnadsvanor som eleverna uppvisar hänger därför i hög grad samman med hela livssituationen. Ibland tycks det som om vi glömt att hälsan är basen för

⁹ Marmot ME, Wadsworth MEJ. *Fetal and Early Childhood Environment: Long Term Implications*. Royal Society of Medicine Press. London 1997.

¹⁰ Bremberg S. *Bättre hälsa för de sämst ställda – en strategi för barn och ungdom*. Folkhälsoinstitutet. Rapport 1998:38.

¹¹ SOU 1997:161 *Stöd i föräldraskapet*. Betänkande av Föräldrautbildningsutredningen.

¹² Andersson B, Hibell B. *Skolelevs drogvanor 1997*. Stockholm. Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) 1998.

kunskapsinhämtningen och att ett barn som inte mår bra inte heller presterar goda skolresultat. En skola som inte fungerar väl saknar dessutom förutsättningar att ta hand om t.ex. mobbning. Arbetsmiljön för såväl elever som för lärare är alltså viktig för hälsan i skolan.

Även i skolåldern är föräldrarnas insatser avgörande för barnens hälsa och olika former av stöd till föräldrarna kan därför förväntas påverka barnens hälsa gynnsamt. I utländska studier har man också visat att sådana insatser främjar barnen. Insatserna ger bäst effekt i lågstadieåldrarna. Genomtänkta strukturerade program som stödjer föräldrarna inom definierade områden ger störst utbyte. Anmärkningsvärt nog finns mycket få insatser riktade till tonårsföräldrar som visats ge effekt. Ett skäl kan vara att föräldrarnas betydelse gradvis avtar under uppväxten.

Fysisk aktivitet är en viktig skyddsfaktor mot ohälsa. Mot denna bakgrund är det oroande att den fysiska aktiviteten bland ungdomar har minskat under de senaste decennierna. Troligen ger dagligen återkommande medelhög aktivitet det bästa skyddet, vilket kräver närhet till grönområden, säkra och trygga färdvägar samt tillgång till lokaler för lek och idrott.

Under skolåldern är de viktigaste friskfaktorerna en bra skolmiljö, fysisk aktivitet och goda vuxenkontakter.

Verksamhet under fritiden har därför stor betydelse för barns och ungdomars fysiska och psykiska hälsa. En svensk undersökning tyder på att de kommunala insatsernas kvalitet har betydelse för ungdomars psykiska välbefinnande.¹³

Effekter för målgruppen

Den fysiska hälsan i åldersgruppen har generellt sett förbättrats. En av de viktigaste bestämningsfaktorerna för barnets hälsa, familjens ekonomiska och sociala resurser, har dock utvecklats ogynnsamt, vilket kan innebära en risk för hälsoskillnader mellan olika grupper av barn och även risk för fysiska hälsoskillnader senare.

Den psykiska hälsan bland barn och ungdom har enligt många studier försämrats, vilket innebär lidande och funktionsförlust under uppväxten. Detta utgör i sin tur en risk för försämrad funktionsförmåga i vuxen ålder och en ökad risk för missbruk av alkohol, tobak och droger samt för fysisk inaktivitet. Särskilt stor är risken bland socialt mindre gynnade grupper av ungdomar.

¹³ Berg-Kelly K. Ungdomars hälsovanor och riskbeteenden. Stark kommunal satsning ger bättre hälsa. *Läkartidningen* 1993;90:710.

11.2.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

De främsta orsakerna till den försämrade psykiska hälsan hos barn och ungdomar är sannolikt barnfamiljernas försämrade ekonomi och de ökade påfrestningarna inom arbetslivet. De stödsystem som finns i form av familjestöd och direkta insatser för barnen har inte fullt ut kunnat kompensera för denna utveckling.

Förskolan och skolan har under samma period genomgått stora förändringar och neddragningar. Barngrupperna på förskola och fritidshem har blivit större, samtidigt som personaltätheten har minskat. År 1997 fanns det i genomsnitt 16,9 barn per förskolegrupp jämfört med 13,8 barn år 1990. Gruppstorleken på fritidshemmen ökade under samma period från 17,8 barn till 26,2 barn. Under samma tid har antalet barn per årsarbetande personal ökat med 35 procent inom förskolan och med nästan 50 procent vid fritidshemmen. Under perioden 1990–1997 har också antalet öppna förskolor minskat i antal från 1 600 till ca 1 000. Mellan åren 1990 och 1996 ökade samtidigt antalet inskrivna barn i barnomsorgen från 423 000 till 484 000.¹⁴

Påverkansmöjligheter

Den mest aktuella studien i vad samhället och familjen satsar på barnen har genomförts av Dalman och Bremberg. De har analyserat de samlade insatserna för barn och ungdom i Stockholms län från livmodern till 18-årsdagen. Samhällets insatser för barn fram till 18-årsdagen motsvarar 3 400 000 kronor per barn/ungdom. Den del som betalas med kontanta medel utgör 2 100 000 kronor. Familjens satsning med kontanta medel är i genomsnitt 800 000 kronor. Därtill kommer föräldrarnas direkta tid med barnen vars värde skattas till 1 300 000 kronor. Kommunen är den näst största aktören med en sammanlagd satsning av 1 200 000 kronor i form av skola, barnomsorg, fritidsverksamhet etc. Landstingens och frivilligorganisationernas satsningar är betydligt mindre, 120 000 respektive 90 000 kronor per barn/ungdom. Familjestöd, 0–18 år i form av transfereringar uppgår sammanlagt till 410 000 kronor, där statens bidrag är 390 000 kronor och kommunernas bidrag i form av socialbidrag i genomsnitt 20 000 kronor. Detta utgör ca 50 procent av familjens omkostnader för barn/ungdom mellan 0 och 18 år. De största

¹⁴ *Barnomsorgen i siffror 1998 – Barn och Personal*. Rapport nr. 152. Skolverket. Stockholm 1998.

satsningarna görs således av familjen, kommunen i form av förskola och skola och av staten i form av transfereringar.

De främsta möjligheterna till att bryta de ogynnsamma hälsotrenderna i åldersgruppen är att öka utbytet av dessa insatser. Detta bör vara möjligt eftersom väsentliga delar av dessa insatser expanderat under de senaste decennierna utan att utbytet i form av förbättrad välfärd och hälsa för åldersgruppen strikt har analyserats. I det följande analyseras några av de områden där insatser är fruktbara att göra.

En viktig grupp av riskfaktorer är olika former av påfrestningar i familjen. Dit kan exempelvis räknas familjekonflikter, psykisk sjukdom hos föräldrarna, ekonomiska påfrestningar osv. Effekterna både på familjen och på barnet kan mildras av socialt stöd, dvs. nära kontakter med andra vuxna och barn, grannar, vänner etc. Socialt marginaliserade grupper har ofta sämre tillgång till informellt socialt stöd, vilket skapar sämre förutsättningar för dem att hantera påfrestningar.

Om en familj är utsatt för påfrestningar, ökar risken för att samspelet med spädbarnet inte blir optimalt och därigenom ökar risken för att barnet utvecklar en otrygg anknytning. Otrygg anknytning är vanligare i familjer med en utsatt social situation. Otrygg anknytning går relativt väl att påverka före 18 månaders ålder men är därefter förhållandevis opåverkbar. Spädbarnstiden erbjuder därför särskilda möjligheter för påverkan.

Under uppväxten rättar många problem spontant till sig. Det innebär att man inte med säkerhet kan fastställa vilka barn och ungdomar som på sikt kommer att få uttalade problem. Därför måste förebyggande insatser riktas till större grupper än de ca 5 procent som vid en given tidpunkt har uttalade problem.

För spädbarn är den främsta möjligheten att förbättra barnens situation direkt knuten till föräldrarnas livssituation. Ett exempel på en satsning som utgår från ett sådant perspektiv är föräldrapenningen. I skolåldern däremot ligger den främsta möjligheten att påverka barnens situation i åtgärder riktade direkt till barnen. Under förskoleåren finns betydande möjligheter både med insatser riktade direkt till barnen inom exempelvis förskolan och genom olika former av stöd till föräldrarna.

Under förskoleåren gör föräldrarna själva de största insatserna för barnen. Det finns ett flertal studier som visar att olika former av stöd till föräldrar ger långsiktigt positiva effekter på barns psykiska och sociala hälsa.¹⁵ Insatser under förskoleåldern ger bättre effekt än åtgärder i

¹⁵ Durlak JA. *Successful prevention programs for children and adolescents*. Plenum Publ. Corp. 1997.

skolåldern.¹⁶ I dag ges ett begränsat föräldrastöd inom ramen för barnhälsovården och i kontakter mellan förskolepersonal och föräldrar. Stöd från socialtjänsten samt barn- och ungdomspsykiatri erbjuder dessutom en mindre grupp barn och ungdomar med manifesterade problem. Det finns således avsevärda möjligheter till förbättringar. En väg är att utveckla nya föräldracentrerade former för kvalificerad rådgivning till föräldrar. Modeller för detta finns bl.a. i Holland. Föräldrastöd är särskilt viktigt för föräldrar till barn med aggressiva och andra utagerande beteenden. Goda resultat har visats i studier både av insatser som genomförs enskilt och i grupp. En annan väg att gå är att utveckla föräldrautbildningen i anslutning till förskolan. Detta var också tanken när föräldrautbildning infördes i mitten av 1970-talet.

Skolåldern är viktig för att fånga upp problem på individnivå och skolan har ett utrymme för att motverka och utjämna socialt betingade oönskade beteenden. Sven Bremberg skriver i Barnrapporten – kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn och ungdom i Stockholms län: ”Vid skolstart har barn mer lika villkor än de har då de går ut skolan. Denna differentiering kan tillskrivas barnens egenskaper men kan lika väl ses som en integrerad funktion av skolsystemet. Skolan bidrar därigenom även till skiktningen av psykisk hälsa. Ett uttryck för detta är att socialt mindre gynnade barn vantrivs betydligt oftare i skolan och upplever den inte heller som meningsfull”.

Skolhälsovården, med sin för Sverige unika integrering i elevvården med egna lokaler och egen personal i skolan, har en viktig uppgift i att fånga upp problem på individnivå. Genom hälsokontroller, vaccinationsprogram och screeningprogram har skolhälsovården god kännedom om elevernas levnadsvillkor och familjeförhållanden. Skolhälsovården är alltså en naturlig del av skolan och skolsköterskan är ofta den person som eleven först vänder sig till med sina problem. De hälsoproblem som skolhälsovården kommer i kontakt med är ofta av psykosocial natur. I dag har dock tjänsten som skolöverläkare på nationell nivå dragits in liksom många kommunala skolläkartjänster.

Barn som lever i familjer med påfrestningar och barn och ungdomar med psykiska och sociala problem har behov av insatser från ett flertal olika aktörer – socialtjänst, barnhälsovård, barn- och ungdomspsykiatri, barnhabilitering, skolans elevvård inklusive skolhälsovård, ungdomsmottagningar och barnsjukvård. Samverkan mellan de olika aktörerna är emellertid inte sällan bristfällig. Att så är fallet har varit känt sedan 1970-talet. Några betydande framsteg har dock inte gjorts. Det är därför

¹⁶ Bremberg S (red). *Barnrapporten. Kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn och ungdom i Stockholms län*. Stockholms läns landsting. 1998.

nödvändigt att utreda hur samhällets resurser bäst kan användas för att ge denna grupp stöd.

Sammanfattningsvis kan sägas att ett flertal påverkbara skydds- och riskfaktorer för psykisk ohälsa är kända, som t.ex. arbetslöshet, dålig ekonomi och dålig utbildning. Det är faktorer som kan påverka barns och ungdomars situation och t.ex. leda till att en trygg anknytning mellan spädbarn och vårdare inte utvecklas. Riskfaktorerna samverkar även och en följd av detta är att den negativa påverkan kan bli större om individen samtidigt är utsatt för andra riskfaktorer. Följaktligen är det ändamålsenligt att söka minska den samlade riskbördan och öka individernas tillgång till skyddsfaktorer.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Tre typer av forskningsbehov är aktuella, forskning som syftar till (1) att klargöra bestämningsfaktorer för hälsa och ohälsa, (2) att utforma effektiva interventioner, baserade på befintlig kunskap om bestämningsfaktorer samt (3) forskning som syftar till att klargöra samband mellan resursinsatser och effekter inom de omfattande system som är avsedda för barn, exempelvis förskola och skola.

Att klargöra bestämningsfaktorer för hälsa och ohälsa

Det är känt att tobaksrökning ökar risken för låg födelsevikt. Troligen har sociala och ekonomiska påfrestningar i kombination med bristande socialt stöd samma effekt. Dessa förhållanden förklarar dock inte hela problemet. Det finns tydliga variationer olik länder emellan med avseende på förekomst av låg födelsevikt. Det talar för att problemen delvis är miljöbetingade och därigenom i princip påverkbara. Studier av bestämningsfaktorer är därför väl motiverade.

Astma, allergi och annan överkänslighet är den enda större grupp av fysiska hälsoproblem som ökar i frekvens. Det saknas en förklaring till denna ökning. För att på ett avgörande sätt kunna påverka problemet krävs kunskap om vilka de avgörande bestämningsfaktorerna är.

Kunskaperna om bestämningsfaktorerna för psykisk ohälsa har ökat betydligt under de senaste decennierna. Fokus i en stor del av denna forskning ligger dock ofta vid faktorer i familjen. Betydligt mindre är känt om bestämningsfaktorer knutna till miljön exempelvis i ett bostadsområde, i förskolan eller i skolan. Detta är otillfredsställande eftersom de främsta möjligheterna att förbättra den psykiska hälsan

ligger i att förändra barnens miljö. Forskning inom detta område är därför angelägen.

Att utforma effektiva interventioner, baserade på befintlig kunskap om bestämningsfaktorer

Psykisk ohälsa har inte varit föremål för systematiska förebyggande insatser i samma omfattning som fysisk ohälsa. Till en del kan detta förklaras av att kunskapen om bestämningsfaktorer varit sämre. Sådan kunskap har dock vuxit fram under de senaste decennierna. Utomlands har man också i vetenskapliga studier visat att det framgångsrikt går att genomföra interventioner baserade på kunskap om bestämningsfaktorer. Interventioner på detta område kan inte direkt överföras från ett land till ett annat utan behöver anpassas till lokala förhållanden. Det är därför i hög grad motiverat att utveckla och utvärdera interventioner på detta område.

Studier av samband mellan resursinsatser och effekter, bl.a. inom förskola och skola

Hälsoeffekter på barn och ungdomar av personaltäthet, personalkompetens och olika organisationsformer inom förskola och skola har endast i begränsad omfattning varit föremål för systematiska studier. Sådana undersökningar är viktiga för att ge vägledning vid beslut om hur befintliga resurser bäst kan användas för att främja barns och ungdomars hälsa. Kunskapen om effekten av transfereringar och om insatser inom fritidsverksamhet är också begränsad och bör förbättras genom studier.

11.2.3 Befintliga mål och strategier

Befintliga mål, strategier och aktörer

Familjepolitiken

Den svenska familjepolitiken har som mål att garantera alla barns rätt till omvårdnad, trygghet och god fostran. Detta omfattar även en rimlig levnadsstandard för barnfamiljerna.¹⁷ Samhällets uppgift är också att stödja och komplettera föräldrarna, som enligt bestämmelserna i föräldrabalken har huvudansvaret för vård och fostran, så att goda och trygga uppväxtförhållanden kan garanteras för alla barn.

I 1999 års ekonomiska vårproposition föreslog regeringen att kommuner och landsting tillföres ytterligare 2 miljarder kronor utöver de 2 miljarder som aviserades under hösten 1998. Det tidigare aviserade tillskottet skall användas för att bl.a. underlätta införandet av förändringar i utjämningsystemet samt bidra till finansieringen för att stegvis genomföra en allmän förskola och maxtaxa i barnomsorgen.

Proposition 1997/98:182, Strategier för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige

I propositionen påpekas att medvetenheten om konventionen skall öka och att intentionerna i barnkonventionen skall genomsyra allt beslutsfattande som rör barn. Svensk lagstiftning överensstämmer i huvudsak med åtagandena i barnkonventionen. Det är däremot angeläget att utforma strategier och handlingsprogram för att förverkliga barnkonventionen i Sverige. Konventionens inledning pekar på familjen som den grundläggande enheten i samhället och familjens rätt till "nödvändigt skydd och bistånd så att den till fullo kan ta på sig sitt ansvar i samhället".

En av Barnkonventionens hörnstenar är principen om barnets bästa. Det innebär att ett barnperspektiv måste finnas med i beslutsprocessen för de beslut som rör barn. Alla barn har därför oberoende av var de bor eller under vilka förhållanden de lever rätt till sjukvård. Även inom områden som inte direkt rör enskilda barnärenden skall principen beaktas, det gäller t.ex. samhälls- och trafikplaneringen. Till grund för principen ligger också tanken att barn har fullt och lika människovärde, samt att barn är sårbara och behöver ett särskilt skydd.

Regeringen föreslår i propositionen bl.a. att barnkonsekvensanalyser skall göras vid statliga beslut som berör barn, att barnperspektivet i

¹⁷ Regeringens skrivelse 1997/98:79.

lämplig omfattning skall finnas med i alla utredningsdirektiv och att barnstatistiken skall utvecklas. Vidare föreslås att statligt anställda, vars arbete har konsekvenser för barn och ungdomar, skall erbjudas fortbildning för att stärka sin barnkompetens och sina kunskaper om barnkonventionen. Propositionen har antagits av riksdagen i mars 1999.

Skollagen

Enligt skollagen skall skolhälsovård anordnas kostnadsfritt för alla elever i grundskolan, gymnasieskolan, särskolan, specialskolan och sameskolan. Skolhälsovården skall i första hand vara förebyggande men även omfatta hälsokontroller och enkla sjukvårdsinsatser. För verksamheten skall finnas skolsköterska och skolläkare. I skollagen sägs också att skolhälsovården har till syfte att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras psykiska och fysiska hälsa samt verka för sunda levnadsvanor. Barnombudsmannen, liksom även Barnpsykiatrikommittén, har föreslagit att bestämmelsen i skollagen om obligatorisk personal inom skolhälsovården skall utvidgas till att omfatta även psykologer och kuratorer. Detta för att bättre stämma överens med WHO:s definition av hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.

Läroplanen (Lpo 94)

Läroplanen (Lpo 94) formulerar skolans värdegrund och uppgifter samt mål och riktlinjer. Skolans mål är av två slag; dels mål som skolan skall sträva mot och dels mål som skolan ansvarar för att alla elever skall uppnå. Arbetssätt och arbetsformer ligger på den enskilda skolan och på lärarna. I läroplanen sägs att skolan ”ansvarar för att varje elev efter genomgången grundskola har grundläggande kunskaper om förutsättningarna för en god hälsa samt har förståelse för den egna livsstilens betydelse för hälsan”.¹⁸

¹⁸ I avsnittet om fysisk aktivitet beskrivs ingående de förslag som regeringen lagt fram i propositionerna; prop. 1997/98:93, prop. 1997/98:94, prop. 1997/98:169.

The European Network of Health Promoting Schools (ENHPS)

Hälsofrämjande skolor är ett gemensamt skolprojekt mellan EU, Europarådet och WHO. I Sverige drev Folkhälsoinstitutet projektet 1994–1996 i samråd med Skolverket och Svenska Kommunförbundet. I dag finns regionala nätverk som administreras av Folkhälsoinstitutet och som har till syfte att sprida den kunskap och de goda exempel som redan finns. Syftet är också att vidareutveckla, systematiskt pröva och utvärdera nya metoder och teman. Hälsoskolornas 12 utgångspunkter är följande:

- främja såväl elevernas som personalens fysiska och psykiska hälsa
- förbättra skolans arbetsmiljö
- stimulera kontakt och samarbete med närsamhället
- i undervisningen utgå från elevernas situation och behov, och särskilt utveckla hälsoundervisningen
- stärka elevdemokratien och elevernas känsla av sammanhang
- utveckla varje elevs självkänsla och sociala kompetens
- ha en fungerande elev- och skolhälsovård
- ge stöd till elever med särskilda behov
- se skolmaten som en del av skolans pedagogiska och hälsofrämjande verksamhet
- arbeta för att alla på skolan skall finna former för fysisk aktivitet
- se skolgården som en viktig del av skolans hälsofrämjande miljö

Pågående utredningar, uppdrag m.m.

Barnpsykiatrikommittén, Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem, SOU 1998:31

Barnpsykiatrikommittén arbetade med ett folkhälsoperspektiv på barns och ungdomars psykiska hälsa och påpekar i sitt slutbetänkande att effektiva förebyggande insatser kräver en god barnkompetens i mödra- och barnhälsovården samt skolhälsovården och övrig elevvård. Inom mödra- och barnhälsovården finns ett särskilt ansvar för att tidigt upptäcka utvecklingsavvikelser och psykisk ohälsa. Kommittén påpekar också att det psykosociala arbetet inom mödra- och barnhälsovården är oklart definierat samt att barn till arbetslösa skall ha samma rätt till förskola som barn till yrkesarbetande. Betänkandet bereds för närvarande inom regeringskansliet.

Regeringen har i september 1998 gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram underlag som beskriver vilken barnkompetens som bör säkerställas

bland hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med barn och ungdom. Inom ramen för uppdraget skall det medicinska omhändertagandet av asylsökande barn belysas. Uppdraget skall genomföras i samråd med Landstingsförbundet. I uppdraget ingår att Socialstyrelsen skall göra en översyn av ungdomsmottagningarnas verksamhet och då särskilt uppmärksamma pojkarnas möjlighet till stöd och råd. Denna översyn skall ske i samråd med Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Uppdraget skall redovisas senast den 31 december 2000. Översynen av ungdomsmottagningarnas förebyggande arbete samt det medicinska omhändertagandet av asylsökande barn skall delrapporteras den 31 december 1999.¹⁹

Föräldrautbildningsutredningen, Stöd i föräldraskapet, SOU 1997:161

Utredningen föreslog att det övergripande ansvaret för föräldrautbildningen skall delas upp så att landstingen får ansvaret för utbildning under barnets första år och att kommunerna därefter tar över ansvaret. Alla föräldrar bör erbjudas utbildning både före och efter barnets födelse. Utredningen pekar också på hur viktig samverkan är mellan förskolan, skolan och föräldrarna. Det påpekas även att psykosocialt stöd är viktigt för föräldrar med tonårsbarn, inte minst för att motverka destruktiva livsstilar och sociala problem. Betänkandet bereds inom regeringskansliet.

Proposition 1998/99:115, På ungdomars villkor

Propositionen bygger på de förslag som lämnats av Ungdomspolitiska kommittén och de delmål som Ungdomsstyrelsen i samarbete med Svenska Kommunförbundet utarbetat på uppdrag av regeringen. I propositionen föreslås tre mål som skall ersätta tidigare antagna riktlinjer för den nationella ungdomspolitiken:

1. Ungdomar skall ha goda förutsättningar att leva ett självständigt liv.
2. Ungdomar skall ha verklig möjlighet till inflytande och delaktighet.
3. Ungdomars engagemang, skapande förmåga och kritiska tänkande skall tas till vara som resurs.

Regeringen föreslår också ett system för styrning, uppföljning och analys av ungdomspolitiken. Förutom de tre målen består systemet av delmål

¹⁹ Regeringsbeslut 1998-09-17, *Uppdrag att föreslå åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården*. Socialdepartementet.

som beslutas av regeringen och som utgör grunden för uppföljning och analys. Den tredje delen i systemet är ”Goda exempel” som är avsedda att illustrera olika former av konkret verksamhet som bidrar till att målen uppnås. Ungdomsstyrelsen skall ges en aktiv roll att verka för att målen i den nationella ungdomspolitiken uppfylls.

Utredning om elevvård – skolhälsovård

I huvudsak skall utredningen definiera begreppet elevvård, kartlägga innehåll och kvalitet i verksamheten, analysera olika organisationsmodeller samt kartlägga elevvårdens roll och uppgifter i förhållande till andra berörda instansers ansvarsområden. Vidare skall utredningen överväga om nuvarande ansvarsområden är de mest ändamålsenliga samt föreslå olika åtgärder för att förbättra elevvårdens och skolhälsovårdens samarbete både inom skolan och med förskola, socialtjänst, hälso- och sjukvård och andra samhällssektorer. Utredningen skall vara slutförd senast den 15 december 1999.²⁰

Ekonomiskt stöd till barnfamiljer

Den ekonomiska krisen med arbetslöshet och nedskärningar inom den offentliga sektorn som en följd av denna, har drabbat barnfamiljerna mer än andra grupper.²¹ Effekterna därav analyseras till viss del av Socialtjänstutredningen.²² Till följd av det minskande barnafödandet har regeringen gett Statistiska centralbyrån i uppdrag att analysera orsakerna. I uppdraget nämns följande orsaker som tänkbara förklaringar till det minskade barnafödandet: hushållens försämrade ekonomi, hög arbetslöshet och besparingar i de offentliga utgifterna. Statistiska centralbyrån har också fått i uppdrag att utarbeta ett förslag till basstatistik om barnfamiljernas förhållanden. Statistiken måste ha en sådan bredd att lokala och regionala uppföljningar kan göras.²³

²⁰ Regeringens direktiv 1998:59.

²¹ Regeringens skrivelse 1997/98:79.

²² Dir. 1997:109.

²³ Regeringens skrivelse 1997/98:79 med redovisning av arbetet med de allmänna barnfrågorna (överlämnad till riksdagen den 12 februari 1998).

Barns och ungdomars ute- och inommiljö

Efter att Barnmiljörådet avskaffades år 1993 finns det inte längre något tydligt myndighetsansvar för frågor som rör barns lek- och utemiljö. Bevakningen av brister i barns och ungdomars utemiljö har också försämrats.²⁴ Regeringen har i regleringsbrevet för år 1999 gett Folkhälsoinstitutet och Boverket i uppdrag att se över barns och ungdomars inomhusmiljö samt att öka kunskapen om orsakerna till uppkomsten av allergi. En översyn av Barnombudsmannens organisation och arbete har genomförts och ett betänkande överlämnades till regeringen under våren 1999.²⁵ Bland annat föreslogs att Barnombudsmannen skulle få möjlighet att arbeta med en större självständighet och ges större rättsliga befogenheter innebärande bl.a. rätten att begära in uppgifter från kommuner och landsting om barns villkor och även rätt att kalla till överläggningar om barns förhållanden.

Uppnådda effekter

Svenska barn och ungdomar har generellt sett en god fysisk hälsa. Genom den förda politiken har barn och ungdomar fått del av insatser som t.ex. barn- och skolhälsovård. Dessa insatser är unika i ett internationellt perspektiv och har väsentligt bidragit till en god hälsoutveckling hos svenska barn.

²⁴ Regeringens skrivelse 1997/98:79 med redovisning av arbetet med de allmänna barnfrågorna (överlämnad till riksdagen den 12 februari 1998).

²⁵ Dir. 1998:21, Översyn av Barnombudsmannens verksamhet.

11.2.4 Mål och strategier

Mål

1. *Barnfamiljerna skall ha en trygg situation*

- De offentliga resurserna skall fördelas så att de tillgodoser alla barns behov.
- Transfereringar till barnfamiljer skall ske med hänsyn till deras försämrade ekonomi under 1990-talet.
- De offentliga tjänster som kommer barn till del skall ha en god och jämn kvalitet.

2. *Den psykiska hälsan hos barn och ungdom skall förbättras*

- Stödjande miljöer för barn och ungdom skall främjas och särskilt gäller det i utsatta områden.
- Mödra-, barn- och skolhälsovården samt ungdomsmottagningarna skall utvecklas. Nationella och fortlöpande mätningar av barns hälsa skall införas.
- Kvalitetskontrollen av förskola, skola och fritidsverksamhet skall förstärkas.

Inledande synpunkter

Många barn lever i dag i en ekonomiskt otrygg situation. Den psykiska hälsan hos barn och ungdom har försämrats och tillgången till stödjande miljöer är därför extra viktig. I motsats till många andra mottagare av tjänster har barn själva svårt att påtala brister i de tjänster som utförs, dels därför att de har bristande erfarenhet, dels därför att de själva är i uttalad beroendeställning till dem som utför tjänsterna.

Mål, strategier och aktörer

Barnfamiljer skall ha en trygg situation

Barns hälsa bestäms på samhällsnivå av tillgången till ekonomiska, sociala och kulturella resurser. I ett land som Sverige är den relativa tillgången till resurser mer betydelsefull än den absoluta.²⁶ Detta innebär att

²⁶ Wilkinson R. *Unhealthy societies. The afflictions of inequity*. Routledge. London 1996.

det ur ett folkhälsoperspektiv skulle vara önskvärt att ge alla barn samma tillgång till ekonomiska, sociala och kulturella resurser. De främsta medlen för detta är (1) en fördelning av de offentliga resurserna som svarar mot barnens behov, (2) transfereringar till barnfamiljer (3) en god och jämn kvalitet på de offentliga tjänster som kommer barn till del.

Ungefär hälften av barnfamiljernas kontanta utlägg för barn täcks av transfereringar.²⁷ Det innebär att barnfamiljernas ekonomi är mycket känsliga för förändringar i transfereringssystemen. Om en betydande andel av barnfamiljerna har ekonomiska resurser under genomsnittet kan man förvänta sig negativa effekter på hälsan för barnen i dessa familjer. Dessutom uppstår spänningar och oro i samhället vilket leder till negativa hälsoeffekter för alla barn.²⁸

De två övergripande målen för folkhälsoarbetet är att förbättra hälsan och att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper. De viktigaste påverkbara skillnaderna mellan olika grupper är de som betingas av barnens sociala villkor. En analys av möjliga åtgärder för att förbättra de sämst ställda barnens hälsa tyder på att den viktigaste vägen dit är ett framgångsrikt folkhälsoarbete för barn och ungdom i stort.²⁹

För att minska socialt betingade skillnader räcker det därför inte med insatser för de allra sämst ställda. Det krävs istället en förbättring av villkoren även för de barn som har en relativt god situation. Detta innebär att de två övergripande målen sammanfaller för denna åldersgrupp. Målen kan därför i första hand formuleras som förbättring av hälsan för åldersgruppen i stort. I praktiken kan det dock ofta vara motiverat att i vissa sammanhang rikta särskilda insatser mot de sämst ställda i stället för att göra insatser för alla.

Den psykiska hälsan hos barn och ungdom skall förbättras

Psykisk ohälsa är det viktigaste hälsoproblemet i åldersgruppen. Det finns inga tecken på att den psykiska hälsan har förbättrats under de senaste decennierna. Några undersökningar tyder tvärtom på det motsatta. En nationell strategi för att minska förekomsten av psykisk ohälsa har hittills saknats. I dag är ett stort antal påverkbara bestäm-

²⁷ Bremberg S, Dalman C. *Hur satsar vi på barnen? Vårdsinsatser för barn i Stockholms län mätt i kronor*. Centrum för Barn och Ungdomshälsa, Samhällsmedicin. Stockholms läns landsting. Stockholm 1999.

²⁸ Wilkinson R. *Unhealthy societies. The afflictions of inequity*. Routledge. London 1996.

²⁹ Bremberg S. *Bättre hälsa för de sämst ställda – en strategi för barn och ungdom*. Folkhälsoinstitutet 1998:38.

ningsfaktorer kända. Det innebär att det är väl motiverat att formulera mål för psykisk hälsa.

I vuxen ålder finns flera väl avgränsade former av psykisk ohälsa, exempelvis schizofreni. Under uppväxtåren är uttrycken för psykisk ohälsa emellertid mindre differentierade. Barn med koncentrationssvårigheter har ofta tvångstankar och barn med depression kan vara utagerande osv. Metoder för att på ett säkert sätt mäta problemförekomst har hittills saknats på nationell nivå – men håller på att utvecklas. Under perioden fram till år 2003 kommer metoder för nationell bevakning endast att vara tillgängliga för barn i skolåldern. Det talar för att man inleder målformuleringsarbetet med denna åldersgrupp. Effekten av olika förebyggande insatser är dock i allmänhet större i förskoleåren. Därför bör utvecklingen av instrument för mätning av psykisk hälsa under förskoleåren ha hög prioritet.

Att främja stödjande miljöer för barn och ungdom är ett sätt att öka gruppens tillgång till skyddsfaktorer. I en tidigare refererad studie finns belägg för att kvaliteten i de kommunala insatserna påverkar barns och ungdomars psykiska hälsa. Förutsättningarna för sådana insatser förändras dock i snabb takt. I ett läge då de ekonomiska och sociala förhållandena försämras för många barnfamiljer är det därför extra viktigt att det finns stödjande miljöer för barn och ungdom som kan kompensera brister i hemmiljön. Tillgången på goda vuxenkontakter och stabila kamrater blir extra viktig

En väl utvecklad mödra-, barn-, skolhälsovård och ungdomsmottagning utgör viktiga skyddsfaktorer för barn och ungdom. Föräldragrupper inom mödra- och barnhälsovårdens ram är ett sätt att stärka föräldrarnas sociala nätverk och minska påfrestningarna. I dag erbjuds deltagande i föräldragrupper fram till dess barnet är ett år. Föräldragrupper riktade till föräldrar med barn inom förskolan bör dock prövas och det kan vara särskilt viktigt för föräldrar med barn som har utagerande och aggressiva beteenden.

I flera kommuner är individ- och familjeomsorg, öppen förskola samt mödra- och barnhälsovård samlokaliserade i s.k. familjecentraler. Det är en organisationsform som kan vara bra när det gäller att erbjuda breda och tidiga insatser.

Skolan är den institution som har de främsta förutsättningarna att utjämna socialt betingad ohälsa. Skolhälsovården har där unika förutsättningar att tillsammans med övrig skolpersonal verka för ett hälsofrämjande perspektiv i skolan. Ungdomsmottagningarna har en viktig roll för ungdomars möjligheter att leva ett självständigt liv.

Kvalitetskontroll inom förskola, skola och fritidsverksamhet finns redan. Den är dock mindre utvecklad än inom ett flertal andra tjänsteproducerade sektorer avsedda för vuxna. Sådan kontroll är särskilt an-

gelägen när det är en part som tar emot tjänsterna, en annan som producerar dem och en tredje som finansierar. Detta gäller särskilt om de som tar emot tjänsterna själva har svårt att bedöma kvaliteten eller befinner sig i ett beroendeförhållande till producenten. Förskola, skola och kommunal fritidsverksamhet finansieras alla av en tredje part och mottagaren av tjänsterna, barnen, har svårt att bedöma kvaliteten. Det är därför angeläget med en förstärkt kvalitetskontroll av verksamheter riktade till dem och att stat och kommun, ansvarar för att kontrollen genomförs. Det är viktigt att man på verksamhetsnivå i enskilda skolor, förskolor, fritidshem m.m. involveras i detta arbete.

Syftet med den är i första hand att stödja kvalitetsfrämjande processer. Kontrollen bör inriktas på såväl verksamhetens struktur som på processerna och på resultaten.

En kontroll av strukturen innebär att man undersöker om en skola eller enhet uppfyller på förhand uppställda normer för exempelvis personaltäthet, på kvalitet hos personalen och på planer för att förebygga mobbning.

Den andra formen av kvalitetskontroll gäller processer, vilket kan innebära kontroll av antalet elever som upplever att de lärt sig något, andelen elever som har individuella studieplaner eller andelen som upplever studiesituationen som lugn och fokuserad.

Den tredje formen av kontroll gäller resultaten, dvs. utfallet vid nationella prov eller den psykiska hälsan skattad med hjälp av standardiserade instrument.

Fram till början av 1980-talet fanns vissa statliga regler för de områden som var kopplade till statsbidragen till kommunerna. Numera svarar dock kommunerna själva för verksamheten medan staten lägger fast de övergripande målen samt följer upp och utvärderar. Det är därför viktigt att tydliga och uppföljningsbara mål finns utformade så att en kontroll av verksamhetens kvalitet kan genomföras.

Barnpsykiatrikommitténs förslag att göra återkommande mätningar av barns och ungdomars psykiska hälsa ger enligt vår mening ytterligare möjligheter att vidta åtgärder om den psykiska hälsan tenderar att utvecklas negativt. Innebörden av förslaget är att tvärsnittsundersökningar skall genomföras vart tredje år av hela årskurser elever i åldersintervallet 11–16 år. Motivet bakom att göra undersökningarna på hela årskurser är att kommunerna därigenom får tillgång till lokala data och en praktisk möjlighet att bryta negativa trender.

11.3 Äldre

11.3.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Utveckling av hälsa och funktionsförmåga hos äldre³⁰

Allmänt hälsotillstånd

De äldres hälsa och funktionsförmåga har i Sverige framförallt undersökts genom SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). Undersökningarna har pågått sedan år 1975 med avseende på åldersgruppen 65–74 år och fr.o.m. år 1980 i fråga om åldersgruppen 75–84 år. Uppgifter om personer 85 år och äldre saknas i ULF-materialet med undantag för en studie år 1989 om denna åldersgrupp. Här redovisas uppgifter för år 1995.³¹ I vissa fall görs jämförelser mellan detta år och åren 1975 resp. 1980.

I åldersgruppen 65–74 år uppper omkring 74 procent av männen och kvinnorna att de har minst en långvarig sjukdom eller besvär. Motsvarande för åldersgruppen 75–84 år är 80 procent för männen och 82 procent för kvinnorna. För personer över 85 år (gäller enbart ULF-undersökningen 1989) är andelarna för båda könen nästan 90 procent.

Trots att merparten av de äldre har minst en långvarig sjukdom eller besvär anser drygt 60 procent av männen och 54 procent av kvinnorna i åldern 65–74 år att de har ett gott allmänt hälsotillstånd. Motsvarande för åldersgruppen 75–84 år är 47 procent av männen och 41 procent av kvinnorna. För gruppen 65–74 år har andelen med ett gott allmänt hälsotillstånd ökat med 7–8 procentenheter under en 20-årsperiod. Någon motsvarande förändring sedan år 1980 bland 75–84-åringarna har inte angetts.

Den redovisade nivåskillnaden mellan 65–74-åringarna och 75–84-åringarna i fråga om ett gott allmänt hälsotillstånd finns också i allt väsentligt när det gäller ett dåligt allmänt hälsotillstånd. Andelen personer i gruppen 65–74 år med ett dåligt hälsotillstånd sjönk under perioden 1975–1995 från ca 15 till 9 procent för både män och kvinnor. Motsvarande utveckling i gruppen 75–84 år var en minskning av dåligt

³⁰ Primär källa är Statistiska centralbyrån, *Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975–1995*, Levnadsförhållanden, Rapport 91. Stockholm 1997. Utöver ULF-materialet i denna källa bygger avsnittet i huvudsak på följande referenser: Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport 1997*, SoS-rapport 1997:18; Andersson L, *Hälsoläget hos äldre. I: Nationella folkhälsokommittén, Gammal och frisk? – Om äldres hälsa*, Stockholm 1998.

³¹ Uppgifter för år 1995 är baserat på medelvärden för perioden 1992–95 enligt Statistiska centralbyrån (1997), a.a. s. 13.

allmänt hälsotillstånd från 18 till 14 procent bland männen och från 20 till 18 procent bland kvinnorna under tiden 1980–1995. Värdena för den äldre gruppen är inte statistiskt säkerställda.

Sammanfattningsvis redovisar en växande andel äldre att hälsotillståndet är gott, medan en minskande andel anger att hälsotillståndet är dåligt. Det kan särskilt noteras att andelen personer som uppger att de har ett gott hälsotillstånd har ökat i gruppen yngre-äldre i åldern 65–74 år. Det kan vidare noteras att kvinnors allmänna hälsotillstånd är något sämre än mäns i de åldersgrupper som redovisas.

Sjukdomsförekomst hos äldre

De vanligaste långvariga sjukdomarna enligt ULF-materialet bland äldre, både för män och kvinnor, är hjärt- och kärlsjukdomar. Mellan 35 och 50 procent av personer i åldern 65–84 år har någon sådan sjukdom år 1995.

Psykisk ohälsa i form av ångest, oro och depressioner är vanligare bland äldre än yngre personer. Kvinnor i åldersgruppen 65–74 år, har år 1995 självskattade sömnbesvär i dubbelt så hög utsträckning som männen (36 resp. 18 procent). Svåra besvär av ångslan, oro eller ångest är vidare tre gånger vanligare bland kvinnor än män (6 resp. 2 procent). Skillnaderna mellan män och kvinnor i åldersgruppen 75–84 år i fråga om sömnbesvär, ångslan, oro eller ångest har samma mönster som för de yngre-äldre (65–74 år), men med en något högre nivå för de äldre-äldre, särskilt i fråga om sömnbesvär.

Demens är ett samlingsbegrepp för ett antal sjukdomar som drabbar minne, språk, orienteringsförmåga, tankeförmåga och personlighet. Alzheimers sjukdom är den vanligaste och svarar för ca 60 procent av demenssjukdomarna. Demens ökar med stigande ålder. Från att drabba några få procent i åldern 65–74 år, ökar insjuknandet därefter kraftigt. Bland personer som är 85 år och äldre har drygt 20 procent en demenssjukdom.

Risken att få cancer är åldersrelaterad. Den ökande medellivslängden är i sig en viktig anledning till ökningen av cancerincidens. Det beräknas att var tredje svensk kommer att insjukna i cancer någon gång under sitt liv. Vart femte dödsfall har cancer till orsak.

Förekomst av diabetes ökar med stigande ålder. I 70-årsåldern har 10–15 procent diabetes och i 80-årsåldern gäller detta ca 20 procent. Personer med diabetesjukdom har större risk att få hjärt- och kärlsjukdom än andra.

Sjukdomar i rörelseorganen är mycket vanliga bland äldre. Ledbesvär och värk är vanliga hos minst varannan individ. Drygt en tredjedel av

kvinnorna och knappt en fjärdedel av männen över 64 år har sjukdomar i rörelseorganen. Under perioden 1988–1995 har en viss förbättring skett när det gäller värk och svår värk i skuldror, axlar och nacke både bland män och kvinnor som är 65 år och äldre. Detsamma gäller för ryggvärk.

Osteoporos (benskörhet) är en sjukdom i skelettet som utmärks av låg bentäthet och förändrad mikrostruktur i skelettet med nedsatt hållfasthet och risk för benbrott som följd. Sjukdomen drabbar i första hand kvinnor. Vanliga benskörhetsfrakturer är handledsbrott, kotfrakturer och höftfrakturer. Andelen med sjukdomen ökar med åldern. Bland 80-åriga kvinnor har drygt en tredjedel osteoporos.

Äldres munhälsa har förbättrats markant under de senaste decennierna. Indikatorer på ett förbättrat hälsotillstånd är t.ex. en minskning av tandlöshet och en ökning av andelen äldre som har egna tänder. Andelen personer med egna tänder har ökat i åldersgruppen 65–74 år från 48 procent år 1975 till 83 procent år 1996. Kvaliteten på de egna tänderna är emellertid i vissa fall dålig.

Av redovisningen framgår sammanfattningsvis att psykisk ohälsa, sjukdomar i rörelseorganen och osteoporos drabbar kvinnor i högre grad än män. Uppgifterna om övriga sjukdomar särredovisar inte situationen med avseende på kön.

Äldres funktionsförmåga

En kraftig förbättring har enligt ULF-materialet skett under de senaste decennierna när det gäller rörelsehinder. Andelen personer i åldersgruppen 65–74 år med rörelsehinder har minskat för män från 19 till 13 procent och för kvinnor från 28 till 18 procent mellan åren 1975 och 1995. Förbättringen är ytterligare accentuerad i åldersgruppen 75–84 år där andelen med rörelsehinder har minskat från 41 till 26 procent för män och från 52 till 42 procent för kvinnor sedan år 1980.

Vissa förbättringar har också skett under de nämnda tidsperioderna när det gäller äldres syn, medan hörseln hos äldre däremot har försämrats i viss omfattning. Siffrorna för syn och hörsel är dock statistiskt osäkra.

Socialstyrelsen har i en särskild Ädel-ULF-studie år 1994 belyst de hemmaboende äldres funktionsförmåga i åldern 75 år och uppåt.³² Av studien framgår att 8–9 procent av de äldre i åldern 75–79 år har minst en begränsning i förmågan till oberoende liv (ADL), där förmågan har

³² Parker M. G, Thorslund, M Ahacic K. De äldres funktionsförmåga. I: Socialstyrelsen, *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård*, Ädelutvärderingen 1996:6.

mätts med avseende på toalettbesök, förflyttning, på- och avklädning samt bad och dusch. Andelarna ökar därefter till 13–18 procent i gruppen 80–84 år och 26–31 procent i gruppen 85 år och äldre. De högre andelarna för resp. åldersgrupp gäller kvinnor och de lägre män. Nedläggningar i instrumentell ADL (I-ADL), dvs. begränsningar i aktiviteter som matinköp, matlagning, städning och tvätt, är vanligare än begränsningar i ADL-aktiviteter. I åldersgruppen 75–79 år uppgår 17–19 procent åtminstone en begränsning. Motsvarande i grupperna 80–84 resp. 85+ är 29–30 och 53–57 procent. För I-ADL aktiviteter är genderförhållandet det motsatta, dvs. kvinnor har lägre procentandelar än män i alla åldrar när det gäller begränsningar.

Socioekonomiska och etniska skillnader i hälsa

Äldres ekonomi

Enligt den fördelningspolitiska redogörelsen i budgetpropositionen 1998/99:1 har ålderspensionärerna som grupp fått en genomsnittlig ökning av sin ekonomiska standard med ca 5 procent mellan åren 1991 och 1998. Denna förbättring beror helt på högre inkomster hos nytillträdande pensionärer under perioden. Ser man istället till utvecklingen av den ekonomiska situationen för de äldre pensionärerna har dessa fått en genomsnittlig försämring av sin disponibla inkomst efter skatt. För perioden 1991–1996 är denna försämring 3 procent i genomsnitt.³³ Skillnaderna är stora mellan olika grupper inom äldregruppen. Äldre personer med låg ATP har en avsevärt sämre situation än yngre med hög ATP. Vidare har kvinnor en sämre situation än män bl.a. beroende på att äldre kvinnor har förvärvsarbetat i mindre utsträckning än männen. Eftersom kvinnorna lever längre än männen i genomsnitt finns det vidare en grupp ensamma äldre kvinnor med mycket låga inkomster. Enligt en studie som Socialstyrelsen genomfört hade 130 000 personer år 1995 en inkomst som var lägre än socialbidragsnormen efter skatt och betalda boendekostnader.³⁴

³³ Ds 1999:5, *Sämlre för mig, bättre för oss*, Socialdepartementet.

³⁴ Socialstyrelsen, *Äldrehushåll under socialbidragsnormen*, Ädeluppdraget 1998:3.

Socioekonomiska skillnader i hälsa

I Socialstyrelsens Ädel-ULF-studie från år 1994 redovisas uppgifter om socioekonomisk klass, hälsa och funktionsförmåga bland personer över 75 år.³⁵ Fyra klasser belyses, nämligen okvalificerade arbetare, kvalificerade arbetare, tjänstemän samt jordbrukare och företagare. Här redovisas några värden för okvalificerade arbetare och tjänstemän.

Andelen äldre med en dålig självskattad hälsa är 22 procent bland okvalificerade arbetare och 12 procent bland tjänstemän. Motsvarande för nedsatt rörlighet är 45 resp. 35 procent.

Andelen äldre som inte klarar dagliga ADL-aktiviteter är 18 procent för okvalificerade arbetare och 14 procent för tjänstemän. Andel äldre som inte klarar dagliga I-ADL-aktiviteter är på motsvarande sätt 34 resp. 23 procent.

Andelen äldre som saknar en kontantmarginal i det avseendet att de inte kan få fram 12 500 kronor på en vecka är 17 procent bland okvalificerade arbetare jämfört med 5 procent bland tjänstemän.

*Etniska skillnader i hälsa*³⁶

Utomlands födda personer utgjorde 10,8 procent (954 231) av befolkningen i december 1997. Andelen 65 år och äldre i den utlandsfödda gruppen var 13,5 procent, dvs. fyra procentenheter lägre än andelen äldre i hela befolkningen. Bland de äldre utgjorde kvinnorna drygt 60 procent.

Data som belyser äldre invandrades hälsosituation saknas i stor utsträckning. Vid en jämförelse mellan invandrare i alla åldersgrupper och infödda svenskar i motsvarande åldrar framgår att dubbelt så hög andel, 9 procent, bland invandrarna uppger att deras allmänna hälsotillstånd är dåligt. De har vidare i större utsträckning besvär av någon långvarig sjukdom eller höggradigt nedsatt funktionsförmåga eller rörelsehinder. Invandrare har också oftare kontakt med läkare men besöker tandläkare mer sällan.

Invandrarnas ekonomiska situation är betydligt sämre än den övriga befolkningens. Invandrarnas boende är vidare till stor del koncentrerat till de tre storstadsregionerna. Invandrarna har färre grannkontakter och

³⁵ Thorslund M, Lundberg O, Parker M G, Ahacic K. Klass, hälsa och funktionsförmåga bland de allra äldsta. I: Socialstyrelsen (1996). *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård*, Ädelutvärderingen 1996:6.

³⁶ Avsnittet bygger på Folkhälsoinstitutet, *Liv till åren – Regeringsuppdrag angående hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för äldre*. Stockholm 1998.

mindre kontakter med arbetskamrater utanför arbetet än vad infödda svenskar har.

Faktorer som påverkar hälsan hos äldre³⁷

Äldres hälsa påverkas av socioekonomiska och miljömässiga livsvillkor samt levnadsvanor på samma sätt som gäller för andra. Därtill kommer att åldrandeprocessen som sådan medför kroppsliga och andra förändringar som har betydelse för hälsan. Kroppens celler och vävnader förändras, organens reservfunktioner minskar, funktioner som gång, hörsel, syn, minne m.fl. påverkas. Många fysiska och mentala funktioner är i dag relativt oförändrade fram till 70–75 års ålder. Därefter blir funktionsnedsättningar allt vanligare vilket bl.a. yttrar sig i svårigheter att klara av olika dagliga aktiviteter. I avsnittet redovisas primärt olika friskfaktorer för hälsa. Riskfaktorer för sjukdom tas inte upp särskilt. En redovisning av sådana finns i rapporten *Äldre* som har utarbetats av kommitténs arbetsgrupp för äldrefrågor.³⁸

Egen kontroll över livssituationen

Flera forskare har intresserat sig för det ”framgångsrika åldrandet” och de faktorer som har samband med det. Data från den amerikanska Alameda County-studien visar bl.a. att god inkomst, normal vikt, icke-rökning och måttlig alkoholkonsumtion har samband med en god fysisk förmåga. Andra forskare har funnit belägg för att oberoende och socialt stöd är nyckelfaktorer för ett framgångsrikt åldrande. Äldreforskare betonar den stora betydelse som den enskildes kontroll över sin livssituation har för vidmakthållandet av hälsa och funktionsförmåga. Begreppet kontroll innebär i detta sammanhang framför allt att den enskilde har tillgång till resurser för att styra sitt liv och upprätthålla sina vanor. Det kan gälla bl.a. ekonomiska och sociala resurser, sysselsättning, tillgång till tjänster och att bostaden och den fysiska miljön är tillgänglig. Förlust av oberoende medför sänkt livskvalitet som i sin tur sätter ned motståndskraften.

³⁷ Avsnittet bygger i huvudsak på Folkhälsoinstitutet (1998), a. a.

³⁸ Nationella folkhälsokommittén, *Äldre*, Rapport från arbetsgruppen för äldrefrågor, underlagsrapport nr 12, Stockholm 1999.

Fysisk, psykisk och social aktivitet

En annan viktig faktor för ett hälsosamt åldrande är fysisk, psykisk och social aktivitet. Fysisk aktivitet har t.ex. positiva effekter på en rad sjukdomar såsom ledbesvär, högt blodtryck, tjocktarmscancer, depression och ångest. Vidare finns ett klart samband mellan fysisk aktivitet och funktionsförmåga. Kondition, muskelstyrka och balans är exempel på funktioner som påverkas av fysisk aktivitet. Risken för fallolyckor och frakturer minskar med regelbunden fysisk aktivitet. Därtill minskar fysisk aktivitet risken för hjärt- och kärlsjukdöd och sjukdom. Redan vid låg fysisk aktivitet uppstår en effekt som sedan ökar med ökande aktivitetsgrad. Naturbaserade fysiska aktiviteter och annan rekreation har vidare stor betydelse för äldres hälsa, livskvalitet, oberoende och vårdkonsumtion. Rekreativa aktiviteter kan enligt vissa studier vara viktigare för äldre kvinnors och mäns livskvalitet än både inkomst-, hälso- och yrkesstatus.

Sociala aktiviteter, t.ex. gemenskap med familj, släkt och vänner, har stor inverkan på äldres hälsa. Även kontakt med djur har hälsoeffekter. Det sociala nätverket är viktigt inte minst när man lämnar sin arbetsplats och blir pensionär, när livspartnern dör, när man blir sjuk eller behöver ökat socialt stöd på grund av tilltagande ålder. Traumatiska förändringar som t.ex. att mista sin livspartner kan påverka immunförsvaret, användningen av droger och läkemedel, sjukvårdskonsumtionen, förmågan att klara sig själv och även dödligheten. Effekterna blir vidare ofta mer negativa för män än för kvinnor beroende på att män vanligtvis har färre sociala kontakter än vad kvinnor har.

Fortsatt sexuell aktivitet under ålderdomen är en hälso- och livskvalitetsfråga som uppmärksammas alltmer.³⁹ Forskning om äldres sexualitet visar att många kvinnor och män fortfarande är sexuellt aktiva och har kvar ett sexuellt intresse, även i de högsta åldrarna. Svenska erfarenheter visar att äldre människor i ökande grad anser sig ha rätt till ett fungerande sexliv.

Mat

Äldre människor behöver en mindre mängd energi än yngre men i allmänhet lika mycket icke energigivande näringsämnen som yngre. Vitamin D och kalcium är särskilt viktiga näringsämnen och kostkomponenter. Båda har betydelse för att förebygga benskörhet och höft-

³⁹ Studier om äldres sexualitet finns i bl.a. Skoog I Sexualitet hos äldre. I: Lundberg, P-O (red), *Sexologi*, Liber Utbildning 1994: 104–113 samt i artiklar om sexualitet i Tidskriften *Äldre i Centrum* nr 2/1995.

ledsfrakturer. Kostfibrer är en annan ingrediens i maten som är betydelsefull. Äldres konsumtion av fiberrik mat är ibland för låg med en ökad risk för förstoppning och diabetes som följd. Det finns starka belägg för att mat som innehåller mycket grönsaker, frukt och bär bidrar till att minska risken för vanliga cancerformer. Behovet av protein ökar ofta vid sjukdom. Behovet är särskilt stort för äldre som har infektioner, bensår och andra mer eller mindre kroniska sjukdomar. Mängden kroppsvätska minskar med stigande ålder. Förmågan att känna törst minskar likaså, särskilt hos mycket gamla personer. Genom riklig vätsketillförsel kan störningar i vätskebalansen och följder av störningar såsom diarréer, feber och njursjukdom förebyggas.

Det har beräknats att ca tio procent av äldre personer i Sverige i 70–80-årsåldern löper risk för undernäring i olika avseenden. Riskgrupper för undernäring är äldre med kort utbildning resp. låg inkomst, ensamboende, änkor och änklingar, personer som inte äter lagade måltider regelbundet, personer med funktionshinder samt personer med depressioner eller andra psykiska åkommor.

Boende- och samhällsmiljö

Boendestandard är en nyckelfråga när det gäller äldres hälsa. Oro för att inte kunna bo kvar i den egna bostaden kan innebära risk för psykisk ohälsa. Omvänt kan möjlighet att bo kvar och att få hjälp med standardförbättringar av boendemiljön medföra bibehållen självkänsla och psykiskt välbefinnande. Folk- och bostadsräkningen år 1990 visar att de äldres boendeförhållanden inte längre skiljer sig från befolkningens i övrigt i något väsentligt avseende. Mycket få äldre personer var trångbodda och endast tre procent saknade dusch eller bad. En fjärdedel av de äldre bodde dock en eller flera trappor upp i sitt hus utan tillgång till hiss och 80 procent kunde inte nå sin bostad med rullstol utan hjälp. Faktorer som i övrigt har betydelse för äldres möjligheter att bo kvar i den egna bostaden är t.ex. utformningen av badrummet, möjligheten att använda tvättstugan och förekomsten av trappsteg för att nå en hiss i fastigheten.

Utformningen av miljön mer allmänt är även av intresse från hälsosynpunkt. Äldre behöver kunna röra sig fritt och känna trygghet även utanför hemmet. Det innebär att äldre har behov av en god trafikmiljö både när det gäller gångbanor, övergångsställen och utformning av fordon i kollektivtrafiken. Det innebär vidare bl.a. att media och information i olika former bör avpassas till äldres förutsättningar.

Effekter för målgruppen resp. samhället

Att förbättrad hälsa innebär vinster för enskilda och samhället i termer av livslängd, livskvalitet och minskning av sjukdom och funktionsnedsättning är uppenbart. I förlängningen av en förbättrad hälsa finns också en möjlighet att behovet av omsorg, omvårdnad och behandling kan minska och att det därmed uppstår vinster i samhället även i monetära termer.

Kommitténs arbetsgrupp för äldrefrågor redovisar i sin rapport att uppsökande äldrehälsovård i Danmark bland personer som är 75 år och äldre har inneburit vinster i såväl hälsomässiga som ekonomiska termer.⁴⁰ Mot bakgrund av bl.a. detta antar arbetsgruppen att positiva hälsoeffekter kan uppnås om åtgärder sätts in även inom andra områden än uppsökande äldrehälsovård och om åtgärder inkluderar äldregruppen som helhet och eventuellt även de som är 55–64 år.

11.3.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

Bestämningsfaktorerna för äldres hälsa har beskrivits i föregående avsnitt. Det handlar om åldrandeprocessen och de kroppsliga och andra förändringar som följer med denna. Det gäller vidare äldres möjligheter till oberoende och kontroll över sin livssituation inkl. deras inkomst- och sociala situation m.m. Det gäller också den fysiska, sociala, sexuella, kulturella och kognitiva aktivitet som äldre deltar i. Det handlar om den mat äldre äter och den matsituation de har. Det handlar även om den bostadsstandard och de allmänna samhällsförhållanden som utgör miljö för äldres liv. Det gäller därtill de tjänster som äldre har eller inte har tillgång till.

Förekomsten av bestämningsfaktorerna hos olika grupper av äldre liksom äldres hälsosituation varierar könsmässigt, socioekonomiskt, etniskt och geografiskt. Orsaken till denna variation är naturligtvis komplicerad. På ett allmänt plan handlar det om att äldre har olika ekonomiska, sociala och miljömässiga livsvillkor, skilda levnadsvanor och olika tillgång till tjänster som är viktiga för hälsan. I en djupare mening handlar det om ackumulerade konsekvenser av människors fortgående skilda sociala och andra villkor under livets gång.

Påverkansmöjligheter

⁴⁰ Nationella folkhälsokommittén (1999), *Äldre*, a.a.

Bestämningsfaktorerna för äldres hälsa är påverkbara i större utsträckning än vad som kanske i allmänhet uppfattas som möjligt. Det innebär att det finns en stor potential för förbättringar som skulle kunna realiseras genom framgångsrika folkhälsoinsatser.

Ett hälsofrämjande arbete bör i första hand inriktas på att ge äldre förutsättningar till kontroll över sin livssituation och att leva ett aktivt liv, att bli tagen i anspråk, att uppleva deltagande och gemenskap samt att få kunskaper, lust och intresse till att upprätthålla eller etablera en livsstil med hälsosamma levnadsvanor. Detta berör den enskilde själv och de anhöriga men är också en uppgift för hela samhället inkl. offentliga organ som socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt frivilliga organisationer. Det handlar bl.a. om att motverka tendensen till för tidig avgång ur arbetslivet, att skapa möjligheter till aktiviteter i bostadsområden, att stimulera arbete och gemenskap i olika typer av organisationer etc.

En del av de åtgärder som krävs faller på staten som t.ex. åtgärder för att främja äldres deltagande på arbetsmarknaden och skapa incitament till förvärvsarbete för äldre personer. Många tänkbara åtgärder ligger inom kommunernas verksamhetsansvar, såsom boende, trafik, parkanläggningar, stöd till föreningsverksamhet m.m. Även den kommunala vården och omsorgen har betydelse i sammanhanget genom stödet till kvarboende i den egna bostaden och utformningen av det särskilda boendet. Genom sitt inflytande på samhällsplaneringen kan kommunerna vidare aktivt verka för förändringar som har positiva effekter på de äldres hälsa och livssituation och söka motverka förändringar som tenderar att gå i motsatt riktning. Även företag, fackliga organisationer och intresseorganisationer och ideella organisationer har viktiga roller att spela för att ge äldre personer möjligheter och stimulans att fortsätta att leva som aktiva, behövda samhällsmedborgare.

Behov finns givetvis av motsvarande hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för åldersgrupperna före pensionsåldern. Det gäller därvid att ha en så god hälsa som möjligt vid inträdet i pensionsåldern och att ha en livsstil och levnadsvanor som i hög grad befrämjar en god hälsoutveckling.

Behov av statistik och av forskning och utvecklingsarbete

Kompletterande levnadsnivåundersökningar m.m.

Det finns behov av kompletterande levnadsnivåundersökningar för personer som är 85 år äldre. Vidare behövs en basstatistik där äldres socialgruppstillhörighet framgår. Även statistiken över äldre människors användning av service, omvårdnad och vård behöver byggas ut. Med det nuvarande sättet att föra verksamhetsstatistik inom hälso- och sjukvården resp. socialtjänsten uppstår bl.a. ett glapp i registreringen av medicinska insatser som ges till äldre från ca 80 års ålder. Även kompletterande statistik om äldres vård- och omsorgsanvändning behövs.

Behov av forskning och utvecklingsarbete

Den folkhälsoforskning om äldre som redovisas i regeringens proposition om den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) bör kompletteras i några avseenden. Det gäller bl.a. studier av skillnader i hälsa och i bestämningsfaktorer för hälsa mellan olika grupper av äldre, t.ex. i socioekonomiskt, utbildningsmässigt och etniskt hänseende samt studier av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser som kan bidra till att förbättra äldres livskvalitet och begränsa och senarelägga åldersrelaterade och invalidiserande sjukdomar, däribland demenssjukdomar.

Därutöver finns bl.a. forsknings- och utvecklingsbehov beträffande den aktiva mekanismen bakom positiva förebyggande resultat i uppsökande äldrehälsovård, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aspekter på socialtjänstens serviceinsatser, kommunernas bostadsanpassningsåtgärder och frivilligorganisationernas arbete. Det gäller också effekter av åtgärder med inriktning på äldres fysiska aktivitet, naturkontakt och mathållning samt vård och omsorg till äldre. Det gäller även utvecklingen av information riktad till äldre om livsstilsfrågor m.m. och hälsa. Forskningen när det gäller information om livsstilsfrågor bör bl.a. fokusera på hur äldre personer tar till sig kunskap om risk- och friskfaktorers inverkan på hälsan.

Vidare bör även de som är 75 år och äldre omfattas av forskning om äldres sexualitet. Ett annat angeläget forskningsområde är att belysa hur biståndsbedömningar av service och omvårdnad går till i praktiken både med avseende på insatser i eget boende och insatser i särskilda boendeformer. Forskningen bör inriktas på grunderna för kommunens biståndsbeslut. Kunskapen är begränsad om närståendes engagemang i service och vård, konsekvenser för de närstående, konsekvenser för den äldre, dennes situation, samspelet med den offentliga sektorns vård och

omsorg, stöd till närstående etc. Det är mot den bakgrunden viktigt att dessa förhållanden undersöks genom forskning.

När det gäller personer i åldern 50–64 år bör arbetslivs- och livsstilsfrågor uppmärksammas i ett hälsofrämjande perspektiv med syfte att få till stånd ett förbättrat kunskapsunderlag om dessa frågor och om åtgärder som främjar hälsa och förebygger sjukdom hos åldersgruppen.

11.3.3 Befintliga mål och strategier

Befintliga mål

För närvarande saknas svenska folkhälsopolitiska mål och strategier inom äldreområdet. Däremot finns nationella mål för äldrepolitiken i stort. Riksdagen beslutade om sådana mål i juni 1998 (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307).

Målen för den nationella äldrepolitiken är att äldre skall

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt, samt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

Målen ger ett klart uttryck för ett hälsofrämjande perspektiv på äldre människors behov och villkor och är därmed en grund även för en nationell folkhälsopolitik riktad till äldre. Med avseende på hälsa, sjukdom och funktionsnedsättningar hos äldre och de skillnader i hälsa som finns mellan olika grupper av äldre bör dock målen kompletteras.

WHO:s europaregion har i september 1998 antagit 21 nya hälsa-för-alla-mål för regionen. Sverige har ställt sig bakom de nya målen. I en situationsanalys beträffande äldres hälsa framhålls att möjligheterna för äldre att fortsätta att vara aktiva bör betonas mer än hittills. Mot den bakgrunden redovisar WHO följande mål med avseende på äldre i Europa.

”Till år 2020 skall människor över 65 år ha fortsatta möjligheter att kunna njuta av en god hälsa och delta aktivt i samhällslivet.

- För 65-åringar bör den förväntade återstående medellivslängden liksom förväntad återstående livstid utan funktionshinder öka med minst 20 procent.
- Andelen 80-åringar som har tillräckligt god hälsa för att bo i en hemmiljö, som tillåter och ger dem möjlighet att behålla sitt obero-

ende, sin självkänsla och sin plats i samhället, bör öka med minst 50 procent.”⁴¹

De nya WHO-målen betonar både ett långt liv, ett friskt liv och ett rikt liv. I andra mål som gäller för alla målgrupper, inte bara äldre personer, anges också mål om ett jämlikt liv i hälsöhänseende.

Befintliga strategier enligt en undersökning av hälsofrämjande verksamhet för äldre

Folkhälsoinstitutet gjorde under hösten 1997 en kartläggning av hälsofrämjande verksamhet för äldre genom kommuner, landsting och frivilliga organisationer.⁴² Bland organisationerna ingick pensionärsorganisationer centralt och på distriktsnivå samt idrottsorganisationer. Vidare ingick studieförbund och några andra organisationer, bl.a. Röda Korset och Nykterhetsförbundet IOGT/NTO. Verksamheterna som redovisas har samlats av institutet under allmänna rubriker. T.ex. omfattar begreppet kultur både läsecirklar, resor, teater, musik och föreläsningar. Verksamheterna redovisas i tabell 11.1. Antalet svar är 638 stycken, vilket innebär att de 453 huvudmännen i flera fall har redovisat mer än en verksamhet.

Tabell 11.1 Hälsofrämjande verksamheter i kommuner, landsting och organisationer

Typ av verksamhet	Antal svar
Fysisk aktivitet (promenader, gymnastik, boule, lättjogging, m.m)	210
Kultur/ underhållning (musik, teater, läsecirklar, kurser, resor, m.m)	113
Skadeförebyggande verksamhet	77
Matlagning, näringslära	48
Hobbyverksamhet (sömnad, snickeri, bakning, bridge, dans, m.m)	37
Kartläggning av äldres behov	23
Uppsökande verksamhet	20
Social samvaro (inte närmare specificerad)	62
Hälsofrämjande (inte närmare specificerad)	48

Källa: Folkhälsoinstitutet (1998), *Hälsofrämjande verksamhet för äldre – en kartläggning*, rapport 1998:15

⁴¹ *Hälsa 21. En introduktion till "Hälsa för alla"-policyn för WHO:s europa-region.* Socialdepartementet, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Nationella folkhälsokommittén. Stockholm 1999.

⁴² Folkhälsoinstitutet, *Hälsofrämjande verksamhet för äldre – en kartläggning*, Rapport 1998:15.

Av tabellen framgår att fysisk aktivitet är den verksamhet som de flesta har redovisat. Denna förstaplats är enligt Folkhälsoinstitutet positiv med tanke på den fysiska aktivitetens stora betydelse för hälsan.

Att skapa förutsättningar för äldre att leva ett aktivt liv i gemenskap med andra är ett syfte som har framhållits i flertalet av de redovisade svaren. Det framgår tydligt att ensamhet och social isolering uppfattas av de svarande som en faktor som bidrar till ohälsa. Oavsett om de aktiviteter man erbjuder de äldre består av motion, studiecirklar eller bingo så anses den sociala samvaron vara en väsentlig del av verksamheten. Opretentiösa verksamheter som t.ex. gemensamma kaffestunder framhålls mot den bakgrunden som betydelsefulla för de äldres välbefinnande.

Kommunerna är den vanligaste finansiären av de redovisade aktiviteterna. Ensamma eller tillsammans med andra medverkande är kommunerna finansiärer i nästan hälften av verksamheterna. Landstingen är helt eller delvis finansiärer i 98 av verksamheterna. Övriga finansiärer är i huvudsak de frivilliga organisationerna själva och nationella myndigheter.

Kartläggningen visar att det förekommer samverkan mellan kommuner, landsting och organisationer. Enligt Folkhälsoinstitutet borde denna samverkan kunna utvecklas mer. Pensionärsorganisationer, idrottsorganisationer och andra organisationer bedriver en omfattande verksamhet. Pensionärernas Riksorganisation (PRO) hade 220 000 deltagare under år 1996 i sina studiecirklar och grupper, över en miljon deltagare i olika motionsverksamheter samt en kontakt- och väntjänst som nådde 38 000 medlemmar under året. Sveriges Pensionärsförbund (SPF) har ett motsvarande arbete för sina 200 000 medlemmar som är fördelade på 880 föreningar. Förutom PRO och SPF har Riksförbundet PensionärGemenskap (RPG), Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF) och Svenska Kommunalpensionärs förbund verksamheter för de äldre. SPRF har t.ex. ett särskilt studiecirkelmateriel om åldrandet och hälsan. Även invandrarorganisationerna och idrottsorganisationerna har verksamheter för äldre.

11.3.4 Mål och strategier

Mål

1. Äldres egenkontroll över livssituationen skall stärkas

- Bättre möjligheter till förvärvsarbete för äldre personer skall skapas.
- Utslagning från arbetsmarknaden av personer i åldern 50–65 år skall förhindras.
- Den ekonomiska situationen för pensionärer som har låga inkomster skall förbättras.

2. Förutsättningarna för äldre att vara socialt aktiva skall förbättras

- Organisationernas hälsofrämjande aktiviteter bör stimuleras.
- Förebyggande servicetjänster skall öka.
- Uppsökande verksamhet med hälsosamtal och information om aktiviteter som främjar hälsan skall etableras.

3. Förutsättningarna för fysisk aktivitet och bra mathållning bland äldre skall förbättras

- Äldre skall erbjudas delta i gruppaktiviteter med inriktning på motion.
- Promenadvägar skall ses över med tanke på äldre.
- Alla äldre skall ha tillgång till naturkontakt.
- Information om mat till äldre, anhöriga och organisationer som riktar sig till äldre skall utarbetas och spridas.
- Äldre som bor hemma skall vid behov få sin mat tillagad.

4. Skador till följd av äldres hemmiljö skall förebyggas

- Lagen om bostadsanpassning skall ses över med inriktning att förebygga skador i hemmiljön.

Inledande synpunkter

Nationella folkhälsokommitténs arbetsgrupp för äldre frågor har mot bakgrund av målen för den nationella äldrepolitiken, WHO:s mål för äldre samt resonemang om bl.a. "det framgångsrika åldrandet" lämnat förslag till övergripande mål för den nationella folkhälsopolitiken med

inriktning på äldre personer. Arbetsgruppen har också lämnat förslag om ett stort antal mer konkreta mål.

De övergripande målen som kommenteras utförligt i arbetsgruppens rapport bör enligt gruppens mening vara att äldre skall kunna leva ett långt och aktivt liv med god livskvalitet, kunna leva ett friskt liv med bevarad funktionsförmåga långt upp i åren, kunna få stöd till en hälsosam livsstil genom information och genom utveckling av sociala och kulturella miljöer som främjar äldres hälsa, kunna välja en lämplig boendeform, samt ha tillgång till god vård och omsorg. Vidare skall jämlikheten i hälsa mellan olika grupper av äldre öka genom särskilda resursinsatser för de äldre som har den sämsta hälsan.

Kommittén delar självklart arbetsgruppens uppfattning när det gäller dessa övergripande mål. Från kommitténs sida vill vi särskilt fästa uppmärksamhet vid målet att äldre skall kunna få stöd till en hälsosam livsstil genom information och genom utveckling av sociala och kulturella miljöer som främjar äldres hälsa. Vi vill dock tillägga att det handlar om stöd genom såväl information som tjänster samt genom utveckling av sociala, kulturella och fysiska miljöer som främjar äldres hälsa och förebygger eller uppskjuter sjukdom, skador och funktionsnedsättningar. Det nämnda övergripande målet konkretiseras i ett antal mål som lyfts fram i den följande texten.

Mål, strategier och aktörer

Äldres egenkontroll över livssituationen skall stärkas

För närvarande finns en tidsgräns för inträdet i pensionsåldern som egentligen inte motiveras av någon fysisk eller psykisk gräns för alla individer i fråga om sysselsättningsförmåga. Vid 65 års ålder går äldre i pension, om de inte av hälsoskäl eller andra skäl har lämnat arbetsmarknaden dessförinnan. I promemorian Höjd ålder för avgångsskyldighet till 67 år (Ds 1999:39) presenterar regeringen ett förslag som innebär att åldern för avgångsskyldighet höjs från 65 år till 67 år. Förslaget avses träda i kraft om arbetsmarknadens parter inte har kommit överens om en motsvarande ändring före årsskiftet 1999/2000. Möjligheten att avtala om avgångsskyldighet före 65 års ålder avses behållas. Mot bakgrund av förslaget vill vi framhålla att möjligheterna till arbete i äldre åldrar bör förbättras ytterligare genom att bättre möjligheter till förvärvsarbete skapas för äldre personer. Skälet är att möjligheten till fortsatt arbete med sådana uppgifter som man är intresserad av och känner sig ha kompetens och kraft för, är positiv från hälsosynpunkt.

En breddning av möjligheten till fortsatt arbete är också framsynt enligt vår mening i det avseendet att medellivslängden och andelen äldre successivt ökar i befolkningen, att de vunna åren enligt forskningen inte är sjuka år utan friska samt att utbildningsnivån i pensionärsgruppen hela tiden höjs i takt med att nya pensionärer tillkommer. Därmed ökar potentialen för äldres fortsatta medverkan i arbetslivet.

En annan och mer allmän aspekt i sammanhanget är att äldres kunskap och kraft bör tas tillvara i samhället för samhällsutvecklingens skull och för de äldres egen skull, inkl. deras hälsa. Detta kan naturligtvis göras även på annat sätt än genom medverkan i arbetslivet. Vi tänker då på alla typer av sysselsättning som är meningsfull för den enskilde.

Tillgänglig statistik visar att medelålders personer i stort sett tycks ha det bra och att de är väl etablerade i samhälls- och arbetslivet. De har vidare en relativt välordnad ekonomisk situation och ett jämförelsevis gott hälsotillstånd som också har förbättrats långsiktigt. Det förhållandet att flertalet i gruppen har klarat de senaste decenniernas påfrestningar väl hindrar inte att vissa grupper kan ha mött och också har fått växande problem. Den s.k. åldersskuggan i arbetslivet har kommit att falla allt längre ner i åldrarna under 1990-talet och medfört att livssituationen för många medelålders personer har försämrats. Bland långtidsinskrivna vid arbetsförmedlingarna dominerar t.ex. de som tillhör åldersgruppen 45–55 år. Vi har i forskningsavsnittet framhållit att arbetslivsvillkor och livsstilsfrågor för personer i åldern 50–64 år bör studeras närmare. Här vill vi framförallt peka på att det behövs ett hälsopolitiskt mål med avseende på medelålders situation i arbetslivet. Vi menar att utslagning från arbetsmarknaden av personer i åldern 50–64 år skall förhindras. Skälet för detta är att tidig utslagning från arbetslivet ger grogrund för social isolering och psykisk ohälsa samt försvårar ett åldrande med god hälsa. Medelålders personer bör enligt vår mening kunna gå in i pensionsåldern, när detta blir aktuellt, med en stark egenkontroll inkl. de ekonomiska och sociala resurser som man tillägnar sig i arbetslivet.

Som framgår av avsnitt 11.3.1 har ålderspensionärerna som grupp fått en genomsnittlig ökning av sin ekonomiska standard hittills under 1990-talet, medan de äldre pensionärerna har fått en genomsnittlig försämring av sin disponibla inkomst efter skatt med 3 procent i genomsnitt under perioden 1991–1996. Bland dessa äldre pensionärer har de med de allra lägsta inkomsterna skyddats genom det särskilda bostadstillägget för pensionärer. För att återställa köpkraften för det stora flertalet pensionärer har fr.o.m. den 1 januari 1999 den tidigare nedsättningen av prisbasbeloppet med 2 procent vid beräkning av pensionsförmåner upphävts. Vidare har höjningar skett av ersättningsgraden för bostadstillägget för pensionärer så att denna är 90 procent fr.o.m. år 1999.

Allmänt gäller för pensionärer som för andra grupper i befolkningen att de behöver ekonomiska medel som är tillräckliga för att livssituationen skall kunna styras på det sätt man vill. Sett från vår utgångspunkt är det i första hand pensionärer med låga inkomster som bör få en förbättrad situation. Bland dessa finns äldre med mycket låga pensioner eller inga pensioner alls samt äldre som trots pensionsinkomster är fattiga genom att de har stora utgifter för tjänster. I avsnitt 11.3.1 redovisar vi att 130 000 pensionärer hade en inkomst år 1995 som var lägre än socialbidragsnormen efter skatt och betalda boendekostnader. Av rapporten Sämre för mig, bättre för oss (Ds 1999:5) som vi refererar till i samma avsnitt framgår att äldre personer som hade hemtjänst år 1996 hade en lägre inkomststandard (80 procent) av övriga pensionärens standard redan innan hemtjänstavgiften var betald. Då avgiften hade dragits ifrån inkomsten minskade denna andel med ytterligare 5 procentenheter. Vad som inte framgår av rapporten men som naturligtvis är viktigt är att äldre människor i allmänhet är konsumenter av flera olika typer av tjänster – sjukvård, tandvård, läkemedel, hemtjänst, resor etc. – och att den sammantagna ekonomiska effekten av detta kan vara ytterst påfrestande för den enskilde. Denna problematik menar vi bör uppmärksammas i ett både ekonomiskt och hälsomässigt perspektiv. Att flertalet av de nämnda tjänsterna är direkt viktiga för hälsan är ett extra skäl till en belysning av problematiken.

Förutsättningarna för äldre att vara socialt aktiva skall förbättras

Sociala aktiviteter, social gemenskap och socialt stöd har stor inverkan på äldres hälsa. Ett bra socialt nätverk är viktigt inte minst när man lämnar sin arbetsplats och blir pensionär, när livspartner dör, när man blir sjuk eller behöver ökat socialt stöd på grund av tilltagande ålder. Sociala aktiviteter har vanligen sin utgångspunkt i de verksamheter och miljöer där man har en förankring samt i släktskap, kamratskap eller intressen. Ett sätt att förbättra förutsättningarna för social aktivitet och gemenskap bland äldre är genom organisationslivet. Vi föreslår att organisationslivets hälsofrämjande aktiviteter bör öka.

För att förbättra äldre personers möjligheter till social gemenskap och hälsofrämjande aktivitet genom organisationslivet behövs både ett förstärkt allmänt stöd till organisationer som engagerar sig i sådana aktiviteter, och ett särskilt stöd för utveckling av förenings- och organisationslivet i äldres boende och närmiljöer. Tanken när det gäller ett förstärkt allmänt stöd är att organisationer som utvecklar aktiviteter och social gemenskap med syfte att främja äldre människors hälsa bör ges ett ekonomiskt och verksamhetsmässigt stöd för detta. Bostaden och

anslutande miljöer är en betydelsefull arena och utgångspunkt för alla människor i deras vardagsliv, men i synnerhet för äldre personer som är mer "stationära" i bostadsområdet än de som är yrkesverksamma. Ett förenings- och organisationsliv som medverkar till att utveckla sociala nätverk i boendet och därmed möjligheter till social samvaro och ömsesidig hjälp bland bostadsområdets medlemmar är synnerligen angeläget och bör stödjas ekonomiskt och verksamhetsmässigt med särskilda medel. Samverkan framhålls som särskilt viktig när det gäller utveckling av hälsofrämjande boende- och närmiljöer för äldre. Utöver organisationer, landsting och kommuner bör samverkan i detta sammanhang även handla om de bostadsföretag som förvaltar bostäderna där de äldre bor. När det gäller organisationssidan bör vidare uppmärksammas de möjligheter till samverkan som finns mellan olika organisationer, inkl. invandrarorganisationer.

Andelen personer som är 65 år och äldre som får service och omvårdnad i eget boende har minskat kraftigt under de senaste åren och är nu ungefär lika stor som andelen 65 år och äldre som har omvårdnadsinsatser i särskilt äldreboende. Förändringen innebär bl.a. att färre än för några år sedan får hemtjänst och att allt färre förebyggande inslag ges i hemtjänsten till dem som har hemtjänst. I en underlagsrapport till Socialstyrelsens årsrapport 1998 om Äldreuppdraget, redogör en forskargrupp i Lund för drivkrafter bakom omstruktureringen av hemtjänsten under åren 1992–97. I en kommentar till underlagsrapportens resultat framhåller Socialstyrelsen att neddragning av s.k. serviceinsatser knappast är motiverade utifrån kortsiktiga ekonomiska överväganden. Socialstyrelsen framhåller vidare att en betydande del av förklaringen till sänkta vårdkostnader och uppskjutna vårdbehov i Danmark i samband med uppsökande verksamhet bland äldre kanske ligger i att även begränsade hemhjälpinsatser har en förebyggande effekt.⁴³

Med tanke på att mindre hjälpinsatser av servicekaraktär kan ha viktiga förebyggande aspekter och att en neddragning av sådana insatser förmodligen inte innebär kostnadsbesparingar i ett kommunalt perspektiv, och enligt vår uppfattning sannolikt än mindre i ett samhälleligt sammanhang, vill vi betona att kommunernas ansvar enligt socialtjänstlagen för serviceinsatser till äldre bör förbättras där en nedrustning har skett. Vad som behöver lyftas fram är att enkla serviceinsatser kan ha en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande potential som man inte tidigare har uppmärksammat i tillräcklig utsträckning. Dessutom kan enkla serviceinsatser försvaras ekonomiskt, vilket har noterats ovan. Vi föreslår därför att förebyggande servicetjänster bör öka.

⁴³ Socialstyrelsen (1998), *Äldreuppdraget. Årsrapport 1998*, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:9.

Ett ökat ansvar för kommunerna för servicetjänster innebär inte att utförandet måste ske i kommunal regi. Vi menar tvärtom att det är positivt om dessa tjänster kan utföras genom frivilliga insatser. De kan utvecklas till medborgaråtaganden som i sig kan vara förebyggande genom att öka förutsättningarna för positiva sociala relationer och socialt stöd. I dag växer s.k. frivilligcentraler i Sverige mycket snabbt. Det finns närmare 100 sådana sammanslutningar där aktiviteten i sig är viktigare än organisationstillhörigheten eller medlemskapet. Fortfarande står de dock för en liten andel av de sociala serviceinsatserna. Erfarenheter från utvecklingen av frivilligcentraler i de skandinaviska länderna under 1990-talet visar att framgången för dessa är beroende på om ett visst stöd ges från kommunerna så att det kan etableras en samordnande funktion som står för kontinuitet och vidareutveckling av verksamheten.

Kommitténs arbetsgrupp om äldre föreslog i sin rapport Äldre att personer som är 75 år eller äldre bör erbjudas möjlighet att få årliga besök i hemmet av medicinskt och socialt utbildad personal för hälsosamtal, för erbjudande av hälsoundersökning och för information om aktiviteter och stödmöjligheter som främjar hälsa och förebygger sjukdomar. I den uppsökande verksamheten bör landsting och kommuner samverka enligt arbetsgruppen. Skälen för gruppens förslag är positiva erfarenheter av sådan verksamhet i Danmark (se ovan) och att motsvarande hälsovinster bland äldre bör kunna uppnås i Sverige om åtagandet görs obligatoriskt. Vi anser att en verksamhet med föreslagen inriktning är önskvärd och viktig från hälsosynpunkt. Vi föreslår därför att en uppsökande verksamhet med hälsosamtal och information om aktiviteter som främjar hälsan etableras i någon form. Riksdagen har anslagit initiativmedel för ett försök med uppsökande verksamhet bland äldre under perioden 1999–2001 (prop. 1998/99:1, bet. 1998/99:SoU1, rskr. 1998/99:104). Den exakta utformningen och ev. lagregleringen av en sådan verksamhet blir därmed en fråga för regeringen och riksdagen att besluta om vid ett senare tillfälle.

Förutsättningarna för fysisk aktivitet och bra mathållning bland äldre skall förbättras

Äldres intresse för motionsaktiviteter kan påverkas positivt och med goda resultat. Ett sätt är att informera äldre om innebörden av det normala åldrandet och om olika livsstilsfaktorer liksom vikten av fysisk aktivitet. Till informationen kan kopplas ett erbjudande om deltagande i gruppaktiviteter såsom promenader, gymnastik och bassängträning. I

Göteborg har i samband med de s.k. H 70-studierna sådana erbjudanden inneburit startandet av bl.a. ett stort antal promenadgrupper.⁴⁴

En annan åtgärd för att öka förutsättningarna för äldre att öka sin fysiska aktivitet är att förbättra "infrastrukturen" för sådan aktivitet. Lämpliga åtgärder är t.ex. att kommunerna regelbundet ser över sina gångstråk, trottoar-, och parkmiljöer. Miljöerna skall vara säkra både när det gäller beläggningen och eventuell fordonstrafik. Vidare är det viktigt att miljöerna "inbjuder" positivt till promenader, jogging, boulespel m.m. och att det finns bänkar utsatta vid promenadvägar med jämna mellanrum och inom lagom avstånd så att äldre personer kan sätta sig och vila vid promenader m.m. Många äldre och då främst kvinnor är rädda för att bli antastade eller överfallna under fritidsutövande. De har behov av att finnas i en trygg och säker miljö. Också i det avseendet kan anknytning till organisationer spela en stor roll för att aktivering skall komma till stånd. Även detta bör uppmärksammas vid anslagsgivning till organisationer.

Alla äldre bör ha tillgång till naturkontakt. Situationen för äldre personer som har omvårdnad och vård i särskilda boendeformer bör uppmärksammas särskilt. I sådant boende bör finnas möjlighet till daglig fysisk aktivitet. Vidare bör äldre i sådant boende ha tillgång till kontakt med naturen i så stor utsträckning som möjligt. Som framgår av redovisningen i avsnitt 7.2 om grönområdets betydelse, visar institutionsboende äldre personer positiva reaktioner på att få vistas ute en kortare tid per dag, bl.a. med avseende på koncentrationsförmågan. Vi vill tillägga att behovet av utevistelse naturligtvis också gäller dem som ges omvårdnad och vård i det egna hemmet. Vi anser vidare att behovet av fysisk aktivitet och naturkontakt skall beaktas i biståndsbedömningen av service och omvårdnad så att äldre ges ett tillräckligt tidsmässigt utrymme för att få denna aktivitet och kunna vistas utomhus. Vi vill erinra om att interner vid svenska fångvårdsanstalter har rätt till en viss tids (vanligen en timma) utevistelse per dag. Även äldre i behov av omvårdnad och vård borde enligt vår mening ha samma rätt.

Mot bakgrund av de synpunkter som vi har redovisat om bl.a. stöd till organisationer för hälsofrämjande verksamhet, mer servicetjänster för äldre och uppsökande verksamhet med hälsosamtal m.m. är det naturligt för oss att föreslå att dessa aktörer får tillgång till en god information om den fysiska aktivitetens och matens betydelse för hälsan, en information som de i sin tur kan förmedla vidare inom ramen för sina resp.

⁴⁴ Eriksson B G, Mellström D, Svanberg A. A medical-social intervention in a 70-year-old Swedish population. A general presentation of methodological experience. *Comprehensive Gerontology* 1987;1:49–56.

verksamheter. Utöver detta behövs information som riktar sig direkt till olika grupper av konsumenter.

Vi vill också lyfta fram mathållningens sociala sammanhang. Att äta fullvärdig mat är förutom kunskap om vilken mat som är hälsosam också en fråga om det sammanhang i vilket maten intas. Att vara ensam och isolerad innebär t.ex. genomsnittligt sett en kraftig risk för att maten skall förlora i betydelse för den enskilde ju äldre denne blir. Det har beräknats att ca tio procent av äldre personer i Sverige i 70–80-årsåldern löper risk för undernäring i olika avseenden. Åtgärder för en god mathållning bland äldre bör mot denna bakgrund bl.a. omfatta en uppmärksamhet på och stöd till vidmakthållande och i vissa fall uppbyggnad av äldres sociala nätverk. Vägar för detta är bl.a. anhörigstöd, organisationsstöd och en förbättring av den förebyggande servicen till äldre genom socialtjänsten eller annan utförare. Problemet med undernäring hos äldre som ges omvårdnad och vård i särskilda boendeformer och på sjukhus berörs i det särskilda avsnittet om mat och belyses inte här.

Äldre kan vidare behöva få mat tillagad hemma. När det gäller socialtjänstens insatser vill vi starkt understryka att distributionen av matlådor till hemmaboende ensamma personer som inte själva kan laga mat, har vissa inhumana drag och rymmer risker från hälsosynpunkt för de äldre som berörs. Eftersom kommunerna i praktiken bestämmer den enskildes mathållning när han eller hon inte kan laga sin mat själv, bör kommunerna ta ett större ansvar och bättre än för närvarande beakta sambandet mellan mat och hälsa. Även när äldre kan laga mat själv kan det i vissa fall vara viktigt att äldre får mat tillagad hemma.

Skador till följd av äldres hemmiljö skall förebyggas

En uppsökande verksamhet bland äldre som har beskrivits ovan bör bl.a. ha till syfte att bedöma bostadens och närmiljöns standard från aktivitets- och skadesynpunkt och att ge information om de möjligheter som finns att vid behov anpassa boendemiljön. Vid behov av anpassning förutses att en särskild expert gör en fördjupad undersökning och tar initiativ till åtgärder.

Regler om stöd för bostadsanpassning anges i lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m. Lagen har till ändamål att genom bidrag till anpassning av bostäder ge personer med funktionshinder möjlighet till ett självständigt liv i eget boende. Vi anser att reglerna om bostadsanpassningsbidrag bör kompletteras så att bostadsanpassning kan ske även i ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande syfte. Mot

bakgrund av detta föreslår vi att lagen om bostadsanpassningsbidrag skall ses över med inriktning att förebygga skador i hemmiljön.

11.4 Invandrare

11.4.1 Bakgrund, nuläge och prognos

Invandrare – en heterogen grupp

Det saknas en vedertagen, entydig och sammanhängande definition av begreppet invandrare. Inom forskningen, i vardagssamtal och i den politiska dialogen används skilda definitioner avseende de individer som omfattas av begreppet.

I detta betänkande definieras begreppet invandrare som personer som är födda i ett annat land och som flyttat till och bosatt sig i Sverige, oavsett personens medborgarskap och invandringsskäl.⁴⁵ Invandrarbegreppet är emellertid omstritt och dess användning i författningar skall ses över.

Begreppet integration har här tre olika betydelser.⁴⁶ Den första betydelsen är förhållandet mellan helhet och delar som inom sociologin tolkats till att avse frågan om samhällets sammanhållning. Den andra betydelsen är att begreppet integration har kommit att förknippas med frågan om delaktigheten i samhällsgemenskapen för etniska och kulturella minoriteter, främst utrikesfödda och deras barn. Den tredje betydelsen betecknar integration som den process genom vilken etniska och kulturella minoriteter inlemmas i samhället.

Begreppet segregation definieras i detta betänkande på samma sätt som i Storstadskommitténs betänkande⁴⁷ nämligen som ”geografisk separation mellan olika befolkningsgrupper, definierade utifrån ekonomiska, sociala, etniska eller demografiska karaktäristika”.

Invandrare är en mycket heterogen grupp. Skillnaderna är mycket stora såväl mellan olika etniska grupper som inom grupperna. Invandrare som grupp utgörs av individer med olika etnisk, demografisk, kul-

⁴⁵ Höglund S. *Svensk forskning om diskriminering av invandrare i arbetslivet 1990-1996. En kunskapsöversikt*. Sociologiska institutionen, Umeå Universitet. Uppdrag av Rådet för Arbetslivsforskning i samverkan med Europarådet mot rasism och Institutet för Framtidsstudier 1998, sid. 10.

⁴⁶ Westin C m.fl. *Mångfald, integration, rasism och andra ord. Ett lexikon över begrepp inom IMER-Internationell Migration och Etniska relationer*. SoS-rapport 1999:6. Socialstyrelsen. Stockholm 1999.

⁴⁷ SOU 1997:118. *Delade städer*. Underlagsrapport från Storstadskommittén, sid. 24.

turell bakgrund och socioekonomisk status. Motiv till invandringen kan vara; arbetskraft, anhörig eller flykting. De har olika invandringshistoria, olika personliga livsöden och stora variationer i vistelsetid i Sverige.

Personer från ett och samma land kan skilja sig mycket vad gäller uppväxt, utbildning, värderingar, förhållningssätt, religion osv. En del invandrare kommer från urbana sekulariserade miljöer medan andra kommer från starkt religiösa landsbygdsmiljöer.⁴⁸ En del är skyddsbehövande, andra har kommit hit som anhöriga till dem som redan bor i Sverige. Många som invandrat är högtbildade. Ett stort antal har en mycket kort utbildning eller ingen alls, och en del kan inte läsa och skriva.

De utrikesfödda är i genomsnitt yngre än dem som är födda i Sverige. Åldersgruppen 18–44 år är således kraftigt överrepresenterad bland utrikesfödda. I Sverige bor ca 113 000 barn under 18 år som är födda utomlands⁴⁹ och det finns i dag ca 130 000 utrikes födda som är över 65 år.⁵⁰

Invandrarna i Sverige bor geografiskt koncentrerat och i hög utsträckning i storstadsregionerna. Andelen utrikesfödda i de tre regionerna utgör 15 procent av befolkningen.⁵¹

Migrationsutvecklingen

Migration som fenomen har alltid förekommit i form av påtvingad eller önskad flytt. En allt ökande andel människor tvingas lämna sina hem på grund av krig, konflikter, förföljelse, fattigdom, naturkatastrofer m.m. Enligt FN:s flyktingkommissarie (UNHCR) beräknas antalet flyktingar i världen uppgå till ca 50 miljoner varav ca 25 miljoner utgörs av internflyktingar, dvs. personer som är flyktingar i sitt eget hemland.

Totalt har ca 2,5 miljoner utvandrat från Sverige och ca 2,4 miljoner invandrat till Sverige sedan in- och utvandring började registreras år 1871 resp.1851.

Ett nytt migrationsmönster med inslag av etnisk och kulturell mångfald i Sverige har lett till att antalet utlandsfödda personer ökat från

⁴⁸ Höglund S. a.a.

⁴⁹ Statens invandrarverk och Statistiska centralbyrån. *På tal om... Statistik om invandring och om personer med utländsk bakgrund*. Norrköping 1998.

⁵⁰ Folkhälsoinstitutet. *Hälsofrämjande verksamhet för äldre invandrare – en kartläggning*. Rapport 1998:46.

⁵¹ Budgetpropositionen år 1999. Utgiftsområde 8. *Invandrare och flyktingar*. Prop. 1998/99:1.

knappt 200 000 år 1950 till ca 954 000 personer år 1997⁵² vilket innebär att var tionde person i Sverige är född i ett annat land. Av dessa ca 954 000 har drygt 40 procent varit bosatta i Sverige 20 år eller mer och 20 procent har varit i Sverige fem år eller kortare tid. Ytterligare ca 730 000 personer är födda i Sverige och har genom minst en av sina föräldrar rötter i ett annat land. Det betyder att närmare 1,7 miljoner personer har utländsk bakgrund.

Arbetskraftsinvandringen efter andra världskriget bestod av personer från Finland, f.d. Jugoslavien, Grekland och Turkiet. Vid andra världskrigets slut tog Sverige emot skyddsbehövande från Baltikum och tio år senare från Ungern. Arbetskraftsinvandringen var som störst i början av 1970-talet. I slutet av 1980-talet hade arbetskraftinvandringen från Norden en viss uppgång, för att åter minska i början av 1990-talet.

Under den senaste tioårsperioden har sju länder dominerat invandringen. Dessa är Irak, Iran, Chile, Libanon, Somalia och Etiopien och under åren 1992-1995 f.d. Jugoslavien. Med undantag för Chile har dessa länder under det senaste decenniet haft inomstatliga konflikter men även krig mellan stater har förekommit.

Könsfördelningen har varit jämn, med undantag för invandringen från Iran där andelen män varit större och från länder som Polen och Thailand, där andelen kvinnor varit större.

Utveckling av hälsan hos invandrare

Utvecklingen i gruppen som helhet och i olika etniska grupper

Av Socialstyrelsens folkhälsorapport från år 1997 framgår att befolkningens hälsa har förbättrats, men samtidigt konstateras tydliga tecken på hälsoproblem hos bl.a. invandrare. Redan i den första nationella folkhälsorapporten⁵³ från år 1987 konstaterades att utrikesfödda hade sämre hälsa än infödda svenskar men att det är stora skillnader mellan olika invandrargrupper. I SCB:s undersökning om invandrarnas levnadsförhållanden⁵⁴ framgår att 9 procent av utrikesfödda män och kvinnor i åldern 16–74 år anser att deras hälsa är dålig. Detta är en dubbelt så hög andel som bland infödda svenskar. Det är dock viktigt att poängtera att en redovisning av hälsoutvecklingen för olika etniska grupper över tiden ej är möjlig på grund av brist på rikstäckande

⁵² Statens invandrarverk och Statistiska centralbyrån. a.a.

⁵³ Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1987*. Socialstyrelsen redovisar 1987:15.

⁵⁴ Statistiska centralbyrån. *Invandrares levnadsförhållanden. I: Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975–1995*. Rapport 1997:91, sid. 467–490.

representativa studier. De flesta studier av invandrares hälsa är lokala tvärsnittstudier.

Studier av invandrares hälsa vid en speciell tidpunkt har visat att ohälsan bland invandrare i huvudsak är koncentrerad till psykisk- och arbetsrelaterad ohälsa. Dessutom indikerar vissa studier att invandrare har sämre tandhälsa än infödda svenskar. Trenden visar att psykisk ohälsa har ökat under senare år på grund av att antalet flyktingar ökat exempelvis från f.d. Jugoslavien och Irak. Psykisk ohälsa förekommer i synnerhet bland nyanlända flyktingar som t.ex. utsatts för krig, förföljelse, tortyr eller annat trauma. Arbetsrelaterad sjuklighet är t.ex. vanlig bland de största grupperna bland arbetskraftsinvandrarna; finländare, f.d. jugoslaver och turkar. Dålig tandhälsa förekommer både bland arbetskraftsinvandrare och nyanlända flyktingar.

I Socialstyrelsens rapport *Invandrares hälsa och sociala förhållanden* från år 1995 redovisades för första gången analyser av hälsoförhållanden hos tio etniska grupper. Resultaten visar entydigt att t.ex. finländare har sämre fysisk hälsa, främst arbetsrelaterad ohälsa, medan f.d. jugoslaver har både fysiskt och psykiskt sämre hälsa än infödda svenskar. Även chilensare och iranier har sämre hälsa än infödda svenskar. Det finns även exempel på det motsatta förhållandet, dvs. att vissa kategorier av utrikesfödda har bättre eller likvärdig hälsa än svenskfödda. Det gäller t.ex. norska, danska och turkiska män. Hög frekvens av förtidspensioneringar finns hos personer födda i f.d. Jugoslavien, Turkiet och Grekland.

Rörelseorganens sjukdomar, som i huvudsak är arbetsrelaterade, är den största enskilda sjukdomsgruppen bland personer med invandrarbakgrund i synnerhet bland utlandsfödda kvinnor och samtidigt vanligare bland olika etniska grupper än hos svenskfödda.⁵⁵ Turkar, ungrare och f.d. jugoslaver har sjukdomar i rörelseorganen mer än dubbelt så ofta som svenskfödda i samma ålder, kön, socioekonomisk grupp och typ av bostadsort. Finländare och övriga nordbor uppger dessa sjukdomar en och en halv gång så frekvent som svenskfödda. Dessutom har finländare och f.d. jugoslaver sjukdomar i cirkulationsorganen i större utsträckning än svenskfödda.⁵⁶

Ett flertal invandrare och i synnerhet flyktingar lider av psykiska besvär t.ex. i form av oro, ångest, sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter och ätstörningar. I ULF-undersökningen från 1988/89 visade det sig att utlandsfödda kvinnor upplevde oro i högre grad än svenskfödda. I den ULF-undersökning som genomfördes 1994/95 hade de ökat sin andel

⁵⁵ A.a.

⁵⁶ Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18.

från 21 procent till 32 procent. Motsvarande andelar för svenskfödda var 16 resp. 29 procent.⁵⁷

Samtliga undersökningar av tandhälsa hos invandrare, särskilt flyktingar visar entydigt att tandhälsan är sämre bland såväl barn och ungdomar som vuxna jämfört med den svenskfödda befolkningen.⁵⁸ Invandrare och flyktingar har generellt ett större tandvårdsbehov än svenskfödda och samtidigt är deras vårdkonsumtion lägre. En bidragande orsak är traditioner från hemlandet att besöka tandläkare, bristande resurser och bristfälliga språkkunskaper, vilket försvårar inhämtandet av information.

Vad gäller arbetsmiljömässiga faktorer visar statistik⁵⁹ bl.a. att fysiska belastningsproblem, stressigt och enformigt arbete är de enskilda indikatorer som visar på de största skillnaderna mellan utlandsfödda och svenskfödda. För fysisk belastning upplever 72 procent av de utlandsfödda någon form av belastningsproblem resp. 65 procent av infödda svenskar. Könsskillnaderna mellan olika invandrargrupper visar generellt att kvinnorna från utomnordiska länder som arbetar inom, arbetaryrken, vård och omsorg och serviceyrken tenderar att arbeta i sämre arbetsmiljöer än kvinnor från Norden som representerar arbetskraftsinvandringen. Resultaten avseende stressigt och enformigt arbete är 16 resp. 10 procent.

Invandrare uppvisar också en överrepresentation vad gäller sjukfrånvaro. Sjuktalet bland utländska medborgare ligger ca 70 procent över svenska medborgares nivå.⁶⁰ Det förekommer dock stora variationer mellan olika etniska grupper. Sydeuropéer, framför allt kvinnor har högre sjukfrånvaro och högre sjukpensioneringsfrekvens än infödda svenskar. Som exempel kan nämnas att bland greklandsfödda kvinnor dominerar rörelseorganens sjukdomar och psykiska besvär som sjuk-skrivningsorsaker.

Personer med invandrarbakgrund är överrepresenterade såväl vad gäller arbetsolycksfall som skador till följd av våld. En studie från Stockholms län visar att män från Etiopien/Eritrea och Korea samt kvinnor från Marocko, Gambia och Thailand löper en större risk för

⁵⁷ Statistiska centralbyrån. *Undersökningen av levnadsförhållanden*, ULF 1988/89 och 1994/95.

⁵⁸ Se t.ex. Zimmerman M. Invandrare i svensk tandvård. *Socialmedicinsk tidskrift* 1996:73. sid. 314–316.

⁵⁹ Statistiska centralbyrån. *Invandrades levnadsförhållanden. I: Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975–1995. a.a.*

⁶⁰ Socialstyrelsen. *Invandrades hälsa och sociala förhållanden. SoS-rapport* 1995:5.

skador.⁶¹ Risken för arbetsolycksfall är drygt 20 procent högre bland utrikesfödda än bland svenskfödda. Invandrare från de nordiska länderna stod för drygt hälften av arbetsolyckorna bland utlandsfödda förvärvsarbetande under perioden 1989–1992. Personer från Latinamerika är överrepresenterade när det gäller arbetsolycksfall.

Gruppen arbetslösa invandrare utsätts dubbelt så ofta för våld som infödda svenskar. 14 procent har utsatts för någon form av våld eller hot om våld.⁶² Detta gäller främst personer från utomeuropeiska länder. Undersökningen om levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper⁶³ visar att var femte man eller kvinna från Chile, Iran eller Turkiet upplever oro för att de själva eller deras anhöriga skall utsättas för våld eller hot på grund av etnisk eller religiös tillhörighet. Den mest utsatta gruppen är män födda i Iran. Nästan var femte har varit utsatt för våld eller hotelser under en ettårsperiod – 12 procentenheter fler än jämnåriga infödda svenska män. Även de som är födda i Chile är utsatta för våld eller hotelser i högre utsträckning än jämförbara svenskar. För 4 procent av de iranska männen var våldet så allvarligt att det krävde någon form av läkarbehandling.

Vissa studier visar på en kraftig överrepresentation av invandrare i självmordsstatistiken. Johansson⁶⁴ visar att personer med invandrarbakgrund har 30–60 procent större självmordsbenägenhet än svenskfödda. Särskilt gäller det personer från Finland, Ungern, Polen och Ryssland. Högst självmordsfrekvens har de som är födda i Finland, vilket enligt Johansson kan bero på att arbetslösheten har drabbat finländare mycket hårt. Samtidigt visar en studie att ensamstående finska män är en riskgrupp för ohälsa på grund av bl.a. svaga sociala nätverk.⁶⁵ De övriga länderna har det gemensamt att de har högre självmordsfrekvens än Sverige, vilket enligt Johansson⁶⁶ kan bidra till att självmordsfrekvensen ökar markant när dessa personer kommer till Sverige. Benägenheten ökar särskilt om personen är ensamstående man, bosatt i storstad och

⁶¹ Ekblad S, Oxenstierna G och Akpınar A. *Invandrarbakgrundens betydelse för sjukvård och socialförsäkring*. En folkhälsorapport för Stockholms län 1998.

⁶² Statistiska centralbyrån. *Invandras levnadsförhållanden. I: Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975–1995*. Rapport 1997:91, sid. 303–325.

⁶³ Socialstyrelsen. *Levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet*. Invandrarprojektet. Rapport 1998:1.

⁶⁴ Johansson L-M. *Migration, mental health and suicide. An epidemiological psychiatric and cross-cultural study*. Department of Clinical Neuroscience Family Medicine and Psychiatric section. Huddinge Hospital. Karolinska Institute. Stockholm 1997.

⁶⁵ Ekblad S, Oxenstierna G och Akpınar. a.a.

⁶⁶ Johansson L-M. a.a.

lider av en psykisk sjukdom. De utrikesfödda som vårdas på psykiatrisk klinik är dubbelt så självmordsbenägna som svenskfödda. Dessutom har äldre invandrare en hög frekvens av självmordsbeteende.⁶⁷

För vissa skadetyper som t.ex. skåll- och brännskador visar lokala studier att barn till invandrare är överrepresenterade.⁶⁸ Barn till invandrare från länder där simkunnighet inte på samma sätt som i Sverige upplevs som en självklarhet, är en särskilt utsatt grupp vad gäller drunkningsrisker.⁶⁹ Studier av barn som vårdats på sjukhus i Stockholms län visar i detta sammanhang att barn med utländsk bakgrund oberoende av ålder oftare vårdas på sjukhus efter drunkningsolyckor och trafikolyckor än svenskfödda barn.⁷⁰

En svensk studie visar att ungdomar i åldern 15–18 år med utomeuropeiskt ursprung i Stockholms län har en trefaldigt ökad risk att dö i självmord och att självmord var den vanligaste dödsorsaken i denna grupp under tiden 1990–1994.⁷¹ Samma studie visar att barn med utländskt ursprung har en ökad risk att skadas i bil- och cykelolyckor under tidiga skolåldern, i hemmet under spädbarns- och förskoleåren och en ökad risk att skadas i skolan under skolåren.

Centrum för invandrarforskning (CEIFO) har tillsammans med Brottsförebyggande rådet, Stockholms universitet⁷² studerat ungdomars utsatthet för rasistiskt och politiskt relaterat våld bland skolungdomar. Studien visar att misshandel på grund av ursprung (minst en gång under de senaste 12 månaderna) rapporterades av 2,9 procent av samtliga elever. Misshandel på grund av nationella/patriotiska åsikter (minst en gång under de senaste 12 månaderna) rapporteras av 1,5 procent av samtliga elever. Hot på grund av ursprung rapporteras av 7,1 procent av samtliga elever. Pojkar och elever med utomeuropeiskt ursprung är mest

⁶⁷ Nationella rådet för självmordsprevention. *Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention*. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och Centrum för suicidforskning och prevention 1995.

⁶⁸ Folkhälsoinstitutet. *Strategier som ger framgång*. Rapport 1993:1.

⁶⁹ Folkhälsoinstitutet. *På väg mot ett skadefritt Sverige*. Rapport 1996:117.

⁷⁰ Bremberg S. *Bättre hälsa för barn och ungdom*. Folkhälsoinstitutet. Rapport 1998:38.

⁷¹ Hjern A. *Migration till segregation. En folkhälsoprogram om barn med utländskt ursprung i Stockholm*. Centrum för barn och ungdomshälsa. Rapport 1998:1. Stockholm 1998.

⁷² Lange A, Löw H, Bruchfeld S och Hedlund E. *Utsatthet för etniskt och politiskt relaterat hot m.m., spridning av rasistisk och antirasistisk propaganda samt attityder till demokrati m.m. bland skolelever*. Centrum för invandrarforskning och Brottsförebyggande rådet. Stockholms universitet 1997.

utsatta. Utsattheten är mer frekvent i mellersta Sverige, Västsverige, Småland, Stockholm och Uppsala än i övriga delar av landet.

Förekomst av risk-/friskfaktorer i målgruppen

Gruppen som helhet

En rad faktorer är av betydelse för hälsotillståndet hos olika etniska grupper. Exempel på riskfaktorer som kan påverka invandrades hälsa är asyltidens längd, olika former av exponering i hemlandet t.ex. av traumatiska livshändelser som föranlett migrationen, tidigare arbetsmiljö etc. Arbetslöshet är en avgörande riskfaktor för hälsan. Diskriminering och segregation är exempel på andra riskfaktorer medan arbete och sociala nätverk, delaktighet och inflytande, ett värdigt mottagande och bemötande vid ankomsten för nyanlända, däremot är exempel på skyddsfaktorer. Främlingsfientlighet och rasism är vidare exempel på riskfaktorer som kan påverka människors trygghet och därmed deras hälsa. Särskilt utsatta för diskriminering, främlingsfientlighet och rasism är flyktingar från utomeuropeiska länder. Studier bekräftar att bland flertalet etniska grupper upplevs att diskriminering sker i arbetslivet, på bostadsmarknaden, inom kreditmarknaden etc.

Delaktighet och inflytande är friskfaktorer som har en positiv inverkan på hälsan medan maktlöshet och utanförskap kan leda till ohälsa. Invandrades delaktighet i samhällslivet är svag och skillnaderna i detta avseende ökar mellan den svenskfödda och den utlandsfödda befolkningen. Det gäller särskilt deras svaga deltagande i det politiska livet samt en svag position på arbets- och bostadsmarknaden. I betänkandet På medborgarnas villkor (SOU 1996:162) konstateras att personer med utländsk bakgrund är underrepresenterade i de beslutande församlingarna, partiorganisationerna och i föreningslivet. Valdeltagandet har minskat kraftigt bland utländska medborgare sedan den kommunala rösträtten för utländska medborgare infördes år 1976. Sedan år 1976 har valdeltagandet minskat kraftigt bland t.ex. f.d. jugoslaver, från 66 procent till 27 procent vid 1994 års kommunalval. Jämfört med år 1991 ökade valdeltagandet år 1994 endast bland finska medborgare. Några skillnader i röstningsbeteende mellan arbetskraftsinvandrare och flyktingar kan ej påvisas.

Ensamhet, isolering och språksvårigheter är bidragande orsaker till utsatthet och utanförskap främst bland äldre invandrare. Det bör noteras att språksvårigheter är en bidragande orsak till isolering. Särskilt hårt kan det drabba de invandare som insjuknar i en demenssjukdom eftersom det senast inlärd språket kan försvinna vid demens.

Arbetslöshet påverkar invandrades psykiska välbefinnande. De psykiska effekterna av arbetslöshet är i hög utsträckning relaterade till utanförskap, stress och stigmatisering. Det kan t.ex. utgöra en psykisk belastning för utbildade personer att inte få en möjlighet att utöva ett yrke som motsvarar deras kompetens och erfarenhet. Särskilt utsatta i sammanhanget är utomeuropeiska invandrare, vilka är överrepresenterade bland de långtidsarbetslösa.

Under den förra högkonjunktens sista år, 1990, var arbetslösheten bland utländska medborgare knappt 5 procent. År 1993 ökade den till 21 procent bland utrikesfödda och år 1997 hade den ökat till ca 25 procent. Bland utomnordiska medborgare var andelen arbetslösa år 1997 ca 33 procent.⁷³ Sysselsättningsgraden är ofta en bra indikator på invandrades situation på arbetsmarknaden beroende på att ett stort antal invandrare inte alls tillhör arbetskraften. Sysselsättningsgraden är låg bland utländska medborgare och den uppgick till ca 46 procent under första halvåret 1998. Särskilt drabbade är utomeuropeiska invandrare, från Afrika och Asien, som har en genomsnittlig sysselsättningsgrad på endast ca 29 procent.⁷⁴

Det finns tre signifikanta riskfaktorer för psykisk ohälsa bland invandrare och flyktingar: att vara ensamstående, ha låg socioekonomisk status samt erfarenhet av tidigare flyktingtraumatiska händelser.⁷⁵

Personer med traumatiska stressreaktioner lider bl.a. av undvikande beteenden, sömnrörningar, plågsamma minnesbilder, koncentrations-svårigheter, förvirringstillstånd, fysiska symtom, ångest och depression samt missbruk av olika slag. Nordström och Persson⁷⁶ konstaterade redan för tio år sedan att det behövdes fler epidemiologiska studier om psykologiska effekter av trauman efter att ha uppmärksammat att fängelsevistelse och tortyr är vanliga orsaker till att flyktingar upplevde fysiska och psykiska symtom. Vidare fann Ekblad och Eriksson m.fl.⁷⁷ i

⁷³ Statens invandrarverk och Statistiska centralbyrån. *På tal om...* a.a.

⁷⁴ SOU 1997:118. *Delade städer*. Underlagsrapport från Storstadskommittén. a.a.

⁷⁵ Ekblad S, Belkic K och Eriksson N-G. *Health and disease among refugee and immigrants. A quantitative review approaching meta analysis, Implications for clinical practice and perspectives for further research*. Part 1: Mental health outcomes. Statens institut för psykosocial miljömedicin, Karolinska institutet. Stressforskningsrapport 1996:267.

⁷⁶ Nordström A och Persson A. Fängelse och tortyr vanliga orsaker till psykiska och somatiska symtom hos flyktingar i Sverige. *Läkartidningen* 1988:85:43, sid. 3560–3561.

⁷⁷ Ekblad S och Eriksson N-G. *Ett hälsoblad som screeningsinstrument för nyanlända flyktingar*. Del 1–3. Statens institut för psykosocial miljömedicin, Karolinska institutet. Stressforskningsrapport 1997:273.

en studie i tre Stockholmskommuner, Botkyrka, Haninge och Vaxholm att bland de nyanlända flyktingarna uppgav 25 procent tortyrupplevelser. En uppskattning är att 15–30 procent har utsatts för traumatiska stressreaktioner.

Av en undersökning om drogkonsumtion bland skolbarn i Stockholms niondeklasser från år 1993 respektive år 1996⁷⁸ framgår att 13 procent av barn till invandrare hade provat hasch/marijuana mot 8 procent av de svenskfödda. Av samma undersökning framgår också att andelen som provat att dricka alkohol däremot var lägre bland barn till invandrare än bland barn till svenskfödda, 45 respektive 52 procent år 1993.

Utanförskap och halvspråkighet kan utgöra riskfaktorer för att barn till invandrare skall utveckla drogmissbruk.⁷⁹ Det finns även en påtaglig risk för "blandmissbruk" bland barn till invandrare eftersom de "ärver" föräldragenerationens vanor samtidigt som de anammar svenska vanor.⁸⁰ Härtill kommer alkohol, som svenskfödda använder i berusnings-syfte i större utsträckning än vad som är brukligt i invandrarnas ursprungsländer.

Vad gäller invandrares tandhälsa så visar Grindefjord⁸¹ att invandrarbakgrunden kan utgöra en riskfaktor för kariesutveckling bland barn i åldern 1–3,5 år. Barn med invandrarbakgrund har bl.a. högre sockerkonsumtion, borstar tänderna mindre ofta och använder fluortandkräm i mindre utsträckning. Invandrarna i den aktuella studien tillhörde en låg socioekonomisk grupp och mödrarna var lågutbildade.

Invandrare från Östasien – Japan, Kina och Korea – är den grupp som har lägst utsatthet i form av arbetslöshet, försörjningsstöd, sluten och öppen psykiatrisk vård.

⁷⁸ Sundell K, Colbiörnsen M och Ågren G. *Rika barn krökar mest. Drogvanor bland årskurs nio år 1993 och 1996*. Resursförvaltningen för skola och socialtjänst. FoU-rapport 1997:12.

⁷⁹ Helling S. *Den andra flykten*. Socialstyrelsen. SoS-rapport 1995:6.

⁸⁰ Al Baldawi R. *Exil, kultur och drogmissbruk*. Stockholm 1994.

⁸¹ Grindefjord M. *Prediction and development of dental caries in young preschoolchildren*. Karolinska institutet. Stockholm 1995.

Könsperspektiv och skillnader mellan olika etniska grupper

Symtom på psykisk ohälsa förekommer betydligt oftare hos de undersökta invandrargrupperna i en studie om levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper än hos svenskfödda. Sömnbesvär, huvudvärk, samt svåra besvär av ängslan, oro och ångest är vanligt förekommande bland samtliga grupper. Drygt 30 procent bland männen från Chile och Iran har t.ex. sömnbesvär. Andelen bland iranska män som upplever ängslan, oro och ångest uppgår till 33 procent. Anmärkningsvärt höga andelar med psykiska symtom finns bland kvinnor från Chile, Turkiet och Iran. Drygt var fjärde kvinna från dessa länder har regelbundet huvudvärk och besvär med sömnen jämfört med 19 procent bland svenska kvinnor. Dessutom är svåra besvär av oro, ängslan och ångest vanligare bland kvinnor från dessa länder än bland svenskfödda. Det synes vara beroende av ålder och yrke och ligger högre hos medelålders, arbetande kvinnor.

Vad beträffar invandrares levnadsvanor inom områdena tobak, alkohol, narkotika och fysisk aktivitet föreligger anmärkningsvärt stora skillnader mellan olika etniska grupper och infödda svenskar. Undersökningen av fyra invandrargrupper i åldrarna 27–60 år under år 1996 visar avsevärt stora skillnader i t.ex. rökvanor. Andelen dagligrökare är särskilt hög bland turkiska män (56 procent) och relativt låg bland iranska kvinnor (13 procent). Motsvarande andelar bland svenska män och kvinnor i motsvarande åldrar vid samma tid var 24 resp. 28 procent. Resultaten i ovannämnda studie visar också att med undantag av personer födda i Polen så var det mindre vanligt att ha druckit alkohol under det senaste året jämfört med svenskfödda. Andelen polska män som inte dricker alkohol var endast 5 procent och bland polska kvinnor var andelen 15 procent. Motsvarande andelar bland t.ex. turkiska män och kvinnor var 56 resp. 31 procent. Bland svenska män var andelen endast 8 procent och bland svenska kvinnor 12 procent. En betydligt större andel är fysiskt inaktiva jämfört med svenskfödda. Andelen som är fysiskt inaktiva är högst bland turkiska män (36 procent) och turkiska kvinnor (47 procent). Motsvarande andelar bland svenska män och kvinnor i motsvarande åldrar är 14 resp. 11 procent.

Regionala skillnader

I ett växande antal bostadsområden i storstadsregionerna finns boende som har bristfälliga kunskaper i svenska språket. Dessutom är den självupplevda hälsan i regel sämre i de utsatta områdena samtidigt som

arbetslösheten är stor liksom socialbidragsberoendet. Dessa faktorer utgör uppenbara riskfaktorer från folkhälsosynpunkt.

Storstadskommittén betecknar situationen i många områden som allvarlig eftersom den ekonomiska, sociala och demografiska segregationen har förstärkts. En tydlig ekonomisk och social segregation har utvecklats. Den gängse bilden av främst etnisk segregation stämmer således inte.

En undersökning om hälsoförhållandena i Malmö kommun⁸² visade bl.a. att medellivslängden var lägst i de områden som kan betecknas som låginkomstområden t.ex. i stadsdelen Rosengård. Studien visade också ett entydigt samband mellan bristande social förankring, dvs. lågt socialt deltagande, svagt emotionellt stöd, dålig psykosocial arbetsmiljö och dålig hälsa.

Särskilt sårbara grupper och riskgrupper

Bland olika etniska grupper finns särskilt utsatta och sårbara. Det är framför allt barn och ungdomar, i synnerhet de vars föräldrar är asylsökande och flyktingar, barn och ungdomar som bor i utsatta bostadsområden, gömda barn och ungdomar: Även äldre samt ensamstående mödrar med svaga sociala nätverk och långtidsarbetslösa är särskilt sårbara liksom personer med arbetsrelaterad sjuklighet. En speciell riskgrupp i detta sammanhang är utomeuropeiska invandrare, t.ex. från Somalia, som kan ha svårt att överhuvudtaget komma in på arbetsmarknaden.

En speciell riskgrupp som lider av psykisk ohälsa är flyktingar med traumatiska upplevelser, ofta i form av psykiska och fysiska skador av krig, förföljelse och tortyr. En särskilt utsatt och sårbar grupp är flyktingbarn. Många barn i flyktingfamiljer har psykiska och psykosomatiska symtom som kan relateras till den egna och till föräldrarnas traumatiska upplevelser i hemlandet. Vid en jämförelse med svenskfödda barn uppvisar flyktingbarn en betydligt högre grad av psykisk ohälsa.⁸³ Sömnproblem, överdrivet föräldrabeloende, koncentrationsstörningar, aptitlöshet, nedstämdhet och somatiska problem är exempel på symtom och beteenden som har konstaterats. En annan särskilt sårbar grupp är utrikes födda med psykiska och fysiska funktionshinder.

⁸² Malmö stad. "Hur mår Malmö". Folkhälsorapport 1996.

⁸³ Se t.ex. Näreskog M. *Flyktingbarn. Psykisk hälsa och mottagande*: En kunskapsöversikt och ett planeringsunderlag för hälso- och sjukvård. Research report 12. 1997:12. Institutionen för kvinnors och barns hälsa. Barn- och ungdomspsykiatriska enheten.

11.4.2 Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka

Orsaker till utvecklingen

Det föreligger betydande skillnader i såväl sjuklighet som dödlighet mellan olika etniska grupper. Det finns en rad faktorer som bidrar till de utrikesföddas överrepresentation i sjuklighet. Invandrares hälsa har bl.a. samband med deras förhållanden i hemlandet, migrationen, mottagandet samt levnadsförhållandena i Sverige.

Förutom skillnader i åldersfördelning skiljer sig de utrikesfödda från svenskfödda i kulturell bakgrund, socioekonomisk status, utbildning, familjeförhållanden m.m. I bakgrunden finns även de erfarenheter som legat till grund för själva migrationen. För vissa sårbara grupper gäller att svåra påfrestningar med själva migrationen kan påverka deras hälsa. Detta gäller i synnerhet flyktingar som kan ha haft svåra upplevelser i samband med krig, konflikter, förföljelse och tortyr samt flytt under traumatiska förhållanden. Själva mottagandet med osäkerheten inför myndigheternas beslut om den enskildes framtid, är också förenat med oro och väntan.

Faktorer som kan bidra till psykisk ohälsa är bl.a. isolering, ensamhet och arbetslöshet samt materiella brister. En stor del av de utrikesfödda umgås enbart med personer i den egna etniska gruppen och boende i områden där få svenskfödda bor, vilket bidrar till en isolering i förhållande till samhället i stort. Samtidigt känner många invandrare ofta brist på förtroende och förståelse i det svenska samhället. Dessutom känner invandrare oftare ett utanförskap – ”de får för liten plats”. Främlingsfientlighet och rasism är ytterligare faktorer som förstärker utsattheten och som kan leda till psykiska symtom.

Dagens arbetsmarknad ställer stora krav på olika typer av kompetens. Särskilt utsatta i detta sammanhang är invandrare. Många har låg formell utbildning och erhåller därför de minst eftertraktade arbetena med dålig arbetsmiljö. En del invandrare riskerar att gå arbetslösa under långa perioder. Detta avser främst personer som kommer från länder utanför Europa samt de som invandrat till Sverige under den senaste 20-årsperioden.

Etnisk diskriminering förekommer i arbetslivet. Från olika etniska gruppers sida finns en starkt upplevd diskriminering som kan hänföras till bedömning av tidigare utländska meriter, social kompetens och liknande, särskilt vad gäller rekryteringsprocesser.⁸⁴ Fortfarande händer det att personer med invandrarbakgrund får sina ansökningshandlingar returnerade, olästa, nekas socialbidrag m.m. konstaterar den Nationella

⁸⁴ Se t.ex. Höglund S. a.a.

samordningskommittén för Europaåret mot rasism i sitt betänkande (SOU 1998:99). Kommittén anser att alla måste ta ansvar för att stoppa den s.k. vardagsdiskrimineringen, och att särskilda krav bör ställas på det offentliga Sverige. Vidare visar senare års studier⁸⁵ att främlingsfientliga attityder breder ut sig bland ungdomar och allvarliga våldsinslag med rasistiska motiv förekommer. Dessutom finns en starkt upplevd diskriminering på bostadsmarknaden och när det gäller lånemöjligheter på kreditmarknaden.

Vilka tänkbara förklaringar finns till de stora skillnaderna mellan utrikesfödda och svenskfödda vad gäller sjukfrånvaro och förtidspensionering? Enligt Kindlund⁸⁶ är orsakerna mycket komplexa. Såväl kulturella som socioekonomiska skillnader kan tänkas utgöra svaret. Härtill kommer företeelser direkt knutna till själva migrationen som kan spela roll. Ungefär hälften av invandrarnas överrepresentation vad gäller sjukskrivning beror på att utlandsfödda i stor utsträckning återfinns i yrken inom vilka även svenskfödda har höga sjuktal och omfattande förtidspensionering. För köksbiträden och städerskor har utländska kvinnor ett sjuktal som ligger ca 60 procent över de svenska kvinnornas nivå. Dessutom skiljer andelen förtidspensionärer och sjukfrånvaron sig avsevärt mellan olika civilstånd. Störst är skillnaden i frekvensen förtidspensionerade mellan gifta utlandsfödda kvinnor och svenskfödda gifta kvinnor. Utländska gifta kvinnor från framför allt sydeuropeiska länder uppvisar dubbelt så hög andel som gifta svenskfödda kvinnor.

Påverkansmöjligheter

Invandrades levnadsvillkor efter inflyttningen till Sverige har stor betydelse för utvecklingen av hälsan. Möjligheten att få arbete och försörjning har avgörande betydelse för invandrades möjligheter till förankring i det nya landet. Arbete är av central betydelse för invandrades möjligheter att etablera sig i det nya landet. Det ger förutom en ordnad ekonomi också kontaktytor och förstärkt identitet. För de personer som har svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden måste förutom åtgärder inom den generella välfärden även andra lösningar och åtgärder prövas och utvärderas. Detta sammantaget kan i sin tur främja den sociala integrationen. Det behövs därför bl.a. förändringar i bemötande och mottagande av asylsökande. Det är av stor vikt att samhället arbetar

⁸⁵ Lange et al. 1997.

⁸⁶ Socialstyrelsen. *Invandrades hälsa och sociala förhållanden*. SoS-rapport 1995:5. a.a.

systematiskt med att stärka självkänslan och upplevelsen av tillhörighet hos olika riskgrupper.

Mottagandet av flyktingbarn och deras familjer måste förbättras för att skapa bästa möjliga förutsättningar för barnets utveckling. Näreskog⁸⁷ föreslår bl.a. att asyltiden skall förkortas, att familjen skall hållas samlad och att de skall få hjälp att stanna på ankomstorten för att få en chans att bygga upp sociala nätverk och skapa meningsfull sysselsättning för de vuxna. Dessutom föreslås att asylansökningar vad gäller ensamkommande flyktingbarn skall behandlas med förtur samt att gömda barn bör få samma rätt till sjukvård som asylsökande barn.

Ekblad, Känsälä m.fl.⁸⁸ har föreslagit en modell för att motverka "utlösning" från arbetslivet som bl.a. innebär att olika former av nätverk och sociala sammanhang skapas som kan öka integrationsmöjligheterna. Bl.a. föreslås följande åtgärder för att öka möjligheten att få "riktiga" jobb: Introduktionsprogrammen för nyanlända skall inkludera individualiserad svenska för invandrare (sfi) och praktikplatser med en stödperson. I samverkan med aktörer inom hälso- och sjukvård bör en kartläggning och uppföljning av den nyanländes hälsotillstånd göras.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Analys av olika etniska gruppers levnadsförhållanden och hälsa försvåras ofta av brist på data. Urvalsstorleken i befolkningsstudier medger inte detaljerade beskrivningar av enskilda etniska gruppers situation. Noteras bör att någon särskild studie av invandrares hälsotillstånd i Sverige som omfattar alla etniska grupper ännu inte har genomförts. Det saknas således rikstäckande representativa undersökningar om invandrares och flyktingars hälsotillstånd i Sverige.

Den folkhälsovetenskapliga forskningen om olika etniska grupper är mycket eftersatt. Det behövs såväl kvantitativ som kvalitativ forskning om hälsoeffekter av olika etniska gruppers livsvillkor. Folkhälsoforskning om invandrare måste även mer noggrant än hittills följa utvecklingen av etniska gruppers hälsa och sociala levnadsförhållanden och jämföra dem med svenskföddas som lever under samma sociala förhållanden. På nationell nivå bör kontinuerligt presenteras kunskap om olika etniska gruppers hälsoutveckling jämfört med svenskföddas. I denna ansats ingår särskilt att sprida forskningsresultat.

⁸⁷ Näreskog M. a.a.

⁸⁸ Ekblad S, Känsälä R m.fl. *Diagnostik och behandling av patienter med invandrarbakgrund. Metodutveckling under fjärde projektåret*. Statens institut för psykosocial miljömedicin. Stressforskningsrapport 1998:280.

En angelägen uppgift är att satsa på longitudinella och åtgärdsinriktade studier. Det krävs en omfattande metodutveckling av såväl kvalitativa som kvantitativa metoder med utvecklande av t.ex. transkulturella mätmetoder.

I Norden finns få studier om mortalitet och dess orsaker bland olika etniska grupper. För personer födda utanför Norden kan det synas som om lägre dödsrisk i olika sjukdomar och skador föreligger. Det beror på brister i befolkningsregistret. Mycket pekar nämligen på att en inte helt oväsentlig grupp utlandsfödda lämnar Sverige utan att anmäla detta till skattemyndigheten som bl.a. svarar för folkbokföringen. En konsekvens blir att dödligheten kommer att underskattas bland utlandsfödda. Dessutom finns det inte tillräckligt med fakta inom området sociala skillnader i dödlighet mellan olika etniska grupper.

Det saknas större svenska epidemiologiska kartläggningar om utlandsföddas psykiska hälsa, t.ex. psykologiska effekter av trauma som föranleds av migrationen. Vidare är svensk forskning om invandrade flyktingbarn mycket begränsad eftersom det saknas longitudinella studier och det finns få uppföljande studier. Dessutom saknas kunskap om de asylsökandes hälsa på grund av att de inte är folkbokförda i Sverige.

Det finns otillräcklig kunskap om allergiförekomst hos olika etniska grupper. Forskning om friskfaktorer som har betydelse för invandrares hälsa och om de är delvis annorlunda än för befolkningen i övrigt behövs.

Vad beträffar levnadsvanor så finns endast begränsad forskning som belyser enskilda gruppers kostvanor och fysisk aktivitet. Det finns dessutom få studier om drogmissbruk bland olika etniska grupper. Den statistik som finns om drogmissbruk handlar uteslutande om narkotika medan alkoholmissbruk beskrivs i enbart kvalitativa termer.

11.4.3 Befintliga mål och strategier

Befintliga mål, strategier och aktörer och uppnådda effekter

Enligt regeringsförklaringen från den 6 oktober år 1998 framhålls vikten av att bl.a. motverka social segregation och att kvinnor och män skall ha lika rättigheter oavsett etnisk och kulturell bakgrund. Vidare anges att full sysselsättning och en generell välfärd är nödvändig men inte tillräcklig samt att lagstiftning mot diskriminering krävs. Dessutom anförts att flyktingmottagandet måste präglas av humanitet och styras av asylrätten i Sverige liksom i övriga Europa. Inom Näringsdepartementet arbetar sedan våren 1999 en projektgrupp med att kartlägga och beskriva hur etnisk tillhörighet påverkar en individs nuvarande och

framtida möjligheter i näringsliv och på arbetsmarknaden. Gruppen har i uppgift att föreslå lämpliga åtgärder för de problem och möjligheter som uppmärksammas inom ramen för projektets arbete.

Det framhålls i budgetpropositionen för år 1999 (prop. 1998/99:1) att insatser behöver göras inom alla områden som rör invandrare och flyktingar. Av stor vikt är t.ex. att ge stöd i språkutveckling från tidig ålder och att ge goda kunskaper i svenska språket, skapa goda villkor på arbetsmarknaden för invandrare och att förbättra situationen i utsatta bostadsområden med stor andel invånare med utländsk bakgrund. Vidare skall kultur och idrott fungera som "brobyggare" mellan olika människor i syfte att öka integrationen.

Nya mål och riktlinjer för den framtida integrationspolitiken antogs av riksdagen i december år 1997. Integrationspolitikens mål är

- lika rättigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund
- en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund
- en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt och tolerans och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för.

Mot bakgrund av att utvecklingen inom integrationsområdet inte varit tillfredsställande i förhållande till målen enligt den integrationspolitiska propositionen Sverige, Framtiden och mångfalden (prop. 1997/98:16) har regeringen föreslagit en nationell storstadspolitik. Den innebär en satsning på ett Sverige för alla. Särskilda insatser bör enligt propositionen vidtas för att stimulera invandrarnas delaktighet i samhällslivet samtidigt som statsmakterna skall följa upp och aktivt verkar för att invandrades delaktighet ökar. Ett förslag framförs också vad gäller en förstärkning av mångfalden genom att fler arenor skapas som kan fungera som mötesplatser för t.ex. religiös, kulturell och tvärkulturell verksamhet. Det påpekas att bl.a. förskola och skola bör utgöra trygga och attraktiva mötesplatser för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund. Genom en ny skärpt lagstiftning mot etnisk diskriminering samt utökade resurser för ombudsmannen mot etnisk diskriminering avses arbetet med att förebygga och motverka diskriminering, främlingsfientlighet och rasism förbättras.. Riksdagen har beslutat om tre lagar mot diskriminering i arbetslivet, vilka trädde i kraft 1 maj år 1999.⁸⁹ Lagarna avser diskriminering på grund av etnisk tillhörighet, av funktionshindrade och på grund av sexuell läggning. Det är med de nya lagarna förbjudet att diskriminera både vid rekrytering

⁸⁹ Lag (1999:130) om åtgärder mot etnisk diskriminering i arbetslivet och Lag (1999:131) om Ombudsman mot etnisk diskriminering.

och i samband med befordran, utbildning, löne- och andra anställningsvillkor m.m. Arbetsgivaren är också skyldig att utreda och åtgärda trakasserier. Tre ombudsmän blir ansvariga för att lagen följs, nämligen Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Handikappombudsmannen samt den nyinrättade myndigheten Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HOMO).

Det påtalas att Sverige inte har klarat av att integrera de nyanlända. I betänkandet Lika möjligheter (SOU 1997:82) framkom att man inte alltid på ett tidigt stadium uppmärksammar invandrarnas hälsosituation samt att många nyanlända har allvarliga hälsoproblem, i synnerhet psykiska symtom. Det föreslogs i betänkandet att nyanlända invandrares hälsoproblem skall uppmärksammas tidigt och att rehabiliterande insatser skall initieras vid behov.

I december år 1998 beslutade riksdagen att tillskapa ett nytt politikområde – en nationell storstadspolitik – i enlighet med regeringens proposition Utveckling och rättvisa – en politik för storstaden på 2000-talet (prop. 1997/98:165). För den nationella storstadspolitiken har riksdagen fastställt två övergripande mål

- att ge storstadsregionerna goda förutsättningar för långsiktigt hållbar tillväxt och därmed kunna bidra till att nya arbetstillfällen skapas såväl inom storstadsregionerna som i övriga landet samt
- att bryta den sociala, etniska och diskriminerande segregationen i storstadsregionerna och att verka för jämlika och jämställda levnadsvillkor för storstädernas invånare.

Vidare har regeringen i februari år 1999 inrättat en Storstadsdelegation inom regeringskansliet som har till uppgift att utveckla och samordna storstadspolitiken.

Uppnådda effekter

Generell välfärdspolitik har en avgörande betydelse för särskilt utsatta och sårbara gruppers möjligheter att etablera sig i Sverige. Dock finns det såväl invandrare som svenskfödda som inte har rätt till viktiga delar av välfärden. Det är personer som inte har fått något fotfäste på arbetsmarknaden och inte har haft rätt till arbetslöshetsunderstöd och inte heller är berättigade till övriga inkomstbortfallsersättningar. För denna grupp träder socialbidraget in istället för t.ex. arbetslöshetsförsäkring. Under de senaste åren har en polarisering skett, mellan dem som har arbete och dem som är arbetslösa samt de som står utanför välfärdssystemet. Den senare gruppen löper en förhöjd risk i synnerhet vad gäller psykisk ohälsa. En grupp som har svårt att få tillträde till och att

etablera sig på den svenska arbetsmarknaden är de nyanlända. Hög utbildning och yrkeserfarenhet från hemlandet förefaller inte vara någon garanti för ett inträde på den svenska arbetsmarknaden.

Psykologiska konsekvenser av trauma hos flyktingar utgör ett betydande mänskligt och samhällsekonomiskt problem som ger upphov till bl.a. svårigheter i föräldrafunktionen med återverkningar i nästa generation, bidragsberoende och svag integration på arbetsmarknaden.⁹⁰ En rapport från Statens invandrarverk⁹¹ visar dessutom att bristande omhändertagande och medvetenhet om hälsoproblem orsakat av tidigare traumatisering hos nyanlända flyktingar, kan leda till otillfredsställande situationer när det gäller bl.a. vårdplanering, hälsoutveckling för nyanlända samt bristande tillgodogörande av svenskundervisning. Detta kan i sin tur leda till svag integration av nyanlända.

⁹⁰ Söndergaard H-P och Ekblad S. Traumatiska belastningar hos vuxna flyktingar. När ohälsan tiger still – eller talar bruten svenska. *Läkartidningen* 1998:95:13, sid. 1415-1422.

⁹¹ Statens invandrarverk. *Individuell mångfald. Invandrarverkets utvärdering och analys av det samordnade flyktingmottagandet 1991–1996*. Norrköping 1997.

11.4.4 Mål och strategier

Mål

1. *De nyanländas livsvillkor och hälsa skall förbättras*

- Medicinska, psykologiska och sociala behov hos nyanlända som bär på traumatiska livshändelser bör kartläggas kontinuerligt.
- Kapaciteten för att möta nyanlända flyktingars och även tillgodose gömda personers sjukvårds- och psykosociala behov bör öka.
- Den kulturella och språkliga kompetensen hos personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt vid mottagandet av nyanlända vid ankomsten bör öka.
- Epidemiologisk bevakning och rapportering av nyanländas hälsa bör förstärkas.

2. *Tillträdet till arbetsmarknaden skall öka*

- Alla etniska grupper skall ha tillträde till arbetsmarknaden på samma villkor som svenskfödda.
- Det bör underlättas för invandrare med utländska examina att få dem omsatta till svenska förhållanden.

3. *Delaktigheten skall öka*

- Sfi-undervisningen bör effektiviseras för att bättre kunskaper i det svenska språket skall kunna uppnås.
- Förskolan och skolan skall främja invandrar- och minoritetsbarns utveckling till tvåspråkiga individer med dubbel kulturell identitet och kulturkompetens.
- Mötesplatser och sociala nätverk bör skapas.
- Hälsoinformationen skall nå alla etniska grupper genom att den anpassas till mottagarnas skilda förutsättningar och behov.

Inledande synpunkter

Hälsosituationen och livsvillkoren visar på stora skillnader dels mellan olika etniska grupper och den svenskfödda befolkningen, dels inom varje enskild etnisk grupp. Skillnader mellan olika etniska grupper innebär att invandrare som befolkningskategori är alltför heterogen för att jämföras med den svenskfödda delen av befolkningen. Såväl analys av livsvillkor och hälsotillstånd som hälsoinsatser bör därför avse enskilda etniska grupper.

För att uppnå jämlikhet i hälsa vill kommittén understryka vikten av att enskilda etniska grupper skall ges samma förutsättningar på arbetsmarknaden, bostadsmarknaden och i utbildningssammanhang som den svenskfödda befolkningen.

Enligt kommittén skall åtgärder riktade till olika etniska grupper för att förbättra deras hälsotillstånd i huvudsak ske inom ramen för det folkhälsoarbete som riktas till samtliga invånare och inte endast bestå av särlösningar. På lång sikt bör också olika åtgärder vidtas för att generellt förändra attityder till utlandsfödda.

Mål, strategier och aktörer

De nyanländas livsvillkor och hälsa skall förbättras

Vid utformandet och genomförandet av introduktionsprogram för nyanlända bör hänsyn tas till invandrarens livsvillkor och hälsa före ankomsten till Sverige. Viss ohälsa kan ha sin grund i själva flyktingorsaken. Detta gäller framför allt personer som flytt från krig och krigsliknande situationer. Vidare bör åtgärder i samverkan mellan landsting och kommun initieras omedelbart efter ankomsten för att motverka ojämlikhet i hälsa. Adekvata behandlingsåtgärder förutsätter en klinisk bedömning av behov. Att intensifiera information och upplysning till nyanlända, förstärka den professionella kompetensen bland vårdpersonal samt öka kännedomen om riskgrupper och risksituationer är viktiga strategier.

Kommittén anser att mottagandet av personer med flyktingtrauma måste förbättras. För gruppen "gömda personer" och asylsökande med psykiska konsekvenser av trauma skall personer särskilt uppmärksammas som är i omedelbart behov av vård. Vidare skall alla asylsökande och flyktingar erbjudas ett individuellt hälsosamtal i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd om hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar.

Kommittén föreslår att statliga myndigheter med ansvar för folkhälsa och hälsorelaterade förhållanden regelbundet bör rapportera om de olika etniska gruppernas levnadsförhållanden och hälsa jämfört med befolkningen i övrigt.

Tillträdet till arbetsmarknaden skall öka

Arbete är av central betydelse för invandrades möjligheter att etablera sig i det nya landet, vilket tas upp även i kapitel 4 Arbete och ekonomisk trygghet. Arbete ger förutom en ordnad ekonomi, kontaktytor och förstärkt identitet. Detta sammantaget kan i sin tur främja den sociala integrationen mellan invandrare och svenskfödda. Att skapa "riktiga jobb" är ett av de viktigaste målen när det gäller att integrera olika etniska grupper i det svenska samhället. Ett viktigt mål är således att invandrarnas arbetslöshet inte skall överskrida den genomsnittliga befolkningens arbetslöshetsnivå. Ett annat mål är att utforma åtgärder som ger likvärdiga förutsättningar för olika etniska grupper som för svenskfödda att "aktivt" söka arbete. Det är av stor vikt att stärka situationen för vårdpersonal, t.ex. läkare och sjuksköterskor med utländsk examina genom att de ges möjlighet att omsätta sina examina till svenska förhållanden. Se vidare kapitel 4, Arbetsliv och ekonomisk trygghet.

Delaktigheten skall öka

Den svåra situationen på arbetsmarknaden för invandrare samt bristen på svensktalande personer hindrar de vuxna från att lära sig svenska. Barn till dem som bor i utsatta bostadsområden med få svenskar har praktiskt taget ingen kontakt med svensktalande personer. Denna situation hindrar integrationen och är en svårighet i många situationer inte minst vid möten med hälso- och sjukvården, socialtjänsten och försäkringskassan m.fl.

Kunskaper i det svenska språket påverkar många livsområden; hälsan, att komma in på den svenska arbetsmarknaden, delta i samhällslivet och att kunna påverka sin situation. Att komma till tals betyder att utöva demokratin till vardags. Språkkunskapen är därvidlag ett mycket viktigt redskap. Det är därför angeläget att se över svenskundervisningens kvalitet. Det är av betydelse att underlätta för kvinnor att delta i språkundervisning genom att tillgodose behovet av barnpassning.

Det bör tilläggas att modersmålet av grundläggande betydelse för individens språk- personlighets- och tankeutveckling. Det är ett medel för att utveckla människans identitet samt hennes förmåga att lära men det är också nyckeln till det kulturella arvet.

Det råder brist på hälsoupplivningsmaterial på språk som förstås och är tillgängliga för invandrare. I synnerhet gäller det för personer som är döva, blinda eller har andra språkliga funktionshinder. Kommittén anser att hälsoinformationen till invandrare bör förstärkas med hänsyn till

mottagarnas förutsättningar och behov av t.ex. språkanpassad information.

Kommittén anser att mötesplatser och sociala nätverk är viktiga förutsättningar för att minska graden av ensamhet och isolering. Folkkrörelser och frivilligorganisationer har en viktig roll när det gäller att skapa sociala nätverk för olika etniska grupper som annars riskerar att isoleras. Kommittén vill också i det sammanhanget peka på att föreningslivet spelar en viktig roll i integrationsprocessen. Detta förhållande bör uppmärksammas i det lokala folkhälsoarbetet och i utsatta bostadsområden. Andra viktiga frågor är insatser för att öka den generella kunskapsnivån hos allmänheten om kulturell mångfald och psykologiska konsekvenser av flyktingtrauma. En annan central angelägenhet är att inkludera detta i grundutbildningen hos yrkesgrupper som möter de olika etniska grupperna. Kultur- och social kompetens bör ingå som ett ämne på alla nivåer i undervisningen samt i lärarutbildningen.

11.5 Avslutande bedömning

Det övergripande målet för hälsopolitiken är att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper. När det gäller barn och ungdom är de viktigaste påverkbara skillnaderna de som betingas av barnens och ungdomarnas sociala villkor. För att minska socialt betingade skillnader räcker det inte med insatser för de allra sämst ställda barnen och ungdomarna. Den viktigaste åtgärden är istället en hälsofrämjande välfärds- och hälsopolitik för barn och ungdom i stort. Barnfamiljerna behöver ha en trygg situation i ekonomiskt och socialt avseende. Barnfamiljernas och ungdomarnas ekonomiska standard har försämrats mer än andra grupper under 1990-talet. Transfereringar till barnfamiljer bör mot den bakgrunden ske med hänsyn till denna försämrade situation.

Förbättringar av barnfamiljernas ekonomiska och sociala villkor påverkar också barnens och ungdomarnas psykiska hälsa. Stödjande miljöer för barn och ungdomar bör främjas allmänt och särskilt i områden som är utsatta genom segregation. I dessa områden behövs – förutom en allmän inriktning på att minska segregationen – kompenserande åtgärder i form av särskilt goda resurser inom förskolan och skolan. Vidare behövs en god kvalitet inom mödra- barn- skolhälsovård och ungdomsmottagningar.

Äldre personers hälsa påverkas positivt av goda möjligheter till oberoende och egenkontroll, att ha social gemenskap och en meningsfull sysselsättning, att vara fysiskt aktiv och att äta bra mat samt att ha ett bra boende och att få de tjänster man behöver. De mål som redovisas i kapitlet gäller också dessa saker. Det är viktigt att äldres sysselsätt-

ningsmöjligheter tas till vara och att personer i åldersgruppen före pensionsåldern inte slås ut. Förutsättningarna för äldre att vara socialt aktiva bör vidare beaktas genom stöd till hälsofrämjande aktiviteter från organisationslivet, förebyggande servicetjänster och uppsökande verksamhet med hälsosamtal och information om aktiviteter som främjar hälsan. Fysisk aktivitet kan stimuleras på många sätt, t.ex. genom olika gruppaktiviteter. När det gäller mat fokuserar vi på bra information om mat och att de allra äldsta i vissa fall bör kunna få sin mat tillagad hemma. Vi anser vidare att skador i äldres hemmiljö bör förebyggas och att lagen om bostadsanpassning skall ses över med avseende på detta.

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

DEL 4 – VÅRT FORTSATTA ARBETE

12 Frågor för diskussion

12.1 Inledning

I betänkandet lämnas en rad olika förslag till mål och strategier. De övergripande strategierna behandlas i kapitel 3. Övriga förslag återfinns inom resp. sakområde i kapitlen 4–11. När det gäller förslagen inom de olika sakområdena har vi försökt prioritera vad som är viktigast att göra inom det området. Vi har däremot inte prioriterat de olika sakområdenas förslag gentemot varandra. I de övergripande strategierna återfinns däremot kommitténs samlade bedömning och prioritering av vad som är viktigast att göra för den framtida folkhälsan.

Vi förmodar att en del remissinstanser endast kommer att ge synpunkter på kommitténs förslag till övergripande strategier och mål. Andra remissinstanser kanske begränsar sig till det sakområde som man själv arbetar inom. Kommittén skall på bästa sätt försöka ta till vara de synpunkter som kommer in. Vi har full förståelse för att samtliga remissinstanser inte kan ge synpunkter på alla förslag.

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

Vi vill också ta upp några frågor till diskussion som inte behandlas i betänkandet och som vi inte har inhämtat något vetenskapligt underlag omkring. Avsikten är att efterhöra remissinstansernas uppfattning om det finns någon anledning att belysa dessa frågor närmare.

12.2 Frågor inom ramen för betänkandet

1. WHO-målen

I kapitel 1 redogörs för de 21 hälsopolitiska mål som Europaregionen av WHO fastställt, "HEALTH 21". WHO-målen har tjänat som inspiration för kommitténs arbete. Vi har inte följt deras struktur för mål, däremot anser vi att vi på olika sätt täcker in WHO-målen i våra förslag.

Frågor: Är det viktigt att de svenska målen har samma struktur som WHO-målen eller är det bättre att vi formulerar mål som vi uppfattar passar bättre in på det svenska samhället? Finns det något i WHO-målen som inte känns relevant för Sverige?

2. Mål kring bestämningsfaktorer – ej sjukdomsutveckling

I kapitlen 2–3 redogörs för vårt sätt att angripa sjukdomsbördans orsaker. Vi har medvetet valt att inte formulera mål kring t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar eller cancer. Vårt sätt att arbeta har varit att se på vad som kan förhindra ohälsa, vilka som är de stora riskfaktorerna och vilka som är de viktigaste friskfaktorerna för att främja hälsa. Vår bedömning är att risk- och friskfaktorer är olika sidor av samma mynt, i alla fall om vi skall hålla oss till det som är vetenskapligt belagt. Våra strategier och våra mål handlar därför om att förändra ohälsans bestämningsfaktorer.

Frågor: Är kommitténs bedömning att inte i första hand formulera mål kring sjukdomar riktig? Är kommitténs bedömning att framför allt fokusera på det som vi vet skapar ohälsa riktig?

3. Synen på hälsa

WHO:s mycket breda hälsodefinition från år 1946 handlade om att hälsa var "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och ej blott frånvaron av sjukdom eller handikapp", som beskrivs i kapitel 2. Kommittén har valt ett något mer begränsat uttryck, genom att säga att frågor om levnadsnivå, livskvalitet och välbefinnande som inte har någon orsaksrelation till sjukdom och ohälsa hör till den bredare välfärdspolitik. Med ohälsa menar vi de symptom och sjukdomar som människor själva rapporterar, t.ex. i SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF).

Fråga: Är kommitténs bedömning att strama upp hälsobegreppet riktig?

4. Mål som passar för den lokala nivån

I kommitténs fortsatta arbete kommer en kartläggning att göras kring vad olika myndigheter, landsting och kommuner i dag har för ansvar kring frågor som har betydelse för folkhälsan. I samband härmed blir det också viktigt att tydliggöra olika aktörers ansvar och roller. Nationella mål bör följas upp av regionala och lokala mål.

Frågor: Finns det några synpunkter på hur de nationella målen skall vara utformade för att bäst stödja arbetet på den regionala och lokala nivån? Eftersom folkhälsoarbete handlar om tvärsektoriellt arbete, finns det några synpunkter på vad kommittén ska framföra i slutbetänkandet när det gäller organisations- och huvudmannaskapsgränser?

5. Eget ansvar – kontrakt mellan samhälle och individ

I kapitel 1 redogörs för Storbritanniens nya hälsopolitik, som bl.a. innebär att man gör ett "triangelpartnerskap" mellan medborgare, kommuner och samfund samt regeringen.

Fråga: Finns det anledning för Sverige att formulera något liknande, dvs. uttrycka en tydlig uppfattning om vad samhället anser skall åligga individen?

6. DALY – ett mått på sjukdomsördan

I kapitel 1 redogörs för hur man beräknar DALY:s och det arbete som pågår i Sverige kring detta. Man försöker bl.a. utveckla vikter för funktionshinder. Kommittén har för sin del ännu inte tagit ställning till om DALY är det bästa sättet att mäta sjukdomsördan på.

Frågor: Bör kommittén ta ställning till DALY, som ett mått på sjukdomsördan och som ett instrument för hälsopolitiska prioriteringar? Bör kommittén i så fall ställa sig bakom de beräkningsgrunder som redogörs för i kapitel 1?

7. *Levnadsvanor – inte bara en fråga om hälsouppllysning*

I kapitel 2 beskrivs hur livsstilen i normalfallet har att göra med mer än kunskap om hälsorisker. Därför räcker det inte med upplysning. För att vara solidarisk med dem som är särskilt sårbara för livsstilsrisker är det enligt kommitténs uppfattning riktigt med vissa restriktioner som drabbar alla, t.ex. kring tobak, alkohol och narkotika.

Fråga: Delar ni kommitténs uppfattning om livsstilsrisker?

8. *Påverka levnadsvanor – utan pekpinna?*

Vi rör oss fysiskt i alldeles för liten utsträckning, samtidigt ökar övervikten i befolkningen. Vår kost innehåller för mycket fett och för lite grönsaker. Dessa levnadsvanor är ett hot mot hälsan på olika sätt.

Fråga: Hur formulerar man mål kring fysisk aktivitet och fett i kosten utan att det upplevs som ”pekpinna” av staten mot individen?

9. *Är det bra med nollvisioner?*

För trafikområdet finns redan en nollvision när det gäller dödade och svårt skadade i trafiken. När det gäller t.ex. självmord finns ingen sådan nollvision uttalad av riksdagen, trots att även självmord går att förebygga.

Frågor: Är det bra med nollvisioner? Vilket/vilka andra områden än trafiken skall man formulera nollvisioner omkring?

10. *Tobaksfritt på restauranger – helt eller delvis?*

För att minska den passiva rökningen för restaurangpersonal och obehaget för många gäster, samt att förhindra att ungdomar börjar röka genom att de besöker caféer och restauranger, har kommittén formulerat två alternativa förslag. Det ena alternativet innebär total tobaksfrihet på alla restauranger och caféer och det andra alternativet innebär i princip tobaksfritt, men att det är tillåtet att röka i en viss del av lokalen om det inte stör andra gäster.

Fråga: Vilket alternativ för tobaksfritt på restauranger tror ni är lämpligast?

11. Cykelhjälm till skydd – lag eller information?

En tiondel av alla som dödas och nästan hälften av alla som skadas i trafiken är cyklister. Skador mot huvudet utgör 30–40 procent av cyklisternas icke-dödliga skador och 65 procent av de dödliga. Användning av cykelhjälm skulle kunna reducera omfattningen av skador.

Fråga: Vilket alternativ bör väljas – att cykelhjälm blir ett krav enligt lag eller att cyklister påverkas att använda cykelhjälm genom mer information?

12. Social gemenskap - hur mäter man det?

Vi föreslår som en av de övergripande strategierna för att förbättra hälsan att den sociala gemenskapen och solidariteten i samhället bör stärkas. Under den strategin anger vi ett antal hälsopolitiska mål; att inkomstklyftorna inte skall öka, att den relativa fattigdomen skall minska, att långvarigt socialbidragstagande och hemlöshet måste brytas, att den politiska marginaliseringen skall minska och att frekvensen av självmord skall minska. Vi knyter också ett antal avläsbara mått till dessa mål. Det sociala kittet i samhället låter sig dock inte helt fångas i sådana siffror.

Frågor: Gemenskap, vänskap och tillit – hur kan vi se om det ökar eller minskar? Hur skall en s.k. ”kramfaktor” se ut?

12.3 Nya frågeställningar

Samhället genomgår i dag stora förändringar på mycket kort tid. Det betyder att många av de samhällsförändringar som nu pågår ännu inte fångats upp i form av vetenskapliga belägg för hur de påverkar folkhälsan. Samtidigt finns det vissa fenomen som mer än andra borde ha betydelse för den framtida hälsan. Här ges några exempel på förändringar i tiden som inte behandlats i betänkandet.

1. Informationsöverskott.

Under bara det senaste decenniet har nya kommunikationsmetoder gjort att informationsflödet ständigt ökar. Vi är dessutom i princip alltid ”näbara”, med mailsystem och mobiltelefon. För att kunna orientera sig i

tillvaron måste människan kunna sortera och hantera de intryck hon tar emot.

Frågor: Hur kan vår hälsa eventuellt påverkas av att vi i dag utsätts för ett överflöd av stimuli? Om man kan förvänta sig att det påverkar oss negativt, vilka strategier behöver vi tillägna oss för att hantera informationsflödet?

2. Dygnet är inte längre dag och natt.

Under de senaste decennierna har en ny livsstil vuxit fram, delvis betingad av de nya informationssystemen. TV-kanalerna har program dygnet runt. Allt fler livsmedelsbutiker i större samhällen är ständigt öppna. Nöjes- och restaurangliv pågår i princip hela natten.

Frågor: Hur påverkas våra sömnvanor av det förändrade samhället? Har vi försummat sömnens betydelse som en viktig hälsfaktor?

3. Förändrade familjemönster.

Familjen genomgår i dag stora förändringar. Allt fler människor bryter upp från samlevnaden med den partner de träffade i ungdomen. Det betyder också att många barn är med om separationer mellan föräldrarna. Att familjemönstret ändras hänger också samman med de förändrade samhällsförhållandena. Förr var det nästan omöjligt att skilja sig, av religiösa/moraliska skäl men också av ekonomiska orsaker. Att ha bra sociala relationer är en viktig faktor för hälsan.

Frågor: Är det orealistiskt att bygga hälsopolitiska insatser på ett traditionellt familjemönster. Borde samhället mer än i dag främja och stötta föräldraskapet – som man aldrig skall kunna avsäga sig?

12.4 Avslutning

Det här är några frågor, både kring det som behandlats i betänkandet och som lyfts fram ovan, som kommittén gärna vill höra remissinstansernas synpunkter på. Självfallet står det remissinstanserna fritt att svara på de här frågorna eller/och lyfta fram helt andra frågor.

13 Vårt fortsatta arbete

Kommitténs huvuduppgift är, som har redovisats i kapitel 1, att utarbeta förslag till nationella folkhälsomål och att föreslå strategier för hur målen skall kunna uppnås. Utöver detta uppdrag har kommittén i uppgift att arbeta utåtriktat och processinriktat i bred samverkan med aktörer inom stat, landsting, kommuner, folkrörelser, näringsliv, forskning och intresseorganisationer.

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

I steg ett som avslutades i mars 1998 med betänkandet Hur skall Sverige må bättre – första steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1998:43) redovisade vi några utgångspunkter och principer som vi bedömde borde kunna vara vägledande vid formulerandet av nationella folkhälsomål och strategier. Det nu aktuella betänkandet med preliminära folkhälsomål och strategier är slutfasen av steg 2. Det tredje och sista steget i kommitténs arbete är att redovisa de samlade förslagen och bedömningarna med avseende på ämnesområdet. Vi räknar med att detta skall ske i kommitténs slutbetänkande som avses överlämnas till regeringen tidigt under hösten år 2000. Det blir därefter en fråga för regeringen att bedöma hur det fortsatta arbetet skall bedrivas.

Förslagen i slutbetänkandet skall utöver det nu aktuella betänkandet och remissbehandlingen av betänkandet baseras på fördjupningar av ämnesområdet med fokus på olika aktörers roller och ansvar samt ekonomiska bedömningar av förslagen, inkl. både effekter och kostnader samt finansiering. I fördjupningarna om aktörer ingår, som vi framhåller i kapitel 1, att belysa myndigheternas, landstingens och kommunernas roller och ansvar samt att bedöma på vilket sätt organisationer, media, näringslivet m.fl. kan medverka i folkhälsoarbetet. Vidare ingår när det gäller de offentliga aktörerna att belysa utbildningsfrågorna och forskningens roll. På organisationssidan är det särskilt folkbildningens och folkrörelsernas arbete som skall beaktas. För detta arbete avses nya

underlag tas fram. Till denna sista etapp hör också att ta fram ett underlag om och särskilt beakta kroniskt sjuka och funktionshindrade personers situation i ett folkhälsoperspektiv. Vidare skall uppdrag till kommittén från regeringen om hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet resp. handlingsplan mot tobak behandlas. Vår inriktning är att slutbetänkandet från kommittén – utöver preciseringar av hälsopolitiska mål, strategier och indikatorer efter remissbehandlingen av betänkandet – skall omfatta ett konkret aktörsperspektiv så att målen och strategierna kan bli användbara och uppföljningsbara i arbetet för en bättre och jämlik folkhälsa.

Reservation

av ledamoten Leif Carlson (m)

Det föreliggande betänkandet behandlar folkhälsofrågorna i ett brett perspektiv. Det förmedlar mycket kunskap om hälsoförhållanden och hälsoproblem samt lämnar många förslag som kan bidra till en bättre folkhälsa. Betänkandet är dock i hög grad politiskt färgat. Trots en värdefull och bred genomgång av mål och strategier samt många goda förslag för att förbättra folkhälsan, blir ett bestående intryck ändå att man försvarar och vill permanenta en viss sorts politik och ytterligare styra medborgarna i politiskt ”korrekt” riktning.

Ambitionen att i betänkandet gripa över nästan alla samhällets områden – även då kopplingen till hälsa måste upplevas som krystad – har bidragit till att politisera betänkandet. En annan effekt är att betänkandet blivit mycket omfångsrikt. Framställningen omfattar mängder av mål och delmål varför reservationer i enskildheter synes mindre konstruktiva, särskilt som det i detta skede rör sig om ett diskussionsbetänkande som i första hand syftar till att inhämta synpunkter inför slutbetänkandet.

Jag väljer mot denna bakgrund att lägga en principiell reservation samt att kommentera vissa enskildheter som exemplifierar vad min allmänna kritik av betänkandet består i.

I praktiken ställer sig kommitténs majoritet bakom en politik som – liksom den hittills förda – är byggd på hög beskattning av alla, kombinerat med bidrag till alla samt en minimering av inkomstklyftor. Jag delar inte uppfattningen att detta skulle gynna en god folkhälsa. Inkomstklyftor är – enligt betänkandets majoritet – av ondo. I den mån de ändå måste accepteras så får de inte vara större än idag. Gini-koefficienten, det statistiska måttet på olikhet i inkomst, var år 1998 ungefär 0,25 och detta är följaktligen – enligt majoriteten – en lagom ojämlikhet. Kommittén förordar att för en god framtida hälsopolitik bör detta sakernas tillstånd upprätthållas. Jag tror inte att detta försvar för en förd inflexibel politik förbättrar hälsan för de mest utsatta. Jag tror inte heller att en modell där man gjort i princip alla till statsmaktens klienter, genom att *”institutioner skapats där i princip hela befolkningen är*

såväl betalande som mottagande av både transfereringar och tjänster...”, ger bättre förutsättningar för god hälsa än en mera träffsäker välfärdsmodell.

En konstlat bred tolkning av folkhälsobegreppet

Kommittémajoritetens ambitioner sträcker sig över ett flertal av samhällets områden. Skrivningar vilka kan uppfattas som pekpinna till arbetsmarknadens parter om arbetets organisation, anställningsformer, anställningsförhållanden, bemanningens storlek, konkurrensens risker och löneskillnadernas lämpliga storlek har följaktligen vävts in i framställningen på ett sätt som jag inte finner varken befogat eller lämpligt i ett betänkande om folkhälsa.

Jag kan inte instämma t.ex. i att folkhälsoskäl skulle nödvändiggöra att kommunerna åläggs att utarbeta ytterligare planer och redovisningar av gång- och cykelstråk samt grönområden. Inte heller finner jag det motiverat att kommuner tvingas redovisa hur förskole- respektive skolgårdar är utformade m.m. Jag har också svårt att se det rimliga i att kommittén sätter upp mål för hur mycket valdeltagandet i nästa val skall öka i vissa valdistrikt eller vissa väljargrupper. Kopplingen till folkhälsa är minst sagt långsökt för att inte säga direkt krystad.

Tämligen oombedd i ett arbete om folkhälsa ger sig kommitténs majoritet också in i debatten om vinst- respektive inte vinstdrivande företags lämplighet inom vård- och hälsoområdet. På mycket lösa grunder antyds att vinstdrivande verksamhet inte är bra. Man nyanserar inte detta genom att ge några referenser till den rikhaltiga vetenskapliga litteratur som finns om for-profit respektive non-profit sjukhus (t.ex. verk av Lewin, Becker och Sloan, Herzlinger och Krasker). På så sätt ges indirekt ett stöd åt en uppfattning i en för dagen omdebatterad politisk fråga.

Likhet i hälsa på bekostnad av förbättrad hälsa?

Ett huvudtema i utredningens arbete har varit att hälsan inte är jämlikt fördelad utan att vissa grupper har en bättre hälsa än andra. Ivern att minska denna ojämlikhet har tyvärr tenderat att göra målet att förbättra hälsan för alla till ett andrahandsmål.

Trots upprepade justeringar av skrivningar under arbetet med betänkandet är detsamma enligt min mening fortfarande behäftat med sådana undertoner. Majoritetens prioritering av jämlikhet i hälsa har också kraftigt påverkat fokus och problemformuleringar i betänkandet.

Bidragsberoende och höga skatter är problemet – inte lösningen

Majoriteten har tyvärr enligt min mening också feltolkat betydelsen och implikationerna av att många hälsoskillnader är klass- och inkomstberoende. Feltolkningen leder till den slutsatsen att hälsoproblem bäst möts med ökade bidrag och transfereringar samt större offentliga satsningar i utsatta områden. Slutsatsen blir underförstått att människor mår bäst av att även fortsättningsvis i allt väsentligt vara beroende av det allmännas insatser.

Åtgärder som konserverar en förödande hög skattenivå och som låser människorna kvar i utsatta miljöer och i ett beroende av offentlig bidragspolitik löser enligt min uppfattning inga hälsoproblem. Det finns ett statistiskt signifikant samband mellan att vara socialbidragstagare och ett upplevt dåligt hälsotillstånd. Eftersom kommittén liksom jag tar dessa hälsoproblem på allvar, skulle flera förslag framstått som naturliga, t.ex. sådana som medför att arbetslösheten minskar genom sänkta skatter, en avreglering av arbetsmarknaden samt lägre skatter på inkomst och boende som medför att egna ansträngningar lönar sig. Då skulle den sociala rörligheten kunna öka.

Istället nämns i förbifarten att i Storbritannien – som avreglerat arbetsmarknaden – har en snabb utslagning av lågutbildade och sjuka skett. Detta resonemang vävs ihop med ett konstaterande att exkludering från arbetsmarknaden är en process som kan få allvarliga hälso-konsekvenser. Allt detta är i och för sig korrekta konstateranden var för sig, men tillsammans uppenbart styrande och tendentiöst genom den slutsats som läsaren förväntas dra: Avreglera inte arbetsmarknaden, Sverige har de mest ”lagoma” regleringarna som är bäst ur hälsosynpunkt!

Tron att transfereringssystem kan avhjälpa problem som kommer av en dåligt fungerande arbetsmarknad och en bristande social rörlighet är självbedrägeri. Genom att fokusera på symptomen kan problemen istället fördjupas och hälsoskillnaderna därmed öka. Det är vad vi sett under de gångna åren. Benägenheten att se bidragssystem som nycklar för att åtgärda hälsoproblem leder fel.

Det finns enligt min mening goda skäl att anta att om människor i större utsträckning fick möjlighet att bestämma själva över sin vardag och sina pengar, fick verka på en mindre reglerad arbetsmarknad med större flexibilitet och möjligheter samt slapp hamna i bidragsfällor och politikerberoende så skulle den ekonomiska stressen minska, självkänslan växa och hälsan befrämjas.

Människors maktlöshet måste brytas

Det som behövs är därför inte mer av bidrag och politisk planering, utan mer av mångfald, frihet och valfrihet samt ökade möjligheter för människor att själva kunna påverka sina liv. Det är min bestämda uppfattning att alltför många i dag känner att de saknar en reell möjlighet att ta sig framåt och utvecklas i livet. Men detta handlar i mycket hög grad om individens bristande makt över sitt eget liv, inte om stöd och bidragsbeslut som fattas av politiker.

Ingenstans i betänkandet förs någon egentlig diskussion om den bristande jämlikhet och ohälsa som kan följa på att många i dag är fastlåsta i en negativ situation på grund av skatte- och bidragseffekter. Man kommenterar inte att vi fått ett samhälle där egna ansträngningar på grund av marginaleffekter i skatte- och bidragssystem inte leder till ekonomiska förbättringar för det egna hushållet. Ett samhälle där det inte lönar sig att studera och där den enskilde inte i någon avgörande grad kan påverka sin eller sin familjs situation skapar maktlöshet.

Det förhållandet att osäkra bidragsbeslut från nyckfulla politiker styr tillvaron – inte eget arbete – skapar en befogad oro vilken inte rimligen kan befrämja en god hälsa. Den instängdhetens frustration som präglar allt fler i de så kallade utsatta områdena borde ha beaktats mera i betänkandet i samband med att ojämlikheter i hälsa diskuteras.

Istället för att tala om ökade behov av bidrag borde enligt min mening större vikt lagts vid att föreslå vägar och öppnade möjligheter för människor att ta sig ur eventuell fattigdom och ohälsa samt att ge dem möjligheter att förverkliga sina livsprojekt. Man borde ha frågat sig vad som ligger bakom människornas maktlöshet, vad som hindrar deras kreativitet och deras sociala rörlighet. Detta snarare än att se dem som ett svagt kollektiv som måste utsättas för myndigheternas omsorger.

Istället för att öka individens möjligheter att påverka sin egen situation, uppmanar kommittémajoriteten regeringskansliet att vid *"beredning av regeländringar som gäller skatter och transfereringar... göra sådana förändringar i skatter och transfereringar som motverkar ökade inkomstklyftor"*. Överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter, effekter av individers utbildning samt bedömningar på individnivå skall alltså sättas ur spel på grund av föregivna hälsoskäl. Kommittémajoriteten förefaller ha hämtat inspiration från SAP/LO-rapporten *Jämlikhet* från 1969. Uttryck som *"Endast i ett samhälle med små inkomstskillnader kommer människor att värdera varandra som jämlikar"* tycks ha fått tjäna som majoritetens främsta rättesnöre.

Paternalistiska råd ersätter eget ansvar

Trots en god vilja att i någon mån försöka begränsa inslagen av social ingenjörskonst och offentliga ingrepp i medborgarnas livsval och livsstil, har enligt min mening alltför lite hänsyn tagits till den enskildes ansvar och integritet. Gränsen mellan å ena sidan befogad omtanke om medborgarnas hälsa och å andra sidan förmynderi och klåfingrighet överskrides alltför ofta i betänkandet. Därmed urholkas förutsättningarna för individuellt ansvarstagande.

Betänkandet innehåller välmenande råd med paternalistisk anstrykning som i förlängningen riskerar att minska medvetenheten om människors egna ansvar för sin hälsa. Framställningen präglas av förställningen att människor i gemen inte kan ta ett individuellt ansvar och att folkhälsan rättfärdigar ingrepp i människans hela tillvaro. Detta är tydligt framförallt genom att individuella problem mer eller mindre konsekvent av kommittémajoriteten ges kollektiva lösningar.

För lite nytänkande i alkoholpolitiken

I kommittémajoritetens skrivningar om hur en modern alkoholpolitik bör utformas med hänsyn till folkhälsa och de svåra sociala problem som missbruk medför, finns ytterst lite av nytänkande. Andemeningen är att den restriktiva svenska alkoholpolitiken fortfarande fungerar väl och att alla förändringar i liberaliserande riktning vore olyckliga (om än möjligen ofrånkomliga).

Kommittémajoriteten sluter upp bakom en politik där tillgängligheten minskas för den breda allmänheten; genom en så långt möjligt fortsatt extrem prispolitik, bevarat detaljhandelsmonopol samt begränsningar av antalet utskänkningstillstånd och serveringstider. Något försök att föra fram en ny alkoholpolitik – anpassad till ett modernt samhälle – görs inte.

Det skulle föra alltför långt att i detta sammanhang utveckla mina och Moderata samlingspartiets synpunkter på alkoholpolitiken ytterligare, varför jag hänvisar till min artikel i kommitténs debattskrift *"Svensk alkoholpolitik – Välmotiverad eller förlegad?"*.

Alltför snävt perspektiv på barns och ungdomars hälsa

Vad beträffar barns och ungdomars hälsa anger kommittémajoriteten ett lovvärt mål, nämligen att *"De offentliga resurserna skall fördelas så att de tillgodoser alla barns behov"*. Man konstaterar också att den psykiska ohälsan bland barn tenderar att öka i form av magvärk,

huvudvärk, sömnsvårigheter, hyperaktivitet och koncentrationssvårigheter, samt att omhändertagandet av de riktigt små barnen är mycket betydelsefullt för barnets psykiska och sociala hälsa.

I kommitténs betänkande förs dock – trots de lovvärda målformuleringarna – ingen diskussion om effekterna av att stödet till barnfamiljer i princip enbart riktats till en enda omsorgsform. Därmed har endast familjer med omfattande ekonomiska resurser haft möjlighet att välja barnomsorgsform utifrån barnets och familjens bästa. Övriga familjer har inte på grund av bidragssystemens konstruktion haft några verkliga valmöjligheter. En beskattning som allmänt nått en betungande nivå och som dessutom inte tar någon hänsyn till barnfamiljernas försörjningsbördan har ytterligare adderat till problematiken.

Att döma av att kommittén i betänkandet utelämnat en diskussion om det ojämnt fördelade stödet till barnfamiljerna gör kommittén tydligen bedömningen att dessa inskränkningar i familjernas självbestämmande samt i deras försörjnings- och omsorgsmöjligheter inte haft någon betydelse för utvecklingen av barns hälsa. Som orsaker framhålls i huvudsak bara allmänt barnfamiljernas försämrade ekonomi och de ökande påfrestningarna inom arbetslivet; inte hur orättvist det ekonomiska stödet är fördelat och att jämlikhet kommit att tolkas som att båda föräldrarna helst skall arbeta heltid utanför hemmet. Den statliga ekonomiska styrningen har i detta avseende varit järnhård.

Kommittén fokuserar ensidigt på barn med institutionell kommunalt ordnad omsorg. Man rekommenderar följdriktigt studier av hälsoeffekter från personaltäthet, personalkompetens och olika organisationsformer inom förskolan vilket naturligtvis är viktigt. Studier av effekter genom frånvaron av samhälleligt stöd till trettio procent av barnen, hur detta förhållande påverkar barnens sociala miljö och vilka hälsoeffekter det kan ha för dem och deras familjer, berörs inte. Ändå skriver kommittén att *”De viktigaste påverkbara skillnaderna mellan olika grupper är de som betingas av barnens sociala villkor”*. Dessa sociala villkor borde rimligen i hög grad vara beroende av samhällets ojämlika stöd och därmed sammanhängande attityder till andra än av det offentliga stödda omsorgsformer.

Även de mest konkreta – för alla uppenbara – hälsoeffekterna av den svenska barnomsorgen förbigås, dvs. den omfattande infektionsspridningen.

Problemet med infektionsspridning är i och för sig av underordnad betydelse i sammanhanget men dess undanskymda roll i betänkandet är också symptomatisk och illustrativ i ett betänkande som behandlar hälsa i ett brett perspektiv. Jag menar – till skillnad från kommittémajoriteten – att frånvaron av offentligt stöd till en stor del av barnfamiljerna kan ha haft betydande hälsoeffekter för de berörda.

Kommittédirektiv

Nationella folkhälsomål

Dir 1995:158

Beslut vid regeringssammanträde den 14 december 1995.

Sammanfattning av uppdraget

En parlamentarisk kommitté tillkallas med uppgift att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen. Målen skall vara vägledande för samhällets insatser för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktions-nedsättning, sjuklighet och död. Kommittén skall med utgångspunkt i det övergripande målet en god hälsa för alla, med särskild betoning på att minska skillnader i hälsa mellan grupper i befolkningen, och med hjälp av vetenskapligt baserad kunskap om folkhälsoproblem och hälsoutveckling

- redovisa och analysera de erfarenheter som finns vad gäller mål för hälsoutvecklingen internationellt och på nationell, regional och lokal nivå,
- analysera och värdera de hälsoproblem som för närvarande finns och som väntas få stor betydelse för hälsoutvecklingen framöver,
- bedöma möjligheterna att med olika insatser minska dessa hälsoproblem,
- väga kostnaden mot nyttan av att genomföra målen,
- analysera eventuella målkonflikter,
- med utgångspunkt i dessa analyser skall kommittén lämna förslag till framåtsyftande mål för hälsoutvecklingen samt föreslå vilka av dessa som skall prioriteras,
- lämna förslag till strategier för att nå målen,
- särskilt beakta hur målen kan förankras i olika beslutsprocesser och hur en utvecklingsprocess kan stimuleras bland medborgarna och inom berörda samhällssektorer,
- lämna förslag till hur målen kan följas upp och utvärderas.

Bakgrund

Allmänt sett har hälsan utvecklats positivt i Sverige. Befolkningen har blivit friskare och lever längre. Mer kunskap om folksjukdomars orsaker och utbredning, ökad medvetenhet om samhällsförhållanden och levnadsvanornas betydelse för hälsan, en allt bättre hälso- och sjukvård och ett intensifierat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete har varit och är förutsättningar för successivt förbättrad folkhälsa. Även om vi nått långt är ytterligare förbättringar i hälsan önskvärda och möjliga att nå.

Det finns fortfarande allvarliga sjukdomar och skador som är möjliga att förebygga. Socialstyrelsens folkhälsorapport från år 1994 visar bl.a. att det finns stora och i vissa fall ökande skillnader i hälsa mellan olika sociala grupper, geografiska områden och mellan könen. Strukturellt betingade livsvillkor som exempelvis försämrade ekonomi, arbetslöshet, miljöföroreningar, krympande offentliga välfärdssystem i kombination med levnadsvanor, exempelvis kost-, tobaks- och alkoholvanor, kan vara några av förklaringarna till att skillnaderna i ohälsa ökar.

Sociala strukturer i form av lagstiftning, ekonomiska resurser, normer och traditioner inom olika samhällssektorer (t.ex. arbetsmiljö, utbildning, boende, trafik, jordbruk, fritid och kultur, socialtjänst, hälso- och sjukvård) påverkar förekomsten av hälsorisker. Att hälsan påverkas av samhällsförhållanden i stort är ett viktigt motiv för hälsopolitiskt motiverade initiativ inom flertalet samhällssektorer på nationell, regional och inte minst lokal nivå.

Statsmakterna har ett ansvar för att skapa gynnsamma förutsättningar för hela befolkningen att leva ett hälsosamt liv, oavsett social bakgrund. Insatser för att skapa goda villkor för hälsa skall ses i ett långsiktigt perspektiv. Många av de beslut som fattas i dag påverkar både vår och kommande generationers hälsa.

Insatser för att främja en god hälsa kan därför ses som en investering för framtiden, en investering som ger utdelning på flera sätt. För individen genom att år med hälsa och livskvalitet läggs till livet, för samhället genom att en befolkning som är frisk och mår bra skapar bättre förutsättningar för välbefinnande, exempelvis genom ökad tillväxt, minskad sjukfrånvaro och minskad utslagning från arbetslivet.

Förutsättningarna är goda för att ta fram och förverkliga nationella folkhälsomål. I Sverige har det sedan länge pågått en utveckling mot ett ökat intresse och bredare synsätt vad gäller folkhälsofrågor. Allt fler kommuner och landsting har bildat särskilda folkhälsoråd för att stimulera, samordna och följa upp det lokala folkhälsoarbetet inom olika sektorer och geografiska områden. Många landsting avsätter resurser för samhällsmedicinska enheter och tar fram regionala folkhälsorapporter.

På nationell nivå arbetar ett flertal myndigheter med folkhälsorelaterade frågor. Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen m.fl. myndigheter har stor betydelse för att främja, följa upp och utvärdera folkhälsoarbetet. Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet har också på olika sätt ökat sitt engagemang och utvecklingsarbete inom folkhälsoområdet. Forskning kring folkhälsofrågor finansieras bl.a vid landets universitet och högskolor och genom forskningsråden. På regeringsnivå bildas en statsrådsgrupp för folkhälsofrågor.

Även den svenska miljöpolitiken (luftutsläpp, kemikalier m.m.) är i betydande grad inriktad mot att undanröja hälsorisker.

På såväl nationell som lokal nivå är folkrörelsernas verksamhet av stor betydelse för folkhälsan.

Världshälsoorganisationen (WHO) spelar en stor roll för utvecklingen av hälsomål i olika länder. WHO:s Europaregion antog år 1984 en samlad hälsostrategi med 38 mål som i hög grad blivit en förebild för många länders arbete med nationella hälsomål. Med det övergripande målet Hälsa för alla år 2000 betonas behovet av att utjämna skillnader i hälsa mellan könen, sociala grupper och geografiska regioner. Världsbankens rapport *Investera i hälsa* från år 1993 har visat på nya möjligheter att bearbeta och analysera det faktaunderlag som ligger till grund för en prioritering av olika hälsomål.

Inom Europeiska unionen (EU) har folkhälsofrågorna fått en högre prioritering med stöd av artikel 129 i Maastrichtfördraget. Artikel 129 stadgar bl.a att hälsoskydds krav skall ingå som ett led i gemenskapens övriga politikområden.

Till vägledning för det svenska arbetet med nationella hälsomål finns, utöver WHO:s hälsa för alla år 2000, flera internationella förebilder bl.a i Storbritannien och USA.

Tillvägagångssättet och resultaten av arbetet med att ta fram nationella hälsomål i USA och Storbritannien skiljer sig åt. Båda tillvägagångssätten har sina förtjänster. I USA mobiliserades en stor mängd experter och företrädare för forskningen, näringslivet och myndigheterna för att ta fram en heltäckande bild av folkhälsoläget i USA. Det stora kunskapsunderlag som togs fram utmynnade dock inte i någon prövning och värdering av vilka områden som skulle prioriteras. En styrka med arbetet i Storbritannien har varit att målen även blivit föremål för en politisk värdering och prioritering på övergripande nivå.

Inslag i både det engelska och amerikanska tillvägagångssättet samt erfarenheter från arbete med hälsomål i andra länder bör kunna tas till vara i det svenska målarbetet.

Motiv för nationella folkhälsomål

Målen skall vara vägledande för samhällets insatser för att förbättra folkhälsan. Under senare år har begreppet "investera i hälsa" börjat användas för att beteckna samhällets åtgärder. Att investera i hälsa är en fråga om att prioritera. Oavsett de ekonomiska förhållandena bör politiker och andra beslutsfattare ges möjlighet att välja de insatser som med tillgängliga resurser ger de bästa effekterna i ett folkhälso-perspektiv. Syftet med målarbetet är därför främst att ange vilka problem som är mest angelägna att lösa och vilka strategier som förutses vara de mest effektiva.

I dagsläget finns mycket kunskap om olika folkhälsoproblem och om olika åtgärder för att lösa dem. Komplexiteten och folkhälso-arbetets tvärsektorieella karaktär ställer emellertid krav på överblick och integration av kunskap från flera olika kunskapsområden och vetenskapliga discipliner. På nationell nivå finns Socialstyrelsens folkhälsorapporter som ger en överblick över hälsoläget i Sverige. Folkhälsoinstitutet och andra berörda myndigheter arbetar med att, utifrån bl.a. folkhälsorapporterna, övergripande politiska prioriteringar och egna analyser, ta fram underlag för olika typer av hälsopolitiska strategier och insatser. Arbetet med att ta fram nationella folkhälsomål innebär att den kunskap som finns om hälsoläget, hälsoutvecklingen och de bakomliggande orsakerna kan nyttiggöras och utvecklas ytterligare. Inte minst talar internationella förebilder för att det går att komma längre vad gäller möjligheten att med nya epidemiologiska mått jämföra bördan på befolkningen av olika hälsoproblem och att förutse den framtida utvecklingen. Ett exemplet på detta är den holländska så kallade "Preventmodellen".

Att ta fram ett måldokument är angeläget i sig men minst lika viktig är processen som leder dit och som fortsätter efter det att måldokumentet tagits fram. Målen skall tjäna som stöd och inspiration på nationell, regional och lokal nivå. Måldokumentet skall vara en av utgångspunkterna i ett offensivt och multisektoriellt folkhälsoarbete på alla nivåer.

Nationella folkhälsomål behövs för att särskilt uppmärksamma och minska skillnaderna i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper, etniska grupper, geografiska områden och mellan könen. Ett arbete med nationella mål för hälsan bör belysa hälsans betydelse för samhällsutvecklingen och hur hälsan påverkas av samhällets villkor. Kunskapen bör kunna omsättas i olika initiativ på nationell, regional och lokal nivå.

Uppdraget

Kommitténs uppdrag är att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen och folkhälsoarbetet.

Utgångspunkten i kommitténs arbete bör vara den tillgängliga kunskapen om folkhälsoproblem och hälsoutvecklingen som finns inom olika vetenskapliga discipliner. Varje mål skall grundas på ett vetenskapligt underlag som dels belyser sjukdomarnas, skadornas och riskernas utbredning, bestämningsfaktorer och påverkbarhet, dels redovisar, så långt möjligt, vilka ekonomiska, sociala och andra konsekvenser målen skulle få om de uppfylldes respektive inte uppfylldes.

Beslut och förutsättningar inom flertalet samhällssektorer, inklusive medborgarnas möjligheter att aktivt delta, påverkar folkhälsan. Av detta följer att kommittén bör sträva efter en bred ansats där alla samhällssektorer vilkas verksamhet är av väsentlig betydelse för folkhälsan beaktas vid probleminventeringen och formuleringen av mål.

Som ett underlag till målformuleringsarbetet skall kommittén även redogöra för och analysera vilken genomslagskraft redan existerande mål för hälsan haft på nationell, regional och lokal nivå. Detta innefattar bl.a en översiktlig genomgång av arbetet med att ta fram hälso-mål regionalt och lokalt, en uppföljning av de svenska ställnings-taganden som gjorts med anledning av WHO:s mål hälsa för alla år 2000 och en uppföljning av Folkhälsogruppernas riktlinjer och strategi-projekt samt de mål som satts upp i samband med 1991 års folkhälso-proposition. Även andra mål för hälsan, exempelvis inom alkohol-området, bör analyseras med avseende på vilken betydelse de haft för folkhälsan.

Kommittén skall som en del av sitt underlag redovisa en systematisk genomgång av möjliga mål som kan ha betydelse för uppfyllandet av de övergripande målen att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. I kommitténs slutförslag skall ett mindre antal särskilt prioriterade mål presenteras tillsammans med de motiv som ligger bakom prioriteringarna.

Målen skall primärt underlätta beslut på strategisk nivå. Det betyder att hälsomålen skall ange inriktning och peka ut angelägna områden för insatser snarare än att ange snävt avgränsade och i detalj utformade operativa insatser med fastställd budget och tidsplan.

I anslutning till de föreslagna målen skall kommittén lämna förslag till strategier för att nå dem. Liksom vad beträffar målen inriktning bör även strategierna vara mer övergripande än operativa. Utgångspunkten för förslagen till mål och strategier är att dessa skall kunna genomföras utan att ytterligare belasta samhällsekonomin. Med detta avses att

förslagen till mål och strategier bör, där så är möjligt med hänsyn till de kunskaper som finns om kostnader och effekter av olika folkhälsoinsatser, grundas på en samhällsekonomisk analys som visar att samhällsekonomin som helhet inte förlorar på förslagen när kostnaderna vägs mot nyttan av att genomföra målen och strategierna. I förekommande fall skall även förslagets ekonomiska effekter för staten, näringslivet, landstingen respektive kommunerna redovisas separat för respektive sektor. Kommittén skall även analysera kostnaden respektive nyttan av alternativa strategier för att nå samma mål.

Kommittén skall, i samband med förslagen, även föra ett resonemang om möjligheterna att fastställa sambanden mellan en folkhälsoinsats och dess effekter på lång sikt. Därvid är det av vikt att även analysera hur olika bedömningar av en folkhälsoinsats kostnad och nytta på kort respektive lång sikt påverkar samhällets och individens benägenhet att investera i folkhälsoinsatsen.

För varje mål skall olika möjliga tidshorisonter för när målet kan uppnås diskuteras. För att kunna göra en avvägning mellan olika insatsområden behöver eventuella målkonflikter analyseras. Målkonflikter kan t.ex. uppkomma då man värderar motiven för ett mål ur olika perspektiv, t.ex. ur hela befolkningens, olika utsatta grupper eller den enskilde medborgarens synvinkel.

Kommittén skall dokumentera och redovisa arbetsmetoden som använts för att ta fram de nationella hälsomålen. I detta ingår att göra en genomgång av förutsättningarna för att utveckla hälsomål. Med detta avses en begreppsanalys där begrepp som mål, hälsa, risk m.m. definieras. Vidare krävs en diskussion av de metoder som används av kommittén för att bl.a. mäta hälsoutveckling, sjukdomsbörda och dödlighet. I den mån kommittén använder sig av modeller för att prognosticera den framtida hälsoutvecklingen skall dessa också beskrivas. Dokumentationen av arbetsmetoden för att ta fram mål skall kunna vara vägledande för hur en successiv förnyelse av de nationella målen bör ske och för det fortsatta arbetet med att ta fram regionala och lokala hälsomål.

De nationella hälsomål som tas fram skall vara uppföljningsbara och gå att revidera med jämna mellanrum allteftersom folkhälso-utvecklingen, kunskapsläget och insatserna för folkhälsan ändras. Kommittén skall redogöra för hur målen skall förverkligas, följas upp och revideras. Häri ingår frågan om vilka instanser som skall ha ansvaret för att målen följs upp.

En erfarenhet som gjorts vad gäller andra länders hälsomål är att det i vissa fall saknas tillräcklig koppling mellan målen och de möjligheter som finns att genomföra dem i form av policybeslut, åtgärder, resurser, intresse m.m. Kommittén skall därför ägna särskild uppmärksamhet åt

hur målen kan förankras i olika beslutsprocesser och hur en utvecklingsprocess som leder från mål till handling kan stimuleras bland medborgarna och inom alla berörda samhällssektorer.

Kommittén skall beakta att folkhälsan i allt större utsträckning påverkas av förhållanden utanför vårt lands gränser. Olika miljörelaterade hälsorisker (t.ex. luftföroreningar), handeln med droger och spridningen av smittsamma sjukdomar som hiv/aids, tbc, difteri är några exempel på problemområden som visar på behovet av att kommittén även uppmärksammar internationella förhållanden som kan ha betydelse för vår hälsa.

Det är angeläget att kommittén tillvaratar erfarenheter från regionalt och lokalt arbete med att ta fram mål för hälsan. Kommittén skall vidare beakta de internationella erfarenheter, exempelvis från Finland, Norge, Storbritannien, Canada, Irland, USA, Australien och Nya Zeeland, som finns vad gäller framtagandet av hälsomål. Kommittén bör också ta del av den ansats och de metoder som använts av WHO och Världsbanken i rapporten *Investera i hälsa* från år 1993.

Kommittén skall samråda med Miljöhälsoutredningen (S 1995:68) i de delar som gäller formulering av mål. Kommittén skall vidare beakta de resultat som Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (S 1992:04) kommer fram till vad gäller definitionen av folkhälsoarbetet och ansvarsfördelningen mellan stat, landsting och kommun. Kommittén skall fortlöpande samråda med statsrådsgruppen för folkhälsa.

Utredningen skall sträva efter att ha en så bred samverkan som möjligt med aktörer inom stat, landsting, kommun, folkrörelser, näringsliv, forskning och intresseföreningar. I denna samverkan ingår att fortlöpande pröva olika förslag till nationella hälsomål i en bred dialog med berörda instanser.

För kommitténs arbete gäller kommittédirektiven till samtliga kommittéer och särskilda utredare om att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23), att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50) samt att redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124).

Utredningsarbetet skall bedrivas så att det är slutfört i sin helhet den 31 december 1998.

(Socialdepartementet)

Tilläggsdirektiv till Nationella folkhälsokommittén (S 1995:14)

Dir 1997:89

Beslut vid regeringssammanträde den 26 juni 1997.

Sammanfattning av tilläggsuppdraget

Nationella folkhälsokommittén (S 1995:14) får i uppdrag att följa Världshälsoorganisationens (WHO) arbete med att revidera sina hälso-politiska mål och strategier. Nationella folkhälsokommittén skall lämna synpunkter på utformningen av dessa till Socialdepartementet och, efter det att mål och strategier har antagits av WHO:s medlemsländer, bidra till att det sprids kännedom om i första hand den europeiska Hälsa-för-alla-strategin till aktörerna inom berörda samhällssektorer.

Bakgrund

WHO har fattat beslut om att revidera sin strategi "Hälsa-för-alla år 2000". Den nya globala strategin, som för närvarande rubriceras "Hälsa för alla för det 21:a århundradet", planeras att antas av Världshälso-församlingen vid dess möte i Genève i maj 1998. Eventuellt kommer det då även att presenteras en särskild hälsopolitisk deklaration ("charter"). Parallellt pågår arbete med att revidera WHO:s hälso-politiska mål för Europa.

Den globala Hälsa-för-alla-strategin

Ett första utkast till den nya globala strategin presenterades den 15 maj 1997 för WHO:s styrelse, som begärde att texten skulle arbetas om. Enligt den redovisade planeringen kommer WHO:s sex regional-kommittéer att få tillfälle att diskutera ett omarbetat förslag vid sina årliga möten under september månad. WHO:s sekretariat har också påbörjat konsultationer med andra FN-organisationer och frivilliga

organisationer. WHO:s styrelse har vidare begärt att medlemsländerna skall ges tillfälle att medverka i utformningen av texterna i en öppen process under tiden fram till maj 1998, då den nya strategin planeras att bli antagen. Formerna för detta är dock ännu oklara.

Den europeiska Hälsa-för-alla-strategin

WHO:s Europakontor räknar med att i slutet av juli månad sända ett förslag till hälsopolitisk strategi för Europa på remiss. Medlemsländerna skall lämna svar senast i slutet av november 1997. Vid regionalkommitténs möte i Istanbul den 15–19 september 1997 kommer det förutom genomgången av den globala strategin också att ges tillfälle till en preliminär diskussion av den europeiska strategin. Denna planeras att kunna bli antagen vid regionalkommitténs möte i september 1998.

Tilläggsuppdraget

Inom WHO finns ambitionen att följa upp den globala strategin regionalt, vilket i sin tur skall ge vägledning för medlemsländernas nationella hälsoprogram. Besluten i WHO är formellt inte bindande för medlemsländerna, men särskilt en europeisk folkhälsostrategi kan komma att få betydelse såväl för samarbetet inom den europeiska WHO-regionen, som för enskilda länders övergripande inriktning av folkhälsoarbetet.

Nationella folkhälsokommittén skall därför, i samarbete med Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet, följa processen för utarbetandet av WHO:s nya Hälsa-för-alla-strategi och dess anknytning till den globala strategin.

De berörda svenska myndigheterna och organisationerna kommer under processen att ges tillfälle att lämna synpunkter till Socialdepartementet, som har samordningsansvar för relationerna med WHO. Det är särskilt angeläget att Nationella folkhälsokommittén lämnar synpunkter till Socialdepartementet i de olika skeden där medlemsländerna ges tillfälle att påverka utformningen av den nya Hälsa-för-alla-strategin.

När WHO:s Hälsa-för-alla-strategier har antagits av medlemsländerna skall Nationella folkhälsokommittén, inom ramen för sitt uppdrag, vidare bidra till att sprida kännedom om dessa bland aktörerna inom de berörda samhällssektorerna. Härvid skall information om WHO:s hälsopolitiska strategi för Europa ges företräde.

(Socialdepartementet)

Sammansättning av Nationella folkhälsokommittén

Ordförande

Margareta Persson, f.d. förbundsordförande, fr.o.m. 1996-12-09

Ledamöter

Förordnade fr.o.m. 1997-03-24 om inte annat anges:

Agneta Börjesson (mp), trafiktekniker

Leif Carlson (m), riksdagsledamot

Cecilia Carpelan (fp), utredningssekreterare

Eva Lannerö (kd), överläkare

Lars Weinehall (c), distriktsläkare

Gunnar Ågren (v), t.o.m. 1999-10-01, gruppleadare

Conny Öhman (s), riksdagsledamot

Sakkunniga

Förordnade fr.o.m. 1997-03-24 om inte annat sägs:

Ann-Christine Centerstig, programsekreterare, t.o.m. 1998-07-01

Douglas Skalin, sektionschef, fr.o.m. 1998-07-01

Agneta Dreber, generaldirektör, t.o.m. 1999-11-01

Gunnar Ågren, generaldirektör, fr.o.m. 1999-11-01

Sam Miller, utredningssekreterare, t.o.m. 1998-08-10

Kerstin Blom-Bokliden, miljö- och hälsoutredare, fr.o.m. 1998-08-10

Maria Enggren, departementssekreterare, fr.o.m. 1998-03-01

Claes Örtendahl, generaldirektör, t.o.m. 1998-06-01

Måns Rosén, professor, fr.o.m. 1998-06-01

Experter

Förordnade fr.o.m. 1997-04-23 om inte annat sägs:

Finn Diderichsen, professor

Kerstin Hildingsson, ombudsman

Pelle Johansson, utredningskonsulent

Gunnel Jonäng, f.d. riksdagsledamot, t.o.m. 1999-10-01

Olof Björlin, utredningssekreterare, fr.o.m. 1999-10-01

Carin Lyckéus, utredare

Carina Nilsson, utredare

Helena Kivisaari, ombudsman, fr.o.m. 1997-04-25

Christer Hogstedt, professor, fr.o.m. 1997-08-15

Olle Norgren, undervisningsråd, fr.o.m. 1997-08-15 t.o.m. 1999-11-01

Britt-Inger Stoltz, undervisningsråd, fr.o.m. 1999-11-01

Töres Theorell, professor, fr.o.m. 1997-08-15

Claes Tingvall, trafiksäkerhetsdirektör, fr.o.m. 1997-08-15 t.o.m.
1998-06-01

Kjell Nilsson, folkhälsodirektör, fr.o.m. 1997-10-24

Leif Svanström, professor, fr.o.m. 1997-10-24

Huvudsekreterare

Tore Karlsson, f.d. generalsekreterare, huvudsekreterare
fr.o.m 1998-04-01 t.o.m. 1999-09-30

Bernt Lundgren, utredare, huvudsekreterare fr.o.m. 1999-10-01

Sekreterare

Bernt Lundgren, utredare, fr.o.m 1997-03-01 t.o.m. 1999-09-30

Piroska Östlin, dr i medicinsk vetenskap, fr.o.m. 1997-05-12
t.o.m. 1999-09-30

Lillemor Cedergren, utredningssekreterare, fr.o.m. 1999-05-17

Ulrika Carlström-Nordkvist, utredningssekreterare, fr.o.m. 1998-06-08
t.o.m. 1999-06-30

Lena Sandström, sekreterare, fr.o.m. 1999-10-01

Personer som biträtt sekretariatet vid utarbetande av detta betänkande

Bosse Pettersson, stabschef, avsnitt 1.3, Några aktuella utländska folkhälsostراتيجier

Finn Diderichsen, professor, kapitel 2, Etiska utgångspunkter och prioriteringskriterier och kapitel 3, Vision, övergripande strategier och hälsopolitiska mål för en bättre och jämlik hälsa

Per-Olof Östergren, docent, avsnitt 5.2, Socialt kapital och sociala relationer

Martin Eriksson, enhetschef, avsnitt 6.2, Inomhusmiljö och avsnitt 6.3, Yttre miljö

Patrik Grahn, docent, avsnitt 7.2, Grönområdets betydelse för rekreation

Åke Bruce, professor, avsnitt 8.2, Mat och matvanor

Lars-Magnus Engström, professor, avsnitt 8.3, Fysisk aktivitet

Paul Nordgren, avdelningsdirektör, avsnitt 9.2, Tobak

Peter Gerdman, utredningschef, avsnitt 9.3, Alkohol, avsnitt 9.4, Narkotika och avsnitt 9.5, Läkemedelsberoende

Kent Karlsson, folkhälsokoordinator i Region Skåne samt doktorand vid Institutionen för psykologi vid Lunds universitet, avsnitt 10.2, Psykisk hälsa

Lothar Schelp, docent, avsnitt 10.3, Skador

Henrik Ullén, docent, avsnitt 10.4, Hudcancer

Katarina Hjördisdotter, journalist, avsnitt 10.5, Allergier

Gunilla Rådö, avdelningsdirektör, avsnitt 10.6, Prevention av sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter

Sven Bremberg, docent, avsnitt 11.2, Barn och ungdom

Susanne Öhrling, avdelningsdirektör, avsnitt 11.4, Invandrare

Lena Svanberg, redaktör, bilaga 6, Sammanfattning av remissyttranden

Regina Wintzer, avdelningsdirektör, bilaga 7, Nationella utredningar och initiativ som berör folkhälsofrågorna

Medverkande i arbetsgrupper

Arbetsgruppen Arbetslivsfaktorer

Ordförande: Pia Enochson

Sekreterare: Piroska Östlin

Ledamöter: Christer Hogstedt, Carina Nilsson, Töres Theorell

Arbetsgruppen Ekonomisk trygghet

Ordförande: Siv Helmer

Sekreterare: Bernt Lundgren

Ledamöter: Finn Diderichsen, Staffan Marklund, Mårten Palme

Arbetsgruppen för Sociala relationer

Ordförande: Marita Svensson

Sekreterare: Piroska Östlin

Ledamöter: Karl-Olov Arnstberg, Olle Lundberg, Bengt Starrin, Per-Olof Östergren

Arbetsgruppen Miljöfaktorer

Ordförande: Elisabeth Söderström

Sekreterare: Ulrika Carlström Nordkvist

Ledamöter: Martin Eriksson, Patrik Grahn, Lillemor Lewan, Göran Pershagen

Arbetsgruppen Levnadsvanor 1 -

om missbruk av alkohol, tobak, narkotika och läkemedel

Ordförande: Jakob Lindberg

Sekreterare: Piroska Östlin

Ledamöter: Bertil S Hanson, Paul Nordgren, Håkan Leifman, Arne Melander

Arbetsgruppen Levnadsvanor 2 -

om mat och matvanor, fysisk aktivitet, kultur och frihet, solvanor

Ordförande: Carin Lyckéus

Sekreterare: Ulrika Carlström Nordkvist

Ledamöter: Åke Bruce, Lars Olov Bygren, Björn Ekblom, Christina Fjellström, Henrik Ullén

Arbetsgruppen Psykisk hälsa

Ordförande: Lars Jacobsson

Sekreterare: Kent Karlsson

Ledamöter: Marianne Cederblad, Hans Kihlström, Kristoffer Konarski

Arbetsgruppen Barn och Ungdom

Ordförande: Sven-Olov Edvinsson

Sekreterare: Ulrika Carlström Nordkvist

Ledamöter: Sven Bremberg, Curt Hagquist, Per Nilsson, Annika Strandell

Arbetsgruppen Äldre

Ordförande: Lars Wettergren

Sekreterare: Bernt Lundgren

Ledamöter: Lars Andersson, Ingalill Rahm-Hallberg, Gunnar Wennström, Bengt Winblad

Arbetsgruppen Folkhälsa och integration

Ordförande: Iréne Lindén

Sekreterare: Susanne Öhrling

Ledamöter: Solvig Ekblad, Helena Kivisaari, Maria Roselius

Arbetsgruppen Hälso- och sjukvården

Ordförande: Lars Weinehall

Sekreterare: Lillemor Cedergren

Ledamöter: Margareta Albinsson, Lars Himmelman, Margareta Kristensson, Bosse Pettersson, Douglas Skalin, Ingrid Ström

Expertgruppen för ekonomisk analys av folkhälsoinsatser

Ordförande: Måns Rosén

Sekreterare: Bernt Lundgren

Ledamöter: Kristina Burström, Ulf G Gerdtham, Andréas Hagnell, Lars Lindholm, Carl-Hampus Lyttkens, Richard Murray, Anders Norlund, Birgitta Olsson, Edward Palmer, Bosse Pettersson, Douglas Skalin, Gun Sundberg

Två rapporter har tagits fram i samverkan med Folkhälsoinstitutet:

Arbetsgruppen Skador

Ansvarig: Lothar Schelp

Arbetsgruppen Allergier

Ansvarig: Inger Sävenstrand-Rådö

Underlagsrapporter och debattskrifter

Underlagsrapporter

Arbetslivsfaktorer, rapport nr 1

Rapport från arbetsgruppen Arbetslivsfaktorer

Ekonomisk försörjning och hälsa, rapport nr 2

Rapport från arbetsgruppen Ekonomisk trygghet

Fattigdom i Sverige, rapport nr 3

Rapport från arbetsgruppen Ekonomisk trygghet

Sociala relationer, rapport nr 4

Rapport från arbetsgruppen Sociala relationer

Miljöfaktorer, rapport nr 5

Rapport från arbetsgruppen Miljöfaktorer

Levnadsvanor 2 - Mat och matvanor, fysisk aktivitet, kultur och fritid, solvanor, rapport nr 6

Rapport från arbetsgruppen Levnadsvanor 2

Levnadsvanor 1 - Tobak, alkohol och narkotika, läkemedelsberoende, rapport nr 7

Rapport från arbetsgruppen Levnadsvanor 1

Skador, rapport nr 8

Rapport från arbetsgruppen Skador

Allergier, rapport nr 9

Rapport från arbetsgruppen Allergier

Psykisk hälsa, rapport nr 10

Rapport från arbetsgruppen Psykisk hälsa

Barn och ungdom, rapport nr 11
Rapport från arbetsgruppen Barn och ungdom

Äldre, rapport nr 12
Rapport från arbetsgruppen Äldrefrågor

Folkhälsa och integration, rapport nr 13
Rapport från arbetsgruppen Folkhälsa och integration

Behov, utbud och utveckling avseende akademisk folkhälsoutbildning i Sverige, rapport nr 14
Rapport utarbetad av Bengt Wramner

Debattskrifter

En god hälsa - ett socialt privilegium?
Debattinlägg av Olle Lundberg, Pernilla Ström och Göran Greider

Tillitsbristsjukdomar - myt eller verklighet?
Debattinlägg av Edgar Borgenhammar och Robert Olin

Tobaken - folkhälsans största fiende?
Debattinlägg av Göran Boëthius, Paul Nordgren, Måns Rosén och Bengt Haglund

Gammal och frisk - om äldres hälsa
Debattinlägg av David Gaunt, Lars Andersson, Lise-Lotte Risö Bergerlind, Gerdt Sundström och Tullia von Sydow

Arv och miljö - hur påverkas hälsan?
Debattinlägg av Marianne Rasmuson och Denny Vågerö

Svensk alkoholpolitik - välmotiverad eller förlegad?
Debattinlägg av Leif Carlson, Gunnar Ågren och Sven Andréasson

Sjuk eller frisk i själen - om synen på psykisk (o)hälsa
Debattinlägg av Roger Qvarsell, Yvonne Forsell, Lars Grip, Töres Theorell och Danuta Wasserman

Sammanfattning av remissyttranden över Nationella folkhälsokommitténs betänkande Hur skall Sverige må bättre – första steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1998:43)

Allmänna synpunkter

I direktiven för Nationella folkhälsokommitténs uppdrag understryks det att kommittén bör sträva efter en bred ansats där alla samhällssektorer vilkas verksamhet är av väsentlig betydelse för folkhälsan, beaktas vid probleminventeringen och formuleringen av mål. Kommittén skall också sträva efter en bred samverkan med aktörer inom stat, landsting, kommuner, folkrörelser, näringsliv, forskning och intresseföreningar. I denna samverkan ingår, framhålls det i direktiven, att fortlöpande pröva olika förslag till nationella hälsomål i en bred dialog med berörda instanser. Som ett led i denna dialog sände kommittén i egen regi sitt första betänkande på remiss till 509 instanser varav 213 har svarat.

Remissinstanserna är följande med antal svarande instanser angivna inom parentes: 35 (33) myndigheter, 11 (7) universitet och högskolor med folkhälsovetenskaplig utbildning, 3 (3) länsstyrelser, 23 (22) landsting och Landstingsförbundet, 7 (4) kommunförbund och Svenska kommunförbundet, 51 (34) kommuner, 3 (1) arbetsgivarorganisationer, 5 (2) bostadsintressenter, 24 (16) fackliga organisationer och yrkesföreningar, 18 (8) organisationer inom alkohol och drogområdet, 83 (4) organisationer inom området Barn och ungdom, 12 (3) bildningsförbund, 61 (18) handikapporganisationer, 10 (6) organisationer inom området Idrott och Motion, 34 invandrarorganisationer (1 – SIOS, samarbetsorgan för invandrarorganisationer i Sverige), 31 (14) organisationer inom kostområdet, 52 (8) kvinnoorganisationer, 5 (3) pensionärsorganisationer, 14 (9) organisationer inom tobaksområdet, 1 (1) organisation för sexuell upplysning, 1 (1) organisation för sexuellt likaberättigande, 16 (8) organisationer/nätverk för lokalt och regionalt folkhälsoarbete, 2 (2) skugggrupper i kommittéarbetet, 7 (5) övriga.

Därutöver inkom 11 svar från instanser som inte fått remiss, däribland Jägarförbundet och Föreningen Svensk företagshälsovård.

Denna redovisning tar fram yttranden i strategiska frågor av betydelse för Nationella folkhälsokommitténs fortsatta arbete. Kommittén får överlag beröm för en god analys och betänkandet karakteriseras som omfattande, imponerande, mångfacetterat, gediget, ambitiöst, kraftfullt och välskrivet.

Kommittén har lyckats i sin ambition med denna remiss, att stimulera till en livaktig diskussion. Många svar framhåller att betänkandet utgör en god grund inför det fortsatta arbetet med nationella folkhälsomål och strategier. *Socialstyrelsen* och många andra ser kapitel 3–7 som en lärobok i folkhälsokunskap som förtjänar en stor läsekrets. *Landstinget i Gävleborg* anser att betänkandet också kan tjäna som inspiration för det folkhälsoarbete som sker ute i landet och som inte avstannar i väntan på kommitténs slutbetänkande. *Folkhälsorådet i Oxelösund* saknar konkret formulerade mål och ser betänkandet mer som ett uppslagsverk med en lägesbeskrivning över dagsituationen. *Kooperativa Förbundet* (KF) anser att folkrörelser och andra organisationers insatser beskrivs ytterst marginellt när det gäller folkhälsopolitikens historia och nuläge. KF finner detta oroande ”eftersom betänkandet skall ange inriktningen och ramen för det fortsatta arbetet med att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen och folkhälsoarbetet”. De framtida nationella målen bör enligt KF inte huvudsakligen styras av en beskrivning av vad som pågår inom den offentliga sektorn, då det kan befästa synsätt med människor som passiva vårdtagare.

För *Kommunalarbetareförbundet* är arbetslivets totala villkor en primär fråga i folkhälsoarbetet som måste sättas i centrum för utredningens fortsatta arbete. *Medicinska forskningsrådet* saknar ett medicinskt forskningsperspektiv och frågar om kommuner, landsting och statliga myndigheter är mer kompetenta än hälso- och sjukvården när det gäller att åstadkomma livsstilsförändringar som leder till bättre hälsa, något de tycker hävdas i betänkandet. Medicinska forskningsrådet anför: ”Den medicinska sakkunskapen måste tas tillvara om man vill få till stånd den konkreta och livaktiga debatt om folkhälsoarbete som kommittén önskar.”

Landstinget i Östergötland påpekar att begreppet folkhälsoarbete i betänkandet i huvudsak reserverats för arbete utanför den traditionella sjukvården. Det kan ge intrycket att sjukvårdens roll inom folkhälsoarbetet nedvärderas. Genom att starkare betona hälsan som mål inom hälso- och sjukvården kan vården bättre än tidigare bidra till folkhälsan. Hälso- och sjukvårdens roll skall inte nedvärderas, men däremot skall andra sektors insatser uppvärderas. *Sveriges Läkarförbund* skiljer på begreppen hälsa och sjukdom, inte som ytterligheter på samma skala

utan som två olika dimensioner, medan kommittén när det gäller att möta den negativa hälsoutvecklingen enligt betänkandet återfaller på sjukdomsbegreppet. Det blir därmed mycket oklart vad som menas med hälsa och ohälsa, menar Läkarförbundet.

Mitthögskolan önskar en bättre fokusering på områden som är lämpade för omedelbara insatser och menar att kommittén bör ta initiativ till och/eller stödja välgjorda vetenskapliga studier snarare än initiera fullskaliga folkhälsoprojekt. Hälsouniversitetet och filosofiska fakulteten vid *Linköpings universitet* menar att det finns en oklarhet i betänkandet beträffande definitionerna av folkhälsoarbete. Sjukdomsförebyggande arbete kan enligt universitetet ske på såväl individ- som befolkningsnivå och genomförs av både hälso- och sjukvården och inom lokalsamhället. Analogt är inte hälsofrämjande arbete förbehållet lokalsamhället utan kan genomföras också av hälso- och sjukvården. ”Det är nämligen en arena som kan – och bör! – arbeta hälsofrämjande.” Mått på hälsa borde ha presenterats i enlighet med utredningens hälsobegrepp och inte enbart ”i de allmänna ohälsotermerna som levnadsnivåundersökningen kan fånga upp” anser universitetet. Vidare framhåller universitetet att sjukdomskonsekvenser inte enbart, som hos kommittén, är en fråga om funktionsnedsättning och död utan också effekter av egenupplevd hälsa. *Kommunförbundet Stockholms Län* (KSL) vill veta om det övergripande målet är *bättre* folkhälsa, dvs. ett renodlat effektivitetsmål, eller *jämlikare* folkhälsa.

Beröm kompletteras ofta med krav på mer uppmärksamhet i fortsättningen på den svarande instansens eget område. Utöver detta finns det inga större avvikande uppfattningar mellan grupper av remissinstanser.

Synpunkter på kapitel 8 Utgångspunkter inför det fortsatta arbetet med nationella folkhälsomål

I kapitel 8 ville kommittén ha remissinstansernas synpunkter inför det fortsatta arbetet med nationella folkhälsomål och strategier.

Från många håll framhålls vikten av individernas egna aktiva deltagande i en hälsofrämjande process och att de nationella hälsomålen bör tillämpas på lokal och regional nivå där konkreta åtgärder, baserade på lokala förutsättningar, kan vidtas och visioner omsättas till praktiskt handlande. Det anses viktigt att de nationella strategierna inte upplevs som direktiv för hur arbetet skall bedrivas. Ett folkligt accepterande av och stöd för positiva livsstilsförändringar bör främjas. Som oundvikligt beskrivs att åtgärder mot alkoholkonsumtion och tobaksbruk kan innebära konflikter med människors upplevelse av personlig integritet

och eget ansvar. Vidare anges att folkhälsopolitiskt motiverade samhällsåtgärder måste få ta tid att genomföra. Någon ifrågasätter om man skall formulera nationella mål överhuvudtaget. Förankringen kanske skulle bli bättre om kommittén redovisade en mall som landsting, kommuner och myndigheter fick specificera? Många oroar sig över att utpekandet av vissa beteenden eller personliga egenskaper som ohälsosamma (exempelvis invandrarstatus, ensamstående förälder) kan innebära en ytterligare stigmatisering som motverkar intentionerna. Kommitténs bedömning att det behövs ett vetenskapligt underlag för folkhälsoarbete uppskattas av många. Det anses önskvärt att aktörerna i folkhälsoarbetet stärker samarbetet med universitet och högskolor. Några tillägger att behovet av bättre kunskapsunderlag är betydligt större än vad kommittén antyder.

Genomgående uppskattas synsättet från kommittén att ökade kostnader inom en samhällssektor kan anses finansierade genom att en motsvarande minskning av kostnader uppstår i en annan samhällssektor. Som nödvändigt för folkhälsopolitikens trovärdighet på regional och lokal nivå föreslås en samlad beslutskraft i form av en folkhälsominister. Nationella mål som näringslivet kan uppfatta som relevanta och uppfordrande efterfrågas också. Det breda angreppssättet med fokus på många samhällssektorer medför enligt kommittén att det är svårt att lägga fram detaljerade förslag över hela fältet. Att kommittén tills vidare lämnar öppet vilka avgränsningarna kommer att bli, tros kunna medföra svårigheter att få fram uppföljningsbara mål, som motsvarar kravet på samhällsekonomiskt försvarbara folkhälsoinsatser. Det anförs därför att kommittén bör göra avgränsningar i förhållande till uppdraget redan i detta inledande skede och att denna avgränsning diskuteras och motiveras. Det finns de som framhåller att erfarenheter som redan finns av att arbeta med nationella mål och strategier borde ha ägnats en fylligare analys.

Det påpekas att vid samtliga tillfällen under 1980- och 1990-talen, som regering och riksdag mer samlat har behandlat folkhälsofrågorna, har betydelsen av att verka för minskade sociala skillnader i hälsa betonats, medan under samma tidsperiod sociala skillnader i hälsa ökat. Det ses som en viktig del av kommitténs uppdrag att utveckla verkningsfulla strategier i enlighet med målen. Vissa remissinstanser anser att stora delar av betänkandet är påtagligt teoretiska medan andra instanser saknar en övergripande, teoretisk diskussion omkring målfrågor och styrmodeller.

En allmän uppfattning är att målen och strategierna för folkhälsoarbetet inte får bli alltför svävande, otydliga och kortsiktiga. Att måldiskussionerna utformas med en blandning av hälsomål och processmål ser några som lite överskådligt. Det finns en undran om nationella folkhälsomål bara gäller ett flersektoriellt folkhälsoarbete eller skall vara ledstjärnor också för sjukvårdssystemet. Användningen av WHO:s modell för att beskriva hälsa och sjukdomskonsekvenser anses tyda på att kommittén vill använda ett brett hälsobegrepp. Om hela hälso- och sjukvården skall genomsyras av ett befolkningsinriktat och behovsbaserat tänkande, har kommittén en stor uppgift framför sig som kräver en djupare och mer fullständig analys och diskussion. Meningen finns att politiska beslut också måste kunna fattas enbart mot bakgrund av visioner och ideologi. Det frågas också om kommittén anser att huvuddelen av sjukvårdens verksamhet inte har något att göra med nationella folkhälsomål?

Förflyttningen av vårdens perspektiv från efterfrågan, ekonomiska mål och serviceeffektivitet till att även omfatta befolkningsbaserade behovsmål bör diskuteras i något forum, anser några. Om inte Nationella folkhälsokommittén gör det, vem skall då ta sig an uppgiften? De informationssystem och den statistikförsörjning vi har behöver utvecklas. Folkhälsofrågorna och den regionala epidemiologiska bevakningen, som landstingens samhällsmedicinska verksamhet som regel ansvarar för, berör kommittén bara i förbigående. Det anses viktigt att kommittén bevakar detta område och står fast vid sin breda samhällsekonomiska tolkning och tillämpning av direktiven.

En uppfattning som redovisas är att kommittén i sina utgångspunkter alltför mycket listar och anger skyddstal för faktorer som skapar ohälsa. Det är, menar man, ett bakvänt synsätt som på vissa områden gör att vi inte kan skapa oss långsiktiga strategier. Vi tvingas att lappa och laga i det kortsiktiga arbetet i stället.

Kommunala synpunkter är att det är viktigt att påvisa orsakskedjor och sambandet mikro-makronivå när hälsomålen formuleras, att folkhälsostrategierna måste genomsyra alla nivåer i samhället och att de nationella folkhälsomålen bör sättas in i ett helhetsperspektiv. Meningsfull sysselsättning och sociala relationer är två viktiga skyddsfaktorer som kommittén kraftigt bör lyfta fram och analysera. Kommittén bör också lägga ner stor kraft på att värdera olika former för mätning av hälsa där även perspektiv som klass och genus vägs in. Eftersom kommittén för in kulturella, sociala och psykologiska faktorer i diskussionen måste dessa kunna vägas in vid mätning av hälsa. Det viktiga sambandet mellan hälsa och miljö bör betonas på ett tydligare sätt.

Arbetslivets utformning är viktig i ett hälsoperspektiv; inte att dela upp befolkningen i olika kategorier med insatser per kategori. Bättre förutsättningar, som kortare arbetstid för människorna i arbetslivet och fler sysselsatta, kan frigöra resurser. Mindre tänkande i kategorier – t.ex. pensionärer, arbetslösa, rökare – ger ett vidare perspektiv. Samtidigt påpekas det från flera håll att människor med funktionshinder är en grupp som har kommit i skymundan i betänkandet.

Hälsopolitik ses som en väsentlig del av välfärdspolitiken och kommunerna ser sig själva som de viktigaste aktörerna i den lokala välfärdspolitiken och menar att folkhälsoarbete måste bedrivas i människors närmiljö.

Det finns tankar om att många av dem, som är födda senare än år 1960 måste få en bättre kunskap om hur de tar hand om sig själva för att det skall bli en hållbar situation för framtiden. En erfarenhet är att de unga och de nya svenskarna belastar hälso- och sjukvården med småsaker som de hade kunnat klara själva med lite kunskap/insikt. Det är därför dags att göra en stor satsning på egenvården. Ett lyckosamt folkhälsoarbete kräver att befolkningen tar tag i sina egna liv. Den ojämlika hälsan vill många ska få en stark framtoning både i sociala och medicinska termer. Kriterier och vägledning till hjälp att formulera detaljerade mål utifrån exempelvis jämlikhetsperspektivet efterlyses.

Betydelsen av att få upp folkhälsofrågorna på den politiska dagordningen anser många bör analyseras. Frågan ställs hur man förankrar folkhälsoarbetet i den ordinarie verksamheten och hur man ökar kunskapsutbytet mellan sektorerna? Ökade insatser inom primärvård och skola sägs kunna ge en rejäl samhällsekonomisk vinst genom sänkta kostnader hos försäkringskassa och socialtjänst men kan i dag inte genomföras på grund av den sektoriserade offentliga verksamheten.

Förutsättningarna för att nå positiva effekter i folkhälsoarbetet anses vara mer en fråga om utvecklande av metoder än om tillförande eller frigörande av ekonomiska resurser. En positiv inställning till centrala mål dominerar men det finns också en farhåga att centrala mål kan övergå i konkreta centralistiska direktiv, som slukar resurser och kräver skattehöjningar eller nedskärningar inom andra prioriterade områden. En synpunkt är att centralt folkhälsoarbete, samlat under en huvudman, borde fokusera på de stora hälsoriskerna, som rökning och narkotikamissbruk, och att förebyggande arbete kopplas till verksamheter och sektorer som naturligt kommer i kontakt med människor, t.ex. socialtjänst och skola.

Det konstateras på något håll att kommittén valt en traditionell fokusering på ett risk- och sjukdomsperspektiv och att ett modernt folkhälsoarbete måste bestå av både en hälsofrämjande och en sjukdomsförebyggande del, med betoning på den hälsofrämjande delen.

Det finns en önskan om att de stora skillnaderna i ohälsa mellan olika sociala grupper skall minskas och att en samhällsutveckling som ger fler möjlighet att göra hälsosamma val skall främjas. Det finns också ett intresse för vidare belysning av vad det betyder för folkhälsan att samhället är organiserat så att människor kan känna delaktighet och har möjlighet att påverka sin livssituation.

Synpunkter på kapitel 9 Hälsopolitiska mål och strategier – några exempel som underlag för en idédebatt.

De områden som kommittén har valt att lyfta fram som exempel för en idédebatt anses allmänt väl valda och många lovordar kommitténs öppna attityd. Några framhåller dock att först bör vilka hälsomål man sätter i fokus diskuteras och därefter de strategier som är bäst lämpade för att nå dessa mål. Det pekas på risken för att kommitténs lista med viktiga områden (ohälsosam stress, sociala nätverk, tobak och alkohol, droger, mat och fysisk aktivitet, psykisk hälsa, allergier och skador, arbetsplatsen, boendet, hälsopolitiska jämlikhetsstrategier, barn, ungdom och äldre) kommer att ses som ett redan gjort val, trots att kommittén i sin egen bedömning understryker att förslagen inte får uppfattas som att kommittén tagit ställning. Det förekommer också varningar om att ett utpekande av för snäva nationella folkhälsomål kan vara kontra-produktivt, eftersom det kan innebära att aktörernas intresse och resurser omfokuseras från andra viktiga folkhälsofrågor.

Det efterlyses från något håll en medveten och tydlig modell och strategi för hur mål väljs ut och prioriteras och hur balansen mellan visionära mål, processmål och hälsomål utvecklas. Livsstilsfaktorerna ses av någon instans som viktigast för folkhälsan. Man menar därför att dessa måste diskuteras i ett vidare livsfilosofiskt sammanhang: vad fyller vi människor våra liv med och vilka möjligheter erbjuds oss? Det framhålls också som viktigt att inte hälso- och sjukvården enbart ser sitt folkhälsoansvar baserat på de medicinska och socialtjänsten på de sociala faktorerna utan att det skapas förståelse för att lösningen på problemet beror på hur man kan få de medicinska och sociala faktorerna att samverka.

Det finns åsikter om att perspektiv och strategier bör förtydligas så att det blir lättare att få en helhetsbild av de nationella folkhälsomålen. Det framhålls från flera håll att de hälsopolitiska jämlikhetsstrategierna inte skall vara ett eget område utan ingå i samtliga. Som det mest naturliga framhålls att utgå från det friska och lyfta fram de faktorer som påverkar vår hälsa positivt, inte lyfta fram psykisk ohälsa utan tala om psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande och kalla Ohälsosam stress

för Stress. Åtgärdsprogram för att förbättra den psykosociala hälsan efterlyses. Kulturlivet och organisationerna bör kunna bidra med insatser i form av aktiviteter och medmänsklighet.

Som tillägg till kommitténs lista på prioriterade områden framhålls miljön, skolan, ohälsoområden som cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, tandhälsan, den sexuella och reproduktiva hälsan, hiv/STD, oönskade graviditeter och ”de utsatta gruppernas” hälsa. Vidare framhålls folkhälsoinsatser för såväl psykiskt som fysiskt funktionshindrade, ekonomisk stress, läkemedel, narkotika och droger (efterlyses av många), miljö och hälsa, utanförskap – t. ex. invandrades och flyktingars hälsa – och arbetslöshet, som av några kommuner ses som det största folkhälsoproblemet. Hälsoeffekter av arbetstidsförkortning, stadsmiljöns betydelse för hälsan på gott och ont samt jämlikhetsstrategier, kvinnors hälsa och integrationsfrågor bör lyftas fram och tydliggöras. Under området mat önskas det uppmärksamhet på livsmedelsförsörjningen och dess konsekvenser för miljön och på matallergier. Själv mord (den vanligaste dödsorsaken bland män mellan 15–44 år) bör särskilt analyseras. Både den fysiska och den sociala boendemiljön bör beaktas, inte bara den sociala delen. Samtidigt med dessa förslag till nya målområden finns det önskemål om en begränsning av antalet målområden.

Synpunkter på Kapitel 10 *Vårt fortsatta arbete*

Förslaget om fortsatt publicering av debattskrifter tas tacksamt emot. De hittills publicerade skrifterna med deras intressanta uppläggning i form av dialog har varit värdefulla. Det finns önskemål om att nästa betänkande kring preliminära hälsomål ges ut i en kortfattad och mera lättläst utgåva vilket underlättar ett brett remissarbete. Det föreslås också att kommittén skulle ha en hemsida på Internet. Några skulle gärna delta i arbetsseminarier eller liknande med politiker från landsting och kommuner. Det är ett värdefullt sätt att föra dialog mellan kommittén och de huvudmän som har eller kommer att ha störst ansvar för det lokala folkhälsoarbetet.

Det finns de som saknar metoder för utvärdering. Dessa bör vara fastställda från början för att resultaten skall bli trovärdiga. *Statskontoret* anser att det fortsatta arbetet bör inriktas på ett mer begränsat antal målområden än de 13 som kommittén lyfter fram. Vidare bör kommittén utforma tydliga nationella mål med tillhörande handlingsplaner som läggs fast av riksdag och regering. Länsstyrelser, kommuner och andra aktörer bör ges utrymme att komplettera med regionala/lokala mål och genomförandestrategier. Statskontoret framhåller vidare att

kommitténs mål bör kunna tas till utgångspunkt för att se över ansvars- och resursfördelningen inom folkhälsoområdet. Inte minst på regional nivå syns enligt Statskontoret otydligheterna stora och i behov att klaras ut.

Det är en allmän uppfattning att utan tydliga beslut på nationell nivå rörande det övergripande målet "en god hälsa för alla med särskild betoning på att minska skillnaderna i hälsa" saknar det lokala folkhälsoarbetet legitimitet för prioritering och omfördelning av resurser.

Nationella utredningar och initiativ som berör folkhälsofrågorna

Inledning

Det pågår eller har nyligen avslutats flera nationella utredningar och andra initiativ med anknytning till folkhälsoområdet. Vissa av dessa utredningar och initiativ har direkt betydelse för folkhälsofrågorna och gäller strategier och insatser på alkohol- och drogområdet, inom nutrition, m.fl. områden. Andra berör områden av indirekt stor betydelse för att påverka folkhälsan som arbetsliv, skola och satsningar för att minska segregation m.m. i storstadsområdena.

I bilagan redovisas offentliga utredningar och departements-skrivelser, propositioner, några regeringsuppdrag till myndigheter och aktuella myndighetsinitiativ m.m. Materialet är avgränsat till ett antal viktiga dokument som har lagts fram under åren 1998-99. Redovisningen sker inom ramen för följande rubriker: övergripande och generella dokument, målgrupper, samhällssektorer och vardagsarenor, riktade insatser samt organisation och styrning.

Övergripande och generella dokument

Alla sektorer

WHO:s Hälsa 21 – hälsa för alla på 2000-talet

Europaregionen av WHO fastställde år 1984 en "Hälsa-för-alla"-strategi för regionen med 38 hälsopolitiska mål. I september 1998 antog medlemsländerna i Europa en förnyad strategi, Hälsa 21. Strategin omfattar 21 mål. Se kap. 1.

Miljöbalken

Riksdagen beslutade år 1998 om en miljöbalk (SFS 1998:808). Enligt bestämmelserna i miljöbalken skall denna tillämpas så att människors hälsa och miljön skyddas mot skador och olägenheter oavsett om dessa orsakas av föroreningar eller annan påverkan. När det gäller skydd mot ohälsa och olycksfall i arbetet och skydd i övrigt som huvudsakligen gäller arbetsmiljön tillämpas inte bestämmelserna i miljöbalken. Istället tillämpas arbetsmiljölagen (1977:1160).

Nationella miljömål

Regeringen redovisade i proposition 1997/98:145 förslag till svenska miljömål inom ramen för ett hållbart Sverige. Naturvårdsverket har i uppdrag att till hösten 1999 redovisa konkreta och uppföljningsbara mål som skall leda till en hållbar samhällsutveckling i enlighet med de principer som fastslogs vid Rio-konferensen år 1992 och utmynnade i Agenda 21.

Främja hälsa – förebygg sjukdomar. Slutrapport från Folkhälsoprogrammet

Landstingsförbundets och Svenska Kommunförbundets folkhälso-program redovisade år 1998 slutrapporten "Främja hälsa – förebygg sjukdomar". Rapporten omfattar ett åtgärdsprogram i tolv punkter som riktas till verksamhetsledare inom kommuner och landsting. Punkterna är i förkortat skick följande:

- Forma samhällets demokratiska strukturer så att alla medborgare känner lust och har möjlighet till makt och inflytande över sin egen vardag och framtid.
- Se till att den hälsostödjande och förebyggande strategin läggs fast och att den verksamhet du leder genomsyras av ett sådant förhållningssätt.
- Formulera mätbara mål för hälsoutvecklingen.
- Se till att basen i det stödjande och förebyggande förhållningssättet är medverkan från de berörda.
- Se till att den verksamhet du själv leder är ett föredöme när det gäller att utforma en hälsofrämjande arbetsmiljö.
- Analysera hur de resurser som finns utnyttjas istället för att diskutera de som saknas.

- Utgå från nuvarande huvudmannaskapsgränser och diskutera hur samverkan över gränserna kan hanteras så att det bättre gynnar förebyggande arbete.
- Utveckla ekonomiska drivkrafter som stödjer förebyggande arbete.
- Prioritera barn och ungdomar. Mödravård, barnavård, barnomsorg, socialtjänst och skola bör gemensamt ägna särskild uppmärksamhet åt barn och ungdomar med begynnande problem.
- Social kontakt och något att göra är alltid bättre än passiv bidragsgivning – vänd systemen till förmån för aktivt deltagande i samhället.
- Samverka systematiskt med olika slags frivilligorganisationer och kräv samtidigt att de arbetar för breddad delaktighet.
- Ge eldsjälar stöd och lyft fram deras goda exempel.

Folkhälsoprogrammets arbete har utöver slutrapporten redovisats i flera underlagsrapporter. Bland olika ämnen har bl.a. behandlats modeller för hälsokonsekvensbedömningar av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder i landsting och kommuner.

Samordning av lokalt Agenda 21-arbete m.m.

Nationella Agenda 21 och Habitatkommittén (dir. 1998:25 resp. 1999:37) har i uppdrag att samordna det lokala Agenda 21 arbetet och att samordna det svenska arbetet med att fullfölja de åtaganden som ryms i Habitatagendan och den svenska nationalrapporten till Habitat II-konferensen i Istanbul år 1996 om boende, bebyggelse och stadsutveckling. Agenda 21 är ett handlingsprogram för det 21:a århundradet som antogs vid FN:s konferens om miljö och utveckling (UNCED) i Rio de Janeiro år 1992. Programmet syftar till att uppnå en hållbar utveckling genom att undanröja hot mot miljön, utrota fattigdomen, skydda och främja människors hälsa m.m. Kommittén skall lämna en slutrapport under år 2002.

Välfärdsbokslut över 1990-talet

För vägledning av socialpolitiken vid ingången till 2000-talet har regeringen (dir. 1999:7) gett en grupp forskare i uppdrag att sammanställa den kunskap som finns och identifiera de områden där behovet av ökad kunskap kring välfärdsutvecklingen är angeläget. Enligt direktiven är det särskilt viktigt att beskriva välfärdsutvecklingen för kvinnor och män, för olika socioekonomiska grupper och ur ett livscykelperspektiv. Barns situation skall belysas och särskild uppmärksamhet bör ägnas åt

utsatta grupper. Kommittén skall lämna en slutredovisning under år 2001.

Forskning

Vissa forskningsfrågor

Av propositionen om vissa forskningsfrågor (prop.1998/99:94) framgår vilka uppgifter staten avses ha inom forskningsområdet. Enligt förslagen skall staten ha ett särskilt ansvar för att garantera forskningens frihet samt för grundforskning och forskarutbildning. Vidare skall de statliga resurserna för grundforskning och forskarutbildning öka, i synnerhet vad gäller teknik och naturvetenskap. Högskolelagens bestämmelse om att universitet och högskolor skall samverka med det omgivande samhället skall enligt propositionen ligga fast. Propositionens förslag har i allt väsentligt antagits av riksdagen i oktober 1999.

Sjukdomsördan i Sverige

Världsbanken redovisade år 1993 en analys av sjukdomsördan i olika delar av världen. Analysen har följts upp i ett antal länder, bl.a. Sverige. En första kalkyl av sjukdomsördan i Sverige i termer av DALY:s har redovisats av forskare vid Karolinska Institutet i samarbete med Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen (FHI 1998:50). Kalkylen redovisas mer utförligt i kapitel 1.

Målgrupper

Barn- och ungdomar

Strategi för att förverkliga FN:s barnkonvention om barns rättigheter i Sverige

I proposition 1997/98:182 beskrivs en strategi för det fortsatta arbetet med att förverkliga barnkonventionen i Sverige. I denna strategi ingår bl.a. att barnkonventionen skall vara ett aktivt instrument och genomsyra allt statligt beslutsfattande som rör barn. Riksdagen beslutade i enlighet med propositionens förslag under mars 1999.

Mot bakgrund av propositionen och riksdagens beslut har Socialstyrelsen haft i uppdrag att utveckla metoder i syfte att förverkliga FN:s barnkonvention om barns rättigheter i Sverige. Inriktningen har fram-

förallt varit att förstärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården. I uppdraget har även ingått en översyn av ungdomsmottagningarnas förebyggande verksamhet, särskilt stödet till unga män. Uppdraget avses att redovisas till regeringen under år 2000.

Svensk ungdomspolitik – Ungdomsstyrelsens underlagsrapport inför en bedömning inom Europarådet

Ungdomsstyrelsen redovisade under våren 1999 underlag om ungas hälsa i sin rapport Svensk ungdomspolitik. Trots den generellt mycket goda hälsoutvecklingen i Sverige finns enligt rapporten indikatorer på att utvecklingen har stagnerat eller varit mindre gynnsam på vissa områden och för vissa grupper. Uppmärksamhet har riktats mot den psykiska hälsan bland unga och mot hälsans alltmer sociala snedfördelning såväl i befolkningen totalt som bland unga. En mindre uppmärksammas utveckling är att ålderskillnaderna i hälsa har minskat och tenderar att minska ytterligare. Detta beror främst på att de äldres hälsa har förbättrats medan det i de yngre åldersgrupperna har inträtt försämringar i den psykiska hälsan. I takt med den ökande arbetslösheten och den ekonomiska lågkonjunkturen i början på 1990-talet verkar ungdomars psykosociala hälsa ha försämrats. Ungas hälsoutveckling sätts också i samband med de besparingskrav som har rått både inom stat och kommun under 1990-talets första hälft. En del av kommunernas besparingar har drabbat elevvården. Vidare har eleverna blivit fler i klassrummen och antalet idrottstimmar och friluftsdagar i skolan har stadigt minskat.

På ungdomars villkor – ungdomspolitik för demokrati, rättvisa och framtidstro

För den nationella ungdomspolitikerna på 2000-talet föreslås i prop. 1998/99:115 tre olika mål som skall ersätta tidigare riktlinjer:

1. Ungdomar skall ha goda förutsättningar att leva ett självständigt liv.
2. Ungdomar skall ha verklig möjlighet till inflytande och delaktighet.
3. Ungdomars engagemang, skapande förmåga och kritiska tänkande bör tas till vara som en resurs. Propositionen avses behandlas av riksdagen i november 1999.

Utredning om elevvård m.m.

En utredning är tillsatt (dir. 1998:59) för att definiera begreppet elevvård, kartlägga innehåll och kvalitet i verksamheten, analysera olika organisationsmodeller samt kartlägga elevvårdens roll och uppgifter i förhållande till andra berörda instansers ansvarsområden. Utredningen skall vidare överväga om nuvarande ansvarsområden är de mest ändamålsenliga samt föreslå olika åtgärder för att förbättra elevvårdens och skolhälsovårdens samarbete både inom skolan och med förskola, socialtjänst, hälso- och sjukvård och andra samhällssektorer. Utredningen skall vara slutförd under december 1999.

Äldre

Nationell handlingsplan för äldrepolitiken

Inom ramen för genomförandet av den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) har riksdagen beslutat att avsätta initiativmedel för att stimulera nytänkande inom vård-, omsorgs- och serviceverksamheter bland äldre. Resurser har avsatts för:

- Försöksverksamhet med uppsökande verksamhet bland äldre i syfte att förebygga ohälsa och vårdbehov.
- Stimulansbidrag för fortbildning av arbetsledare och förtroendevalda inom äldreomsorgen.
- ”Anhörig 300” – 300 miljoner för utveckling av stöd för anhöriga. Målet är att stödja, underlätta och på olika sätt bidra till en ökad livskvalitet för familjer och andra närstående till äldre.

Liv till åren – om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för äldre

”Liv till åren” är en rapport om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser bland äldre. Rapporten har gjorts i samverkan mellan Folkhälsoinstitutet och Svenska kommunförbundets äldreberedning. I rapporten som överlämnades till regeringen den 1 september 1998 redovisas följande huvudslutsatser:

- Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser bör mer påtagligt och systematiskt integreras i äldrepolitiken och i dess praktiska tillämpning nationellt och lokalt samt hos de frivilliga organisationerna.

- Det finns ett stort behov av ökad kunskap om vilka åtgärder som kan bidra till bättre hälsa och livskvalitet för äldre. Det är angeläget att detta kan tillgodoses genom forskning.
- Genom ett samlat arbete är det möjligt att utveckla och utvärdera skilda metoder för att genomföra olika hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser som ger äldre förutsättningar att vidmakthålla en självständig tillvaro så länge som möjligt.

Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet.

Svenska Kommunförbundets äldreberedning redogör i denna slutrapport från år 1999 för sin syn på inriktningen av den framtida vården och omsorgen till äldre. Framtida behov och resurser analyseras i studien. Vidare redovisas konkreta förslag till förbättringar.

Personer med funktionshinder

Lindqvists nio – nio vägar att utveckla bemötandet

”Lindqvists nio – nio vägar att utveckla bemötandet” är slutbetänkandet från utredningen om bemötande av personer med funktionshinder (SOU 1999:21). I betänkandet konstateras att det finns stora brister i bemötandet av dessa personer. Många känner sig kränkta, kontrollerade och ifrågasatta. Utredningen utmynnar i nio vägar att utveckla bemötandet. 1. Lagfäst rätten till delaktighet. 2. Sätt stopp för domstols-trotset. 3. Skapa klarhet kring ”Råd och stöd”. 4. Vidga rätten till tillgänglig samhällsinformation. 5. Inför en funktion för hantering av synpunkter och kritik på bemötandet. 6. Utveckla brukarstödscentra. 7. Öka bemötandekompetensen. 8. Stärk handikappforskningen. 9. Gissla fördomen!

Samhällssektorer och vardagsarenor

Arbetslivet

Företagshälsovård

Förslagen i denna proposition om företagshälsovård (prop. 1998/99:120) syftar till att förtydliga arbetsgivarens ansvar för att tillhandahålla företagshälsovård. Förslagen syftar till att renodla företagshälsovårdens uppgifter samt att tydliggöra samverkan mellan företagshälsovården och

den offentligt finansierade sjukvården. Enligt förslag till en ny bestämmelse i arbetsmiljölagen skall en arbetsgivare svara för att företagshälsovård finns att tillgå som påkallas av arbetsförhållandena. Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt inneha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik föreslås ändras så att läkare och sjukgymnaster inte kan få läkarvårdsersättning resp. Sjukgymnast-ersättning för verksamhet inom företagshälsovården.

Individen och arbetslivet – Arbetslivsdelegationens slutbetänkande

Arbetsdelegationens slutbetänkande (SOU 1999:69) behandlar förändringar i arbetslivet, flexibilitet, kunskapsutveckling, EU-perspektiv m.m. I ett av utredningens avsnitt redovisas hur ett framtida arbetsliv kan främja hälsa och utveckling. I detta avsnitt fokuseras på ”Nya” arbetsmiljörisker i form av ”social dumpning”, alltför flexibla arbetstider, extremt ”slimmade” organisationer och otrygga anställningsformer som kan medföra ”ekonomisk stress” bland arbetstagarna.

Mångfald i arbetslivet

”Mångfald i arbetslivet” är ett projekt inom Näringsdepartementet som startade med ett möte i Malmö den 30 september 1999. Med mångfald avses ett stort antal aspekter som berör kön, klass, etnisk tillhörighet, ålder, sexuell läggning och funktionshinder. Projektet är inriktat på näringsliv och offentlig förvaltning. Projektet avses pågå till hösten år 2000.

Utredning om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

En särskild utredare har tillkallats under hösten 1999 med uppdrag att se över den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (dir. 1999:44). I uppdraget ingår att kartlägga den arbetslivsinriktade rehabiliteringsprocessen, utforma en plattform för prioriteringar, klargöra den arbetslivsinriktade rehabiliteringens innehåll och gränser mot andra typer av rehabilitering, klargöra hur ansvar och uppgifter effektivast kan fördelas mellan olika aktörer i rehabiliteringsarbetet samt att behandla frågor som rör

målbeskrivningar och hur drivkrafterna kan förstärkas i rehabiliteringsarbetet. Uppdraget skall redovisas senast den 1 juli 2000.

Boende, sociala villkor och närmiljö

Utveckling och rättvisa – en politik för storstaden på 2000-talet

I proposition 1997/98:165 föreslås en nationell politik för storstadsregionerna. Syftet är att bryta den sociala och etniska segregationen och verka för jämlika levnadsvillkor för alla invånare oavsett ursprung och kön. En annan utgångspunkt är att större kraft måste läggas på att främja en god utveckling i storstädernas utsatta bostadsområden. Bakgrunden är att de sociala klyftorna i dessa områden tenderar att växa och att detta motverkar storstädernas utveckling i stort. Dessa klyftor och ojämnheter i livschanser följer i stor utsträckning etniska linjer. Att stärka det svenska språket lyfts fram som en av de enskilt viktigaste åtgärderna för att bryta den etniskt betingade segregationen. Regeringen föreslår följande: En storstadsdelegation tillsätts med uppgift att utveckla och samordna den nationella storstadspolitiken. Vidare föreslår regeringen att 5 000 nya permanenta platser tillförs universitet och högskolor i storstadsregionerna från höstterminen år 2000. I syfte att skapa ökad trygghet mot brott föreslår regeringen en riktad satsning på polisväsendet i storstadsregionerna. Lokala utvecklingsavtal bör tecknas mellan stat och kommuner för de mest utsatta bostadsområdena i storstadsregionerna. Kommuner som omfattas av lokala utvecklingsavtal avses ges möjlighet att sluta avtal med länsarbetsnämnd och försäkringskassa i sina län om lokal samverkan med utvecklingsprogram för arbetslösa. Riksdagen beslutade i enlighet med propositionen under december 1998.

Hälso- och sjukvård

God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården

”God vård på lika villkor” är namnet på slutbetänkandet från kommittén HSU 2000. Betänkandet handlar främst om statens styrning och den kommunala självstyrelsen. HSU 2000 föreslår en översyn av reglerna inom hälso- och sjukvårdens område med syfte att få till stånd ett mer överskådligt och tydligare regelverk. Bl.a. anges i betänkandet att en patientfokuserad och tydlig reglering av patientens ställning bör åstadkommas. När det gäller styrning med information – kunskaps-

utveckling föreslår HSU 2000 att en översyn av statens informationsstyrning genomförs. Denna bör särskilt beakta styrningens legitimitet, de berördas delaktighet, statens ansvar i förhållande till andra aktörer, tillgänglighet för olika grupper i samhället samt att styrinstrumentet kräver uthållighet. Kommittén pekar även på vikten av att vårdens personal deltar i utveckling av vården och att arbetsgivare ger förutsättningar för utveckling av kompetens och utvecklingsarbete. Det finns enligt kommittén behov av ett nationellt samordnat och kvalificerat utvecklingsarbete. Kommittén anser att kommuner och landsting bör samverka i forskning- och utvecklingsarbete för att utveckla vårdprocessen ur patientens perspektiv. Kommittén rekommenderar kommuner och landsting att samordna sina spridda FoU-resurser till gemensamma FoU-centra.

Riktade insatser mot hälsorisker

Tobak

Nationell handlingsplan mot tobak

Förslag till en nationell handlingsplan mot tobak har tagits fram av Folkhälsoinstitutet i samarbete med Arbetarskyddsstyrelsen, Konsumentverket, Skolverket, Socialstyrelsen, Ungdomsstyrelsen, Svenskt Nätverk för Tobaksprevention, Svenska Läkaresällskapet, Landstingsförbundet, Vårdförbundet, Cancerfonden och Hjärt- och Lungfonden. I handlingsplanen redovisas följande mål:

År 2015 skall

- minst 85 procent av vuxenbefolkningen vara rökfri
- ingen använda vare sig rökverk eller snus före 18 års ålder
- bruket av snus inte ha ökat och
- ingen utan eget val utsätts för tobaksrök i miljön

Handlingsplanen anger följande strategier: stödjande miljöer, bred delaktighet, hjälp till självhjälp. Insatser som anges särskilt är informationsinsatser, behandlingsåtgärder, lagstiftnings- och regleringsåtgärder. Prioriterade områden är följande: barn och ungdom, ökad tillgänglighet till rökslutarstöd samt att ett genusperspektiv skall prägla insatserna.

Regeringen har överlämnat förslaget till Nationella folkhälsokommittén i oktober 1999 för beaktande i kommitténs arbete.

Alkohol

Vissa alkoholfrågor m.m.

I propositionen 1998/99:134 om vissa alkoholfrågor m.m. föreslås att kravet i alkohollagen på tillstånd för partihandel med spritdrycker, vin och starköl tas bort och ersätts med en koppling till vissa begrepp i lagen om alkoholskatt. Vidare föreslås att detaljhandelsbolaget skall ges begränsad importrätt och att alkohol i form av gåvoförsändelser skall tillåtas under vissa förutsättningar. Det föreslås också att förvärv av olovligt tillverkad sprit skall kriminaliseras. I propositionen lämnas också förslag till förändringar av bestämmelserna om marknadsföring. En särskild bestämmelse införs i alkohollagen om att alkoholreklam inte får rikta sig till barn och ungdomar. I propositionen lämnas vidare förslag till riktlinjer för detaljhandelsbolagets öppethållande och för det s.k. Oberoende alkoholsamarbetet. Vad gäller myndighetsstrukturen på alkohol- och narkotikaområdet föreslår regeringen att en organisationskommitté tillsätts med uppgift att lämna förslag till en ombildning av Folkhälsoinstitutet till en stabsmyndighet med tydliga uppgifter. Alkoholinspektionens uppgifter av övergripande tillsynskaraktär samt Läkemedelsverkets uppgift när det gäller teknisk sprit avses att tillföras Folkhälsoinstitutet enligt propositionsförslaget. Den nämnda organisationskommittén har påbörjat sitt arbete under oktober 1999.

Fysisk aktivitet

En idrottspolitik för 2000-talet – folkhälsa, folkrörelse och underhållning

Den nationella idrottspolitiken på 2000-talet bör bygga på tre grundstenar enligt proposition 1998/99:107: 1. En tydlig strävan bör vara att i samhällsplanering, i skolans arbete och i andra sammanhang uppmuntra och ge möjligheter för människor att motionera och utöva idrott. 2. Ett aktivt stöd bör ges till en fri och självständig idrottsrörelse byggd på ideellt engagemang och som bedriver en bred verksamhet, som värnar om god etik, som ger lika förutsättningar för kvinnor och män, som arbetar aktivt för integration samt värnar om demokratisk fostran. 3. Idrottspolitiken bör beakta att idrotten till viss del är en kommersiell underhållning som ger många människor förströelse och glädje. Den skall bedrivas på konkurrensneutrala och marknadsmässiga villkor. Under kommande år tillförs idrotten betydande belopp från AB Svenska Spel. Detta kommer att stärka idrottsrörelsens lokala barn- och ungdomsverksamhet.

Nutrition

Nationella mål och strategier för nutrition 1999 – 2004

Nya strategier för nutrition har utarbetats gemensamt av Folkhälsoinstitutet och Livsmedelsverket under år 1999. Strategierna bygger vidare på den handlingsplan för nutrition som antogs år 1995. Dokumentet har en viktig roll som utgångspunkt för målformuleringar inom nutritionsområdet på regional och kommunal nivå

STD/hiv

Nationell handlingsplan för STD/hiv-prevention.

Folkhälsoinstitutet har påbörjat ett arbete under år 1999 med att ta fram en handlingsplan för det förebyggande hiv/STD-arbetet i Sverige. Förutom prioriterade insatser avses handlingsplanen tydliggöra ansvarsfördelningen mellan myndigheter och institutioner. Planen avses bli färdigställd år 2000.

Organisation och styrning

Inrättandet av en ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning

En ombudsman mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) inrättades den 1 maj 1999. HomO har till uppgift att bevaka frågor om diskriminering på grund av sexuell läggning i arbetslivet och inom andra samhällsområden. Arbetet är inriktat på såväl individ- som grupp- och samhällsnivån.

Skuggrupper

Kommittén har framhållit att det är särskilt angeläget att organisationer, föreningar och liknande men även verksamheter som på en mer professionell basis verkar inom folkhälsoområdet ges möjlighet att fortlöpande följa och påverka kommitténs arbete. Mot denna bakgrund tillskrev kommittén under hösten 1997 drygt 300 organisationer och föreningar och aktualiserade frågan om att bilda skuggutredningar eller skuggrupper till kommittén. Syftet var att skapa förutsättningar för ett mer systematiserat och samordnat påverkansarbete gentemot kommittén. För att underlätta arbetet i skugggrupperna har kommittén kontinuerligt ställt material och handlingar till gruppernas förfogande. Nedan redovisas de grupper som har varit verksamma under utredningstiden.

Handikappförbundens Samarbetsorgan, HSO

Hassela Solidaritet/RNS, Riksförbundet Narkotikafritt samhälle

Hushållningssällskapens Förbund

Hälsoenheten/Sydvästra sjukvårdsområdet

Nyktterhetsrörelsens Landsråd

Nätverk för folkhälsoarbete i större städer

Pensionärernas Riksorganisation, PRO

Riksförbundet PensionärsGemenskap, RPG

Riksförbundet för Sexuellt Likaberättigande

Riksidrottsförbundet

SIOS – Samarbetsorgan för invandrarorganisationer i Sverige

Svenska Kommunalpensionärers Förbund, SKPF

Svenskt Nätverk för Lokalt Folkhälsoarbete

Svenskt Nätverk för TobaksPrevention (Läkare mot Tobak)

Sveriges Pensionärers Riksförbund, SPRF

Sveriges Pensionärers Riksförbund/Folkhälsogruppen

Vårdförbundet