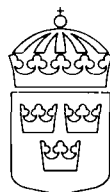


Regeringens skrivelse

1987/88:172

om folkhälsans utveckling, m.m.



Reg. Skr.
1987/88:172

Regeringen bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 14 april 1988.

På regeringens vägnar

Ingvar Carlsson

G. Sigurdsen

Skrivelsens huvudsakliga innehåll

I skrivelsen redovisas en rapport om folkhälsans utveckling, som socialstyrelsen utarbetat på regeringens uppdrag. Både i ett historiskt och i ett internationellt perspektiv har Sveriges befolkning i dag ett mycket gott hälsotillstånd. Utvecklingen har under de senaste åren varit positiv. Dödligheten har, liksom väsentliga delar av sjukligheten, varit sjunkande i samtliga åldersgrupper. Förbyggande insatser och en fortsatt utveckling av den allmänna välfärden är viktiga orsaker till att hälsosituationen kunnat förbättras.

Fortfarande drabbas dock ett betydande antal människor av onödigt lidande och alltför tidig död till följd av en ohälsa som bör kunna förebyggas. Denna ohälsa är ojämnt fördelad i befolkningen. Utsatta grupper har ett klart sämre hälsotillstånd än sådana med goda sociala villkor.

Målen om en god hälsa och om en vård på lika villkor är båda centrala för hälso- och sjukvårdspolitiken. I denna skrivelse koncentreras framställningen kring frågor om det arbete som syftar till att ytterligare förbättra befolkningens hälsa och minska rådande skillnader i hälsosituationen mellan olika grupper i samhället.

I skrivelsen redovisas att en hälsopolitisk arbetsgrupp skall tillsättas som ett rådgivande organ till den nya hälso- och sjukvårdsberedningen. Gruppen som skall benämnas Folkhälsogrupperna skall, vid sidan av sina rådgivande uppgifter, också genom sin sammansättning aktivt medverka till att åtgärder initieras inom myndigheter och organisationer.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 14 april 1988

Närvarande: statsministern Carlsson, ordförande, och statsråden Sigurdson, Gustafsson, Hjelm-Wallén, Peterson, Bodström, Göransson, Gradin, R. Carlsson, Holmberg, Hellström, Johansson, Hultström, G. Andersson, Lönnqvist

Föredragande: statsrådet Sigurdson

Skrivelse om folkhälsans utveckling, m.m.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

De flesta uppfattar sannolikt hälsan som den allra viktigaste komponenten i välfärden. En förbättrad och mer jämlik hälsosituation har också varit ett centralt mål för den generella välfärdspolitiken.

En stark ekonomisk utveckling har givit förutsättningar för en hög sysselsättningsgrad och en förbättring av arbetsmiljön. Utbyggnaden av den offentliga sektorn har tillsammans med införandet av bl.a. pensions- och socialförsäkringssystemen medfört att levnadsvillkoren utjämnats mellan olika grupper och att en trygghet kunnat garanteras exempelvis vid sjukdom.

Studerat utvecklingens effekter på hälsan i ett längre tidsperspektiv kan det konstateras att förbättringarna i många avseenden varit enastående. Som exempel kan nämnas att 150 av 1 000 födda barn avled före ett års ålder för 100 år sedan. I dag är det endast 7 barn av 1 000 som inte överlever sitt första levnadsår. Medellivslängden, såsom den bestäms vid födelsen, har från år 1900 stigit från 56 år till 77 år i dag.

Karaktistiskt för utvecklingen är att de förbättringar som kan konstateras för det genomsnittliga hälsotillståndet i befolkningen har sin bakgrund i den allmänna välfärdsutvecklingen. Dessutom har det under 1900-talet skett en utjämning i hälsosituationen mellan olika grupper i samhället. En del av det allmänt förbättrade hälsotillståndet är sålunda ett uttryck för en utjämning av livsvillkoren så att socialt missgynnade grupper kunnat uppnå en hälsosituation som är jämförbar med den som redan tidigare gällt för privilegierade grupper i samhället.

Hälsoproblemen har ett starkt samband med den sociala situationen. Detta illustrerar att folkhälsoarbetet är en central del av den välfärdspolitik som syftar till att ge medborgarna jämlika livsvillkor. Samtidigt är också förändringarna i hälsosituationen en viktig mätare på hur den samlade välfärdspolitik har fungerat och på vilka effekter som den förda politiken givit.

I detta perspektiv framstod det som mycket allvarligt när uppgifter framkom under 1980-talets första år som antydde att det fanns stora och växande skillnader i hälsan som berodde på de sociala villkoren. Studier visade att

dödligheten för medelålders män inom administrativa yrken sjönk med 15 % under 1970-talet samtidigt som den ökade med cirka 4 % bland industriarbetare och med 6 % bland icke förvärvsarbetande. Totalt ökade dödligheten för medelålders män mellan år 1970 och 1980 med 1,5 %. Bland medelålders kvinnor sjönk den med 10,5 %.

Reg. Skr.
1987/88:172

1.2 De hälsopolitiska målen

Även om Sveriges befolkning har ett förhållandevis mycket gott hälsotillstånd finns således fortfarande stora skillnader mellan män och kvinnor samt mellan olika social- och yrkesgrupper. Kunskaperna om ohälsans fördelning i befolkningen föranledde regeringen att medverka till att Sverige liksom övriga medlemsländer i Världshälsoorganisationens (WHO:s) Europaregion år 1984 antog vissa mål för hälsoutvecklingen under de kommande 15 åren – Health for All by the Year 2000. Strategien för att uppnå målen utgår från följande huvudlinjer för prioriteringen inom medlemsländernas nationella hälsopolitik.

- jämlikhet i hälsa och levnadsvillkor
- hälsofrämjande och förebyggande arbete
- aktivt engagemang hos medborgarna
- tvärssektoriellt samarbete
- hälso- och sjukvård med inriktning mot primärvård
- internationellt samarbete.

I samband med att "Hälsa för alla" – strategien följdes upp vid Världshälsoförsamlingen år 1986 stödde Sverige den avslutande resolutionen där medlemsstaterna bl.a. uppmanas

- att identifiera hälsopolitiska mål för utvecklingen inom flera samhällssektorer, bl.a. jordbruk, miljö, utbildning, bostäder m.m., och att söka precisera hälsoeffekter av aktuella program inom dessa områden
- att slå fast att en ökad jämlikhet – i termer av förbättrad hälsa för underprivilegierade grupper – skall eftersträvas inom ramen för de nationella hälsopolitiska målen
- att använda hälsotillståndet i befolkningen och särskilt bland underprivilegierade grupper som en indikator på samhällsutvecklingens kvalitet.

Med utgångspunkt i förslagen från den s.k. HS 90-utredningen Hälsa- och sjukvård inför 90-talet (SOU 1984:39) och i Cancerkommitténs betänkande (SOU 1984:67) Cancer – orsaker, förebyggande m.m. samt mot bakgrund av WHO-målen lade regeringen år 1985 fram förslag till vissa riktlinjer för hälso- och sjukvårdspolitiken i prop.1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m. Riksdagen har godkänt de framlagda riktlinjerna (SoU 1984/85:28, rskr. 400).

De två övergripande mål som anges i riktlinjerna i den hälsopolitiska propositionen omfattar i anslutning till hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) följande.

- Förbättrad folkhälsa genom en aktiv och samordnad hälsopolitik.

Folkhälsoarbetet skall omfatta berörda samhällssektorer, folkrörelser och allmänhet. Speciell uppmärksamhet bör ägnas de grupper i samhället som är

utsatta för de största hälsoriskerna.

– Vård på lika villkor för hela befolkningen.

En vård på lika villkor innebär att alla, oberoende av ålder, kön, nationalitet, bostadsort, utbildning, betalningsförmåga, etnisk tillhörighet och kulturella olikheter, förmåga att ta initiativ samt sjukdomens art och varaktighet, skall kunna erhålla en god vård. Det är ett centralt vårdpolitiskt mål att förbättra möjligheterna att erhålla god vård för de grupper, som visat sig oftare än andra ha svårt att få en sådan vård.

Reg. Skr.
1987/88:172

1.3 Uppdraget att utarbeta en folkhälsorapport

En samlad beskrivning och analys av hälsosituationen och dess förändring är av central betydelse för prioritering och målinriktning av åtgärder för att förebygga sjukdomar och ohälsa.

I ett internationellt perspektiv kan konstateras att vi i Sverige har goda möjligheter att få statistisk information om befolkningens hälsoförhållanden och vård. Samtidigt gäller dock att den tillgängliga informationen varit svåröverskådlig och svårhanterlig för mer breda och sammanfattande beskrivningar. Särskild statistik om vårdresultat saknas. Statistiken har redovisats genom ett stort antal olika kanaler och i olika former.

Bristen på överskådlighet har gjort att våra möjligheter att utnyttja hälso-data som en grund för överväganden om den allmänna välfärdspolitiken varit begränsade. Att presentationen av statistiken varit svåröverskådlig har också gjort att man inte kunnat få en helhetsbild där utvecklingen inom olika sjukdomsgrupper och för skilda hälsorisker kunnat relateras till varandra. Därmed har möjligheterna till prioritering av insatser liksom till samordning varit begränsade i vissa avseenden.

I prop.(1984/85:181) om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. angavs mot denna bakgrund att socialstyrelsen i samverkan med bl.a. statistiska centralbyrån (SCB) och Landstingsförbundet bör ha huvudansvaret för att regelbundet utarbeta en samlad folkhälsorapport. Det angavs att rapporten, som skall utgå från de många källor som redan finns, inte bara bör innehålla en lättillgänglig redovisning av statistiska uppgifter utan också en analys av utvecklingen och av förändringarnas innebörd och orsak m.m.

Regeringen uppdrog under hösten 1985 åt socialstyrelsen att utarbeta en rapport i enlighet med vad jag nyss angivit. Socialstyrelsen redovisade en första folkhälsorapport till regeringen i september 1987. (Socialstyrelsen redovisar 1987:15. Folkhälsorapport 1987.)

2 Folkhälsorapport 1987

Folkhälsorapport 1987 ger en samlad analys av folkhälsan och dess förändring och fördelning. Resultaten i rapporten är därmed en viktig utgångspunkt för arbetet med folkhälsofrågorna. En sammanfattning av Folkhälsorapport 1987 finns i *bilaga 1* till regeringsprotokollet i detta ärende.

Rapporten ger en tydlig illustration av hur register över befolkningens häl-

sotillstånd kan ge underlag för beslutsfattande. De åtgärdsförslag som presenteras i rapporten visar också att folkhälsovetenskaplig och samhällsmedicinsk forskning är mycket väsentlig för att öka kunskaperna om hur ohälsa kan förebyggas.

Jag vill i detta sammanhang nämna att SCB i dagarna givit ut Hälsan i Sverige: Hälsostatistisk årsbok 1987/88. Årsboken ger en samlad presentation av statistiken över befolkningens hälsa, sjukdomar, hälsorisker och vård m.m.

Med det underlag som nu finns tillgängligt i form av uppgifter om folkhälsans utveckling och de hälsopolitiska handlingsprogrammen m.m. är det angeläget att folkhälsoarbetet förs vidare i en dialog mellan företrädare för olika samhällssektorer.

Jag avser att i det följande mot bakgrund av de viktigaste hälsopolitiska fynden i rapporten redovisa vissa principer och former för det fortsatta arbetet.

Vid sidan av uppgifter om och analyser av folkhälsoproblemens och dödlighetens utveckling redovisar socialstyrelsen i Folkhälsorapport 1987 också vissa uppgifter om resurs- och prestationsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Vidare kommenteras bl.a. frågor om resurstilldelningen till hälso- och sjukvården.

Min framställning kommer emellertid i detta sammanhang att helt koncentreras på de frågeställningar som rör folkhälsoarbetet.

I prop. 1987/88:63 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m. behandlas frågan om viss uppföljning av de ersättningar som utgår från sjukförsäkringen (sid. 10 och sid. 15-17).

Härvid anges att socialstyrelsen bör ges i uppdrag att i samråd med bl.a. Landstingsförbundet kartlägga värdresursernas utveckling, omstruktureringen mellan skilda verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården samt vissa andra övergripande frågeställningar om hälso- och sjukvårdens utveckling. Det framhålls att beskrivningar av folkhälsans och hälso- och sjukvårdens strukturella förändring samt effektivitets- och produktivitetsutveckling kan ses som kompletterande aspekter som sammantagna kan ge underlag för regeringens ställningstaganden. Riksdagen har beretts tillfälle att ta del av dessa uttalanden (SfU 1987/88:13, rskr. 110) och lämnat dem utan erinran.

I enlighet med vad som anges i prop. 1987/88:63 avser jag att föreslå regeringen att socialstyrelsen ges i uppdrag att lämna en mer utförlig redovisning av hälso- och sjukvårdens strukturella förändring samt effektivitets- och produktivitetsutvecklingen inom vården. I anslutning till detta avser jag föreslå att vissa direktiv lämnas om inriktning och uppläggning av kommande folkhälsorapport.

Jag ämnar vidare föreslå regeringen att en särskild utredare tillkallas för att utreda frågan kring informationsstrukturen m.m. för hälso- och sjukvården.

I Folkhälsorapport 1987 anför bl.a. att en fortsatt minskning av hälso- och sjukvårdens andel av samhällets totala resurser försvårar våra möjligheter att möta de vårdproblem som vi står inför. I detta sammanhang vill jag betona att den viktigaste orsaken till att hälso- och sjukvården sedan år 1982

minskat sin andel av bruttonationalprodukten är att den allmänna ekonomiska tillväxten ökat kraftigt fr.o.m. detta år i relation till utvecklingen under 1970-talets senare del och 1980-talets inledande år. Enligt min uppfattning är det den reala volymförändringen inom sektorn och inte sektorns relativa andel av de totala resurserna som bör läggas till grund för bedömningarna av hälso- och sjukvårdens möjligheter att fullfölja sina uppgifter i enlighet med lagstiftningen. Enligt uppgifter från nationalräkenskaperna och en uppskattning vad gäller de sista två åren har den årliga tillväxten inom hälso- och sjukvården år 1980 till 1987 varit i genomsnitt 2,2 %, räknat i fast penningvärde. För år 1985 var tillväxten 3,7 %.

Vid övergripande bedömningar av volymutveckling och förändringar i behov är det vidare av grundläggande betydelse att hänsyn tas till nettoeffekten av de strukturförändringar som medför att uppgifter överförs från en samhällssektor till en annan. Mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten pågår en mycket viktig sådan strukturförändring som innebär att hälso- och sjukvårdssektorn avlastas vissa uppgifter, framför allt vad gäller vården av äldre men även beträffande psykiskt sjuka. Dessa frågor har inte närmare berörts och har således inte heller vägts in som ett underlag till analyserna.

Eftersom de frågor jag nyss berört har stor betydelse för hur volymutvecklingen bör bedömas är jag inte nu beredd att redovisa några ställningstaganden eller principer vad gäller de avsnitt i rapporten som behandlar resurser och prestationer. Som jag nyss nämnt kommer ett uppdrag att lämnas till socialstyrelsen om en mer utförlig presentation av produktivitets-, effektivitets- och strukturförändringarna. Jag vill således avvakta denna redovisning innan jag anser mig böra gå ytterligare in på dessa frågor.

Jag finner i detta sammanhang anledning att understryka att hälso- och sjukvården måste ha både ett kortsiktigt och ett långsiktigt perspektiv i sitt planeringsarbete. I det kortsiktiga perspektivet måste hälso- och sjukvården kunna svara upp mot de förändrade vårdbehov, som t.ex. följer av att andelen äldre ökar i samhället. I det mer långsiktiga perspektivet måste emellertid hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser göras – bl.a. i samverkan med andra samhällssektorer – som förbättrar folkhälsan och minskar de rådande skillnaderna i hälsosituationen mellan olika grupper i samhället.

3 Hälsopolitiska initiativ

Utifrån de övergripande målen preciserade regeringen i den hälsopolitiska propositionen ett antal grundläggande krav på och utvecklingslinjer för hälso- och sjukvårdens inriktning, struktur, kvalitet m.m. Vidare angavs den strategiska inriktningen av det hälsopolitiska arbetet.

Grundelementen i den hälsopolitik som presenterades i propositionen var att insatserna för att identifiera skillnader och förändringar i hälsosituationen bör vidareutvecklas. Utifrån analyser av orsakssambanden och bakgrunden till att ohälsa uppstår skall olika vägar att förebygga och undanröja hälsoriskerna identifieras och åtgärder vidtas.

Beträffande ansvarsfördelningen i arbetet konstaterades att staten har en viktig roll genom att på den nationella nivån svara för kartläggningar och

analyser av vilka förebyggande insatser som kan vidtas. Arbetet har därvid i hög grad kommit att inriktas mot framtagande av underlag för s.k. hälsopolitiska handlingsprogram, dvs. åtgärdsinriktade handlingsprogram för att undanröja hälsorisker antingen i anslutning till vissa centrala sjukdomsgrupper eller med anknytning till en viss samhällssektor, t.ex. bostadssektorn.

Inom ramen för HS-90 utredningen utarbetades i enlighet med detta tre underlag till hälsopolitiska handlingsprogram, redovisade i betänkandena (SOU 1984:42-44) Att förebygga skador, Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom och Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost. Vidare bör Cancerkommitténs betänkande (SOU 1984:67) Cancer – orsaker, förebyggande m.m. ses som ett hälsopolitiskt handlingsprogram mot cancersjukdomarna.

Mot bakgrund av uttalanden i den hälsopolitiska propositionen har regeringen givit socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta underlag till hälsopolitiska handlingsprogram mot psykisk ohälsa och rörelseorganens sjukdomar. Underlag till sådana hälsopolitiska handlingsprogram redovisades år 1987 (Socialstyrelsen redovisar 1987:14).

I dag föreligger hälsopolitiska handlingsprogram för insatser mot flera av de stora sjukdomsgrupperna och för hälsopolitiken i samhällsplaneringen. En genomgående slutsats i samtliga hittills redovisade program är att det – trots den allmänt goda hälsosituationen i landet – alljämt finns avsevärda vinster att uppnå i form av minskad sjuklighet och minskat lidande genom att intensifiera det preventiva arbetet. Programmen pekar på att det finns goda möjligheter att förebygga ohälsa såväl genom insatser för att begränsa eller helt undanröja de kända hälsoriskerna som genom att främja sådana livsvillkor som bidrar till att vidmakthålla en god hälsa.

I de olika programmen redovisas såväl ett stort antal förslag till förebyggande åtgärder som bedömningar av tänkbara angelägna insatser.

Förebyggande av olycksfallsskador är sannolikt det område där det finns de bredaste och mest långvariga erfarenheterna av ett förebyggande arbete. I ett internationellt perspektiv ligger Sverige här mycket långt framme. Erfarenheterna bl.a. från Skaraborgs läns landsting har visat på att ytterligare förbättringar kan uppnås inom detta område genom målinriktade skadeförebyggande insatser.

Ett olycksfallsförebyggande projekt startades år 1978 i Falköping. Verksamheten omfattade olycksfallsregistrering, information, utbildning, tillsyn samt förändringar av den fysiska miljön. I projektet engagerades alla tänkbara kommunala och privata instanser – från kommunstyrelsens ordförande till pressen, polisen och pensionärsföreningen. En utvärdering har visat att antalet hemolycksfall minskade från 850 till 550 på tre år – dvs. med 35 % – och att antalet olycksfall bland mycket små barn halverades.

Utifrån de mycket positiva erfarenheterna gav regeringen år 1986 socialstyrelsen i uppdrag att – med det hälsopolitiska handlingsprogrammet som utgångspunkt – ta initiativ till en uppbyggnad av en länsvis registrering av de olycksfall som sjukvården kommer i kontakt med. Enligt uppdraget skulle socialstyrelsen också utreda hur miljö- och hälsoskyddsnämnderna skall kunna bidra i det förebyggande arbetet inom området.

Socialstyrelsen har för att fullfölja uppdraget tillskapat en projektorganisation med ansvar att driva och samordna insatserna för olycksfallsprevention. Arbetet bedrivs i samverkan med myndigheter och organisationer. Till projektet är också en rådgivande medicinsk expertgrupp knuten.

Projektet har nu bedrivits under ett och ett halvt år. Uppbyggnaden av ett registreringssystem pågår i samarbete med landstingen. En kunskapsöversikt om olycksfall och alkohol har redovisats. Genom projektorganisationens försorg har vidare genomförts en inventering av det preventiva arbete mot olycksfall som pågår inom landstingens hälso- och sjukvård. Inventeringen visar att någon form av sådan verksamhet numera förekommer i flertalet sjukvårdsområden. Enligt vad jag erfarit har projektorganisationen inom socialstyrelsen medverkat till att arbetet för att höja ambitionsnivån vad gäller att förebygga olycksfall förts vidare. Skilda delar av handlingsprogrammet har successivt kunnat genomföras.

Handlingsprogrammen har givit ett mycket väsentligt kunskapsunderlag för de preventiva insatserna. Som jag återkommer till senare, är det väsentligt att arbetet på den nationella nivån intensifieras ytterligare. Handlingsprogrammen utgör en viktig utgångspunkt för landstingen i den pågående uppbyggnaden av det lokala och regionala arbetet med förebyggande av ohälsa.

Omfattningen och inriktningen av landstingens förebyggande insatser har undersökts av socialstyrelsen i samarbete med Landstingsförbundet och Spri (Socialstyrelsen PM 116/85 och Socialstyrelsen redovisar 1986:7). Undersökningen visar att de förebyggande verksamheterna är inne i ett expansivt skede. Det finns en klar strävan hos huvudmännen för hälso- och sjukvården att omstrukturera och profilera verksamheten i enlighet med hälso- och sjukvårdslagets intentioner. Den långsiktiga planeringen anpassas till ett hälso-politiskt synsätt. Såväl de samhällsinriktade som de individinriktade förebyggande insatserna förstärks. Omfattningen och inriktningen av insatserna växlar emellertid starkt mellan de olika huvudmännen.

De flesta landsting och många kommuner har antagit hälsopolitiska handlingsprogram. Dessa kan t.ex. avse att förebygga specifika sjukdomar, som hjärt-kärlsjukdomar, cancer, sjukdomar i rörelseorganen och allergi, eller olycksfall. Det förekommer också program för att förebygga psykisk ohälsa eller psykosocial utslagning av barn och ungdom. I vissa program uppmärksammas invandrare som målgrupp för förebyggande åtgärder liksom invandrarnas speciella problem vid mötet med den svenska hälso- och sjukvården.

Handlingsprogrammen kan också vara inriktade på olika risker, såsom drogmissbruk, tobaksrökning, dåliga kostvanor eller faror i trafiken.

I de flesta landsting förekommer hälsoupplýsning och andra aktiviteter i förebyggande och hälsofrämjande syfte, ofta i samarbete med skolan och olika organisationer och folkrörelser. Betydelsefulla i detta sammanhang är också studiecirklar och kurser, som anordnas i samarbete med studieförbundet.

I de flesta landsting bedrivs idag samhällsmedicinsk verksamhet i särskilt organiserade enheter och råd. För den fortsatta utbyggnaden av de förebyg-

gande insatserna är de samhällsmedicinska enheterna av stor betydelse. Inom flera landsting utreds förutsättningarna att utarbeta miljöpolitiska handlingsprogram.

Reg. Skr.
1987/88:172

I såväl det regionala som det lokala förebyggande arbetet är samverkan över sektorsgränserna nödvändig. Primärkommunerna har härvidlag en viktig roll. Lovvärda försök har gjorts för att utveckla former för ett rutinmässigt samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, skolan samt miljö- och hälsoskyddsnämnderna. Jag återkommer senare till hur det sektorsövergripande samarbetet på nationell nivå bör stärkas.

Det bör i detta sammanhang nämnas att regeringen har tillsatt en särskild utredning (S 1986:02) om frågor kring förebyggande av allergier och andra överkänslighetsreaktioner. Allergikutredningen som påbörjade sitt arbete år 1986 skall bl.a. analysera forskningsbehoven inom området samt undersöka om redan vidtagna åtgärder är tillräckliga inom samhällsområden såsom arbetslivet, boendemiljön, skolan och förskolan. Med hänsyn till vikten av att förebyggande insatser vidtas snabbt har i utredningens direktiv angetts att kommittén redan under pågående arbete bör kunna initiera åtgärder, som för sitt genomförande inte förutsätter beslut av riksdag eller regering. Utredningen beräknas avlämna sitt slutbetänkande under år 1988.

Regeringen har också i anslutning till propositionen (1984/85:166) om livsmedelspolitiken givit bl.a. livsmedelsverket i uppdrag att kartlägga behovet av kostinformation samt att utforma ett system för märkning av livsmedel, för att konsumenten skall få lättare att bedöma en vara ur näringssynpunkt.

De fackliga organisationerna och folkrörelserna har en mycket viktig roll i det förebyggande arbetet. Uppgifterna om att skillnaderna i sjuklighet och dödlighet mellan arbetare och tjänstemän ökat under 1970-talet gav Landsorganisationen (LO) anledning att initiera ett samarbete med socialstyrelsen och Landstingsförbundet i hälsopolitiken. Arbetet, som bedrivs med anslag även från socialdepartementet, har formen av ett utvecklingsprojekt med syfte att väcka ökat engagemang och delaktighet i förhållanden som påverkar hälsan. Projektet startades år 1987 och avses pågå under en femårsperiod.

4 Folkhälsopolitik i utveckling

4.1 Allmänt

Som jag tidigare konstaterat syftade uppdraget om framtagande av folkhälsorapporten till att ge en helhetsbild över hälsoutvecklingen i landet. Rapporten har enligt min mening givit en sådan bred överblick över hälsosituationen. Resultaten utgör därmed en viktig komplettering av underlaget för beslut om hälso- och sjukvårdspolitikens inriktning.

Slutsatserna av folkhälsorapportens beskrivning av hälsoläget kan sammanfattas i följande tre huvudpunkter.

- Sveriges befolkning har en i ett internationellt perspektiv utomordentligt god hälsosituation. För befolkningen som helhet blir hälsoläget dessutom allt bättre.

- Trots förbättringarna drabbas vissa människor av onödigt lidande och allt för tidig död till följd av sjukdomar som bör kunna förebyggas. Flera av dessa sjukdomar har en sådan utbredning och karaktär att de bör betraktas som folksjukdomar.

- Hälsan är ojämnt fördelad mellan skilda sociala grupper i samhället. Utsatta grupper har ett klart sämre hälsotillstånd än de med goda sociala villkor. Även om de sociala skillnaderna är mindre än i många jämförbara länder finns det anledning att se allvarligt på de förhållanden som konstaterats, särskilt som oroande tecken tyder på att dessa skillnader ökade under 1970-talet. Det sociala mönstret för vissa hälsorisker ger oss anledning att anta att vi riskerar att få en fortsatt ökning av skillnaderna under 1980-talet om motåtgärder inte sätts in.

Som jag inledningsvis angav har Sverige medverkat till att WHO:s Euroregion antagit ett antal mål vad gäller hälsoläget inom befolkningen. I enlighet med dessa eftersträvas bl.a. att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar skall ha minskat med 15 % fram till år 2000 för människor under 65 års ålder. Också dödligheten i cancer och olycksfall skall enligt målsättningen ha minskat med 15 respektive 25 % under samma period.

Vissa av WHO:s mål har redan i dag uppnåtts i vårt land. Det gäller exempelvis medellivslängden samt risken för ett barn att dö före ett års ålder eller risken för kvinnor att dö i samband med förlossningar. För flera av målen gör också den kontinuerliga förbättringen av hälsoläget det troligt att vi kommer att kunna uppfylla dem under perioden fram till år 2000.

Det väsentliga undantaget utgörs dock av jämlikhetsmålet, dvs. att utvecklingen skall innebära att skillnaderna i hälso- och levnadsvillkor mellan olika grupper i befolkningen successivt utjämnas. Att tecken tyder på att hälsoutvecklingen går i motsatt riktning mot detta mål finner jag således särskilt oroande. Målet är, som också framgår av hälso- och sjukvårdslagen, en god hälsa för hela befolkningen. Möjligheten att göra verkningsfulla insatser för en utjämning av hälso- och levnadsvillkoren från social synpunkt inför år 2000 måste ägnas särskild uppmärksamhet. Potentiella hälsovinster bör kunna uppnås genom riktade åtgärder, bl.a. inom det förebyggande området, i avsikt att utjämna hälsoläget mellan olika grupper. Redovisningen av den sociala fördelningen av ohälsan visar vilka grupper inom befolkningen som har de största behoven och till vilka åtgärderna således i första hand bör riktas.

Det kan konstateras att Folkhälsorapport 1987, med den helhetsbild den tecknat, visat på att det är mycket angeläget med fortsatta kraftfulla insatser för att förebygga ohälsa. De redovisade sociala skillnaderna har klargjort att vi fortfarande kan uppnå viktiga hälsovinster genom att prioritera sådana åtgärder som reducerar den ojämna fördelningen av hälsoriskerna. Vidare kan av rapporten dras den slutsatsen att folkhälsoarbetet bör inriktas mot de breda folksjukdomarna och att särskild uppmärksamhet således bör riktas mot de hälsorisker som är av betydelse för dessa sjukdomar.

4.2 Behov av beslutsunderlag

Reg. Skr.
1987/88:172

Som framgått är det mycket betydelsefullt att få den typ av faktasammanställningar med analyser som Folkhälsorapport 1987 utgör. Som jag tidigare nämnt avser regeringen att lämna uppdrag till socialstyrelsen att utarbeta en ny folkhälsorapport. Jag vill understryka att det är mycket väsentligt att rapporter om folkhälsans utveckling utarbetas regelbundet i enlighet med vad som anfördes i prop. 1984/85:181.

I det följande vill jag redogöra för några frågeställningar som sammanhänger med förutsättningarna för att utarbeta det besluts- och kunskapsunderlag som Folkhälsorapport 1987 är ett exempel på.

Redovisningarna av den sociala fördelningen av sjuklighet och dödlighet i Folkhälsorapport 1987 har gett kunskaper som är väsentliga som underlag för beslut om folkhälsoarbetets inriktning. En förutsättning för att ta fram denna form av information om ohälsan har varit att register över sjuklighet och dödlighet kunnat kompletteras med uppgifter om bl.a. yrke. Likaså är det nödvändigt att register över sjuklighet, vårddata och hälsorisker kan samköras med bl.a. dödsorsaksregister om vi skall få möjlighet att på ett riktigt sätt beskriva hur förekomsten av olika sjukdomar förändras över tiden.

Vi har i dag i Sverige en intensiv debatt om dataregister och sekretessfrågor. Denna debatt är mycket angelägen. Det är utomordentligt viktigt att vi inför framtiden skapar sådana regler och metoder att individens integritet kan skyddas samtidigt som också andra intressen kan tillgodoses, såsom behovet av underlag för bl.a. hälsopolitiska beslut.

Medicinska forskningsrådet publicerade under år 1987 en skrift om registerdata i forskningen. Av denna framgår att vi fått bättre kunskap om en lång rad hälsoproblem tack vare att personrelaterade dataregister kunnat användas för forskningsändamål. Det gäller t.ex. frågor om arsenikens, radonets och andra miljöfaktors betydelse för hälsan, mammografins effekter på bröstcancerdödligheten, förekomsten av allvarliga läkemedelsbiverkningar och riskfaktorer för hjärtinfarkt.

En ny struktur för informationen om hälso- och sjukvården kan härvid ge förändrade och förbättrade förutsättningar för att tillgodose kraven. I proposition 1987/88:63 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen, m.m. anges att det i den överenskommelse som ligger till grund för ersättningarna för år 1988 och 1989 har föreslagits att ett gemensamt informationssystem snarast bör utvecklas. Frågor om hur sociala data skall kunna påföras data om sjuklighet kan behandlas av den i det föregående nämnda utredningen om informationsstrukturen m.m. för hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har i olika sammanhang – bl.a. i dess rapport med förslag till socialstyrelsens forsknings- och utvecklingsstrategi (PM 147/86) – betonat behovet av att ha tillgång till personrelaterade register för statistikändamål och för att kunna göra vetenskapliga hälso-, social- och vårdpolitiska uppföljningar och utvärderingar.

Folkhälsorapporterna måste i hög grad bygga på befintlig statistik. Jag finner det därför mycket värdefullt att SCB påbörjat uppbyggandet av en statistisk databas inom hälso- och sjukvårdsområdet samt – i enlighet med riktlinjer, som angivits av socialsektorns statistikdelegation – utgivningen av en

hälsostatistisk årsbok. Syftet med årsboken är att ställa samman hälso- och sjukvårdsstatistiken till en samlad presentation och ge en översiktlig bild av befolkningens hälsa och sjukdomar, hälsorisker, vårdinsatser m.m. Årsboken skall komplettera folkhälsorapporten med statistiska data i komprimerad tabellform från olika källor.

Arbetet med den nyligen utkomna hälsostatistiska årsboken har genomförts av en redaktion vid SCB. I en extern referensgrupp har funnits representanter för socialstyrelsen, Landstingsförbundet, riksförsäkringsverket och Spri. Enligt min mening är detta breda samarbete av stor vikt.

Speciell vikt bör läggas vid att få fram så aktuella uppgifter som möjligt. Dessutom bör de frågeställningar som aktualiserats av Folkhälsorapport 1987 ges en årligen återkommande belysning i den statistiska årsboken. Jag tänker därvid särskilt på uppgifter om ohälsans sociala fördelning. Uppgifter om hur dödlighet och sjuklighet fördelar sig på olika sociala skikt bör också rutinmässigt ingå i årsstatistiken.

Vid sidan av att informationsunderlag ges i form av register och statistik m.m. förutsätts i Folkhälsorapport 1987 också att frågeställningarna bearbetas av forskarsamhället så att ny kunskap kan vinnas. Att vi i dag vet tillräckligt för att kunna vidta en rad förebyggande åtgärder får inte avhålla oss från att stimulera till ytterligare forskning på området. Goda forskarmiljöer kan förse det övriga samhället med information om ohälsans utveckling och fördelning. Forskningen kan också bidra med ny kunskap om de orsaker som ligger bakom sjukdomarna och de sociala skillnaderna på området. En annan viktig forskningsuppgift är att utveckla, pröva och utvärdera nya metoder för det förebyggande arbetet.

I regeringens proposition (1986/87:80) om forskning angavs att de folkhälsovetenskapligt och samhällsmedicinskt inriktade forskningsområdena har en relativt sett svagare ställning än de övriga medicinska forskningsområdena. Det bedömdes som mycket angeläget att dessa eftersatta forskningsfält stärktes. I propositionen angavs att problemen borde göras till föremål för ytterligare utredning med utgångspunkt från ett förslag om förstärkta resurser till de på så sätt prioriterade disciplinerna.

Av betydelse för det fortsatta folkhälsoarbetet är också kunskaper, hämtade från den miljömedicinska forskningen. Jag har nyligen i prop 1987/88:136 om ändrad organisation för statens miljömedicinska laboratorium m.m. pekat på bl.a. socialstyrelsens behov av utredningsunderlag i samband med styrelsens arbete att ta fram de återkommande rapporterna om folkhälsan.

För att omedelbart uppmärksamma forskningsfinansiärerna på de hälsopolitiskt motiverade behoven av forskningsinsatser kommer Folkhälsorapport 1987 att tillställas forskningsråden och andra anslagsgivare för beaktande resp. kännedom. I sammanhanget vill jag peka på att Delegationen för social forskning (DSF) har tagit initiativ till att förutom sedvanligt projektstöd och inrättande av tillfälliga forskartjänster också pröva att ge ett mera långsiktigt programstöd till lovande forskargrupper. Ett av två teman som valts gäller sjukdomars sociala bestämningsfaktorer. Vidare har socialdepartementet initierat ett samarbete mellan nordiska forskare som studerar

Reg. Skr.
1987/88:172

samband mellan sjuklighet och människors sociala situation. Kompetensen och förutsättningarna för forskning inom detta område är olika i de olika nordiska länderna. Genom samarbete bör möjligheterna att nå värdefulla resultat öka.

Reg. Skr.
1987/88:172

4.3 Inriktningen av det hälsopolitiska arbetet

Det övergripande målet för hälsopolitiken är en bättre folkhälsa. Detta betyder att de hälsorisker som befolkningen är utsatt för skall minskas. Men det innebär också något härutöver. Hälsa är inte bara frånvaro av sjukdom utan har också ett positivt värde i sig. Huvudinriktningen är nämligen inte att enbart lägga år och hälsa till livet utan också att lägga liv till åren genom att människor fullt ut skall kunna utnyttja sina fysiska och psykiska resurser.

Det förebyggande arbetet kan genomföras med två komplementära ansatser. Hälsofrämjande åtgärder å den ena sidan innebär åtgärder för att stärka de resurser som kan bidra till att vi kan bibehålla en god hälsa. Sjukdomsförebyggande verksamhet å den andra sidan syftar till att minska och så långt som möjligt förhindra att människor utsätts för hälsorisker i form av sjukdomsframkallande miljöer, ämnen eller beteenden.

Att ansatserna är komplementära innebär bl.a. att den hälsofrämjande verksamheten kan betraktas som en del av den generella välfärdspolitik. Den syftar till sådana förbättrade levnadsförhållanden som gör det svårare för sjukdomar att utvecklas. Det sjukdomsförebyggande arbetet ligger närmare hälso- och sjukvården och utgår främst från de medicinska kunskaperna om vad som orsakar sjukdom.

En central utgångspunkt är att de hälsopolitiska insatserna inte kan avgränsas till att enbart avse specifika åtgärder mot en speciell hälsorisk. Hälsopolitiken är – som jag tidigare konstaterat – en del av den allmänna välfärdspolitik. Den är således en del av ansträngningarna att förbättra livsvillkoren för hela befolkningen.

Att den svenska befolkningen i ett historiskt och internationellt perspektiv har ett mycket gott hälsotillstånd skall härvid ses som ett resultat av den mycket framgångsrikt genomförda välfärdspolitik som medfört förbättringar av livsvillkoren inom en rad samhällssektorer.

Det är därför enligt min mening felaktigt att kalla folksjukdomar för "välfärdssjukdomar". Begreppet har sin tillämpning endast på det internationella planet när situationen i u-länder jämförs med den i i-länder. För svenskt vidkommande är termen "ofärdssjukdomar" mera korrekt eftersom den del av befolkningen som är mest drabbad av ohälsa i dag liksom tidigare har kort utbildning, låg lön och utgör den på flera sätt mest utsatta delen av befolkningen.

Såsom beskrivs i Folkhälsorapport 1987 har flertalet av de breda folksjukdomarna karaktär av sådana "ofärdssjukdomar". Vid sidan av den sociala fördelningen är det gemensamt för de flesta av dessa sjukdomar att de har en kronisk karaktär. Sjukdomsprocessen kan starta tidigt i livet men ge sig till känna först långt senare i form av symtom eller tecken på sjukdom. Hälso- och sjukvården kan kanske då inte bota sjukdomen utan endast skjuta

upp den fortsatta utvecklingen. Förebyggande insatser är för dessa breda sjukdomar den enda effektiva möjligheten att nå målet om en förbättrad folkhälsa.

Reg. Skr.
1987/88:172

En annan viktig utgångspunkt för det förebyggande arbetet måste vara sjukdomarnas orsaker, dvs. hälsoriskerna. Dessa beskrivs ibland i termer av vissa biologiska förhållanden, som högt blodtryck eller förhöjda blodfetter, och ibland i termer av vissa beteenden, knutna till kost, tobak och alkohol, dvs. s.k. livsstilsrelaterade hälsorisker. Förhållanden i miljön, som luftföroreningar, ensidiga arbetsrörelser och bristande kontroll över arbetssituationen m.m., tas också upp. Även samhällsstrukturerade förhållanden som arbetslöshet, klasstillhörighet och omflyttning nämns ibland som hälsorisker.

Ofta polariseras frågor om förebyggande till att gälla antingen livsstilsfaktorer eller miljörelaterade hälsorisker. Med miljörelaterade risker menas då vanligen sådana risker som individen inte själv kan påverka till skillnad från livsstilsfaktorerna. Denna uppdelning är emellertid enligt min uppfattning konstlad eftersom miljön och "livsstilen" är nära relaterade till varandra. Så gott som varje hälsorisk rymmer båda komponenterna. Utgångspunkten för valet av åtgärder, som är inriktade antingen mot miljörelaterade eller mot livsstilsrelaterade hälsorisker, är därför inte att någon orsak skall ses som viktigare än den andra. Vid valet av åtgärd måste vi i stället utgå från vilken insats som ger bäst effekt.

Jag vill här som exempel peka på att reglerna för information om tobakens skadliga verkningar, som bl.a. innebär att varningstexter redovisas på tobaksprodukter, säkerligen har skapat en ökad valfrihet vad gäller människors val att utsätta sig för tobakens skadeverkningar.

Beträffande tobaksbruket vill jag vidare betona att WHO under senare år vid flera tillfällen har rekommenderat sina medlemsländer att ta initiativ i syfte att bekämpa detta. WHO har fastslagit att ingen annan enskild förebyggande åtgärd i i-länderna kan bidra mer till ökad hälsa än att begränsa tobaksrökningen.

En rad åtgärder för att begränsa tobakens skadeverkningar har också successivt genomförts i vårt land.

Hittills vidtagna åtgärder bedöms totalt sett ha haft en klart positiv effekt, även om utvecklingen i vissa avseenden varit ogynnsam. Detta gäller t.ex. den ökande användningen av snus bland unga män, liksom att andelen rökare bland unga kvinnor ökat.

Även om de åtgärder som vidtagits givit positiva effekter är bruket av tobaksvaror fortfarande oroande omfattande ur hälsosynpunkt. Informations- och utbildningsinsatser för minskat tobaksbruk måste därför fortsätta och intensifieras. Jag finner tobaksfrågan väsentlig ur hälsopolitisk aspekt. Jag vill här peka på att riksdagen har ställt sig bakom ett förslag från lagutskottet om att regeringen skall ges i uppdrag att tillkalla en utredning med syfte att få till stånd ett förbud mot annonsering av tobaksvaror (LU 1987/88:13, rskr. 115). Beslut om en sådan utredning kommer att fattas inom kort.

Det jag nyss anförde om hälsopolitikens möjligheter att ge människor förutsättningar att få en reell valfrihet illustrerar också samhällets och föreningslivets komplementära funktioner. Samhället har till uppgift att lägga sär-

skild vikt vid den ur individens synpunkt ofrivilliga riskexponeringen och vid det som styr den "frivilliga" exponeringen. Detta följer dels av ett allmänt rättvisekrav, dels av att samhällets uppgift är att skapa hälsosamma livsvillkor för medborgarna. Det allmänna skall däremot inte reglera sådana områden där den enskilde bör få besluta om sina egna angelägenheter.

Folkkrörelser, frivilligorganisationer och fackföreningar har i detta perspektiv en dubbel uppgift, nämligen att dels skapa opinion för önskvärda samhälleliga insatser, dels vara en gemenskap som kan bidra till kunskaper och information, varigenom människor stimuleras att utveckla hälsosamma livsmönster. Mot bakgrund av den betydelse och aktualitet som jämlikhetsmålet i dag har finner jag det mycket glädjande att våra folkkrörelser ånyo har tagit upp sina ambitioner på folkhälsoarbetets område. Viktigt inför framtiden är att folkhälsoarbetet bedrivs i samarbete med bildningsförbund och fackföreningar och andra berörda organisationer.

Jag vill poängtera att den hälsopolitiska strategin bör påverkas av våra kunskaper om vad som är och som kan vara effektiva förebyggande åtgärder. Under de senaste två decennierna har härvidlag en spännande utveckling ägt rum. Försök har gjorts att målmedvetet begränsa utbredningen av vår tids stora folksjukdomar, exempelvis hjärt- och kärlsjukdomarna. I början avgränsades dessa ansträngningar till vissa högriskindivider, som identifierades genom hälsokontroller m.m. Dessa fick av hälso- och sjukvården information om hur de skulle göra för att undvika de speciella riskfaktorer som de var utsatta för. Det kunde exempelvis gälla högt blodtryck eller förhöjda halter av blodfetter. Den fortsatta utvecklingen har medfört att perspektivet förskjutits från ett sådant högriskperspektiv till ett mer befolkningssinriktat perspektiv, dvs. från ett individbaserat arbete med avgränsade riskfaktorer till försök att påverka ett bredare spektrum av faktorer av betydelse för sjukdomarnas utveckling inom befolkningen. Utvecklingen har därmed gått från främst individuell hälsouppllysning till utnyttjande av mer allmänna miljö- och strukturlpåverkande åtgärder, samt från en hälso- och sjukvårdsdominans till en samverkan med andra samhällsorganisationer, såväl myndigheter som frivilligorganisationer och folkkrörelser.

Denna breda ansats är naturlig mot bakgrund av vår kunskap om att det är en mångfald av orsaker som samverkar till att en folksjukdom uppstår. Hälsorisker, som således gemensamt bidrar till att en sjukdom utvecklas, återfinns ofta inom skilda samhällssektorer, såsom inom arbetsmiljö, boendemiljö, trafikmiljö och livsmedelsframställning. Därför krävs samarbete mellan olika samhällssektorsorganisationer i det preventiva arbetet. Inom WHO har behovet av ett tvärssektoriellt samarbete utvecklats till att bli en ledande princip för det preventiva arbetet.

De många verksamheter som genomförs regionalt och lokalt i Sverige med förebyggande arbete i samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra intressenter är glädjande och stimulerande. Initiativ har ofta tagits av de samhällsmedicinska enheterna. Jag anser att det är av stor vikt att landstingen ger dessa möjlighet att utvecklas positivt.

Nyligen har en gemensam nordisk satsning genomförts på Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg som därmed fått en fördubblad utbildningska-

pacitet och väsentligt utökade resurser för sitt forsknings- och utvecklingsarbete. Trots detta är utbildningskapaciteten inom det folkhälsovetenskapliga området förhållandevis begränsad. Genom en bättre samordning kan kapaciteten öka. Frågan om ytterligare samverkan inom området behöver klargöras.

Reg. Skr.
1987/88:172

Utifrån dessa överväganden har under senare år grunden för en offensiv hälsopolitik utformats. Med hälso- och sjukvårdslagen skapades nya förutsättningar för arbetet. HS-90-utredningen gav ett viktigt utgångsmaterial. Målet och den initiala verksamheten beskrevs i prop. 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m. Som jag i det föregående redogjort för har sedan dess ett stort antal åtgärder konkretiserats. Underlag för hälsopolitiska handlingsprogram föreligger nu för hjärt-kärlsjukdomar, cancer, olycksfallsskador, rörelseorganens sjukdomar samt psykisk ohälsa. Som jag konstaterat utgör dessa en utmärkt grund för det fortsatta arbetet. Ytterligare material kommer att tas fram, bl.a. inom allergiutredningen.

Ett vidgat samarbete mellan olika sektorer i samhället, där miljö- och hälsoaspekter av bl.a. kost, trafik, energi och arbetsmiljö fortlöpande beaktas, är i enlighet med de principer jag redogjort för en grundläggande förutsättning för ett framgångsrikt förebyggande arbete. Resultaten i Folkhälsorapport 1987 understryker vikten av denna strategi. Det nya faktaunderlaget medför krav på en högre ambitionsnivå och lägger en grund för mera konkreta åtgärder.

På den nationella nivån inom hälso- och sjukvården har kompetens nu byggts upp i form av hälsopolitiska handlingsprogram. På regional och lokal nivå har de principiella målen konkretiserats i olika hälsoplaner. Kompetensen har utvecklats. Modeller för det förebyggande arbetet har prövats i olika projekt. Det finns därför skäl att nu på en mera bred front starta dialogen med företrädare för andra samhällssektorer och att konkretisera de åtgärder som bör vidtas.

5 Rådgivande hälsopolitisk grupp – Folkhälso-grupp

I prop. 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m. redovisades förslag om att en rådgivande grupp till den dåvarande hälso- och sjukvårdsberedningen (S 1983:02) skulle inrättas med uppgift att i första hand behandla tvärspektoriella hälsopolitiska frågor. Under år 1987 föranledde överväganden inom regeringen att en ny och bredare sammansatt hälso- och sjukvårdsberedning (S 1987:04) inrättades med statsministern som ordförande.

I anslutning till beslutet om inrättande av den nya beredningen angavs vissa skäl till förändringen. Ett av dessa skäl var "att den förebyggande hälso- och sjukvården kommit att prioriteras som ett resultat att HS-90-arbetet och regeringens proposition 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m. Där betonas att förutsättningen för att vi skall komma till rätta med de stora folksjukdomarna är att vi satsar på det förebyggande folk-

hälsoarbetet. Det förutsätter i sin tur ett samarbete mellan olika sektorer i samhället där miljö- och hälsoaspekter av kost, trafik, energi, arbetsmiljö m.fl. områden fortlöpande beaktas".

Det är enligt min mening nu tid att inrätta en rådgivande hälsopolitisk expertgrupp till den nya hälso- och sjukvårdsberedningen. Den rådgivande gruppen bör vara utformad så att den på bästa sätt kan stödja hälso- och sjukvårdsberedningens hälsopolitiska arbete. I och med att den kartläggning och analys av hälsosituationen som presenterats i Folkhälsorapport 1987 nu finns tillgänglig anser jag att det också finns det underlag som krävs för att kunna ge gruppen en sådan sammansättning att den på ett effektivt sätt kan angripa de allvarliga folkhälsoproblemen. Gruppen bör benämnas folkhälsogruppen.

Gruppens främsta uppgift blir att påskynda samhällets åtgärder på folkhälsoområdet. Gruppen skall genom sin sammansättning kunna ta initiativ till förslag om konkreta förändringar och helt nya verksamheter inom skilda samhällssektorer.

De analyser som utförts av HS-90-utredningen, Cancerkommittén och Allergiutredningen, samt i Folkhälsorapport 1987 bör, liksom de principer jag redogjort för, vara vägledande för gruppens arbete. Speciell uppmärksamhet bör ägnas ohälsans ojämlika fördelning. En rad åtgärdsområden har föreslagits i de hälsopolitiska handlingsprogrammen. Att finna former för att omsätta dessa förslag i praktisk handling kommer att tillhöra gruppens huvuduppgifter. Jag anser att det är mycket angeläget att det även på andra områden kommer till stånd arbete av den karaktär som bedrivits av socialstyrelsen när det gäller programmet mot olycksfallsskador.

Folkhälsogruppen skall också analysera kunskapsbehoven och ställa krav på nya faktaunderlag och ytterligare forskning. Särskild vikt bör i det sammanhanget fästas vid forskningspropositionens förslag om att utreda möjligheterna för en förstärkning av den folkhälsovetenskapliga forskningen i Sverige. I samband med forskningsfrågorna bör också utbildningsbehoven beaktas, så att en nödvändig kompetensutveckling inom olika organisationer kan åstadkommas.

Gruppen skall vara ett beredningsorgan för hälso- och sjukvårdsberedningen. Den skall följa hälsoutvecklingen och diskutera behovet av olika hälsopolitiska initiativ.

Folkhälsogruppens sammansättning bestäms av behovet att uppnå en praktisk och konkret inriktning. Företrädare för statliga verk/myndigheter, som har särskilt ansvar för hälsofrågorna inom respektive samhällssektor, kommer därför att ingå i gruppen. Vidare avser jag att bereda vissa berörda organisationer tillfälle att ingå.

För att ge en bredare kompetens vid prioriteringar och förslag bör även experter knytas till gruppen. Dessa skall ha särskilda kunskaper inom de områden som representeras av de hälsopolitiska programunderlagen, dvs. de stora folkhälsoproblemen. Vidare skall experterna vara förtrogna med den folkhälsovetenskapligt inriktade forskningen inom sitt område och med pågående preventivt arbete ute på fältet.

6 Hemställan

Reg. Skr.
1987/88:172

Jag hemställer att regeringen bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad jag har anfört om folkhälsans utveckling, m.m.

7 Beslut

Regeringen beslutar i enlighet med föredragandens hemställan.

Folkhälsan – dess förändring och fördelning

En sammanfattning av Folkhälsorapport 1987

I det följande redogörs kortfattat för vissa uppgifter i Folkhälsorapport 1987 som är relevanta i sammanhanget.

1 Dödlighetsutvecklingen

I rapporten konstateras att medellivslängden har ökat med 1,0 år under 1980-talets första hälft. Detta är en kraftigare ökning än vad som noterats någon gång tidigare under efterkrigstiden. Denna ökning anges främst bero på minskad dödlighet bland medelålders och äldre. År 1986 var medellivslängden vid födelsen 80,0 år för kvinnor och 74,0 år för män (Tabell 1, 2).

Tabell 1. Återstående medellivslängd vid födelsen, 50 års och 80 års ålder, 1921–1986

	0 år		50 år		80 år	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1921–1930	61,0	63,2	24,2	25,1	5,5	5,7
1951–1960	70,9	74,1	25,5	27,5	5,7	6,1
1961–1965	71,6	75,7	25,7	28,6	5,8	6,4
1971–1975	72,1	77,7	25,8	30,1	6,1	7,3
1976–1980	72,4	78,5	25,8	30,7	6,1	7,5
1981–1985	73,6	79,5	26,5	31,5	6,3	7,9
1986	74,0	80,0	26,8	31,8	6,4	8,1

Tabell 2. Medellivslängd i Sverige 1800–1985 och i några andra länder 1980–1985

År	Sverige, år 1800–1985			Övriga länder, år 1980–1985	
	Män	Kvinnor		Män	Kvinnor
1800	35	38	Gambia	34	37
1850	40	44	Angola	40	44
1900	55	57	Saudiarabien	55	58
1950	71	74	England	71	77
1985	74	80	Japan	74	80

Denna minskning av dödligheten har medfört att de tidigare under 1980-talet redovisade befolkningsprognoserna måste revideras.

Antalet personer 80 år och äldre år 2000 beräknas nu bli 200 000 i stället för 168 000 som angavs för fem år sedan. Ökningen av antalet personer över 89 år förväntas till mer än hälften utgöras av ensamstående kvinnor.

Barnadödligheten som har varit snabbt sjunkande under hela efterkrigstiden sjunker fortfarande. Vidare noteras en kraftig nedgång i fråga om olycksfall. Dessa har minskat med 7 % per år mellan år 1975–1985. På tio år har trafikolyckorna halverats. Drunkningsolyckorna har minskat ännu kraftigare. I leukemi har minskningen i dödlighet varit lika stor. Den minskade olycksfallsdödligheten antas i första hand vara ett resultat av en mängd olika

förebyggande åtgärder i form av miljöförbättringar i trafik och boende, ökad simundervisning m.m. Vad gäller leukemi förutsätts de positiva förändringarna främst vara ett resultat av effektivare medicinska behandlingsmetoder.

Dödligheten bland spädbarn (0–1 år) minskade kontinuerligt fram till år 1980. Den har dock sedan dess legat ganska konstant på knappt 7 promille, vilket är bland världens lägsta spädbarnsdödlighet. År 1976–1981 var andelen barn med låg födelsevikt 71 % högre för barn till socialt underprivilegierade mödrar (definierade som ensamstående, ej högt utbildade och boende i hyresrätt) än bland mera privilegierade (samboende, boende i småhus eller bostadsrätt, högt utbildade och svenska medborgare). Motsvarande siffra för överdödligheten bland spädbarn under första levnadsåret var 29 %. Skillnaderna visade inte några tecken till att minska.

I ett internationellt perspektiv har Sverige liksom Island en mycket låg dödlighet bland barn i åldern 1–14 år. Dödligheten var år 1985 under 0,2 per 1 000. De övriga nordiska länderna har – främst när det gäller åldersgruppen 1–4 år – något högre siffror.

Även bland ungdomar i åldern 15–24 år har Sverige en internationellt sett låg dödlighet. Några enstaka länder, i första hand Japan och Storbritannien, ligger dock på samma nivå. Hos de unga har dödligheten minskat under perioden år 1970–1985. Minskningstakten har varit betydligt lägre än den för barn (ca 2 % per år). 70 % av dödsfallen anges ske till följd av skador genom yttre våld och förgiftning. Därav är 35 % motorfordonsolyckor och 25 % självmord (säkra och osäkra). Motorfordonsolyckorna som visade en sjunkande trend för åldersgruppen under 1970-talet och 1980-talets första år har sedan åter börjat öka. År 1985 dog 171 män i åldern 15–24 år i motorfordonsolyckor. Av dessa var 48 förare eller passagerare på motorcykel.

I rapporten konstateras att antalet självmord i åldersgruppen 15–24 år inte har visat någon klar trend vare sig till att öka eller minska. Antalet har varierat mellan 150 och 250 per år.

Dödligheten i åldersgruppen 25–44 år ligger i Sverige på ungefär samma nivå som i Norge, England, Japan och flera sydeuropeiska länder. Värt att notera är dock att dödligheten i denna åldersgrupp i Sverige, som under 1970-talet låg konstant och till och med ökade för män över 40 år, nu åter har börjat sjunka för såväl män som kvinnor. Dödlighetsminskningen anges ha varit särskilt uttalad bland fränskilda män, som dock fortfarande har en överdödlighet jämfört med övriga.

Dödsfall relaterade till psykiska problem, dvs. självmord och alkoholskador, svarar för mer än en tredjedel av dödsfallen i denna åldersgrupp. Självmord blir en relativt sett alltmer dominerande dödsorsak i takt med att dödligheten i olycksfall, alkoholskador och tumörer sjunker samtidigt som antalet självmord är oförändrat.

Dödligheten bland medelålders dvs. bland personer i åldern 45–64 år, utvecklades under 1970-talet olika för män och kvinnor. Bland män i åldersintervallet 40–59 år ökade dödligheten under år 1965–1979, främst till följd av ökad dödlighet i kranskärllsjukdom och alkoholskador. Det var första gången Sverige hade en sådan ökning under en tid utan krig, epidemier eller missväxt. Ökningen var mest uttalad i Stockholm samt bland fränskilda och

Reg. Skr.
1987/88:172

ogifta män. Bland kvinnorna har dödligheten minskat stadigt i alla civilstånd.

Reg. Skr.
1987/88:172

Den ökning av dödligheten som observerades under 1970-talet var i första hand koncentrerad till män som arbetade inom tillverkningsindustri och till de icke-förvärvsarbetande, dvs. främst arbetslösa och förtidspensionerade. För dessa grupper ökade dödligheten samtidigt som den minskade kraftigt bland män med akademiska och tekniska och administrativa yrken (Tabell 3, 4).

Tabell 3. Dödlighet i vissa yrkesgrupper 1966–1970 och 1976–1980. Åldersstandardiserat.

Yrkesgrupper	1966–1970	1976–1980	Ändring i procent
Män 45–64 år:			
Teknik, administrativt arbete, kommersiellt arbete, kontor	1 176	995	– 15,4
Tillverkningsindustri	1 140	1 182	+ 3,7
Transport, service	1 269	1 189	– 6,3
Jord- och skogsbruk	901	790	– 12,3
Ej förvärvsarbetande	2 626	2 797	+ 6,5
Totalt	1 184	1 203	+ 1,6
Kvinnor 45–64 år:			
Teknik, administrativt arbete, kommersiellt arbete, kontor	539	455	– 15,6
Tillverkningsindustri	551	505	– 8,3
Transport, service	598	500	– 16,4
Jord- och skogsbruk	506	403	– 20,4
Ej förvärvsarbetande	657	668	+ 1,7
Totalt	623	557	– 10,6

Tabell 4. Relativa dödstal i vissa yrkesgrupper år 1966–1970 och år 1976–1980. Direkt åldersstandardiserade värden med förvärvsarbetande män 1970 som standardpopulation. Index där dödligheten bland alla män 45–64 år 1966–1970 sätts till 100.

Män 45–64 år	1966–1970	1976–1980
Ingenjörer m.fl.	96	82
Läkare m.fl.	100	74
Lärare m.fl.	94	76
Administrativt arbete	85	76
Handelsresande	134	94
Sjömän (däck och maskin)	164	158
Buss-, lokförare m.fl.	107	106
Järnverk, smide, gjuteriarbete	100	108
Verkstadsmetallarbete	105	106
Byggnadsarbete	97	103
Livsmedelsarbete	103	110
Kemiskt cellulosaprocessarb.	101	115
Grov- och diversearbete	108	121
Hotell och restaurang m.m.	143	163
Alla förvärvsarbetande	100	97
Icke förvärvsarbetande	235	250

Med tanke på att gruppen icke-förvärvsarbetande medelålders män ökade i antal med ca 50 % under perioden är ökningen i dödlighet i denna grupp

särskilt anmärkningsvärd.

Reg. Skr.
1987/88:172

Av vikt att notera är dock att det från slutet av 1970-talet inträffat ett trendbrott vad gäller dödlighetsutvecklingen för åldersgruppen 45–64 år. Under 1980-talet har dödligheten sålunda minskat kraftigt för båda könen i samtliga civilstånd. Särskilt uttalad har minskningen varit bland fränskilda män och i Stockholms län (där andelen fränskilda är särskilt hög). Minskningsen konstateras gälla för flera olika dödsorsaker. Således har dödligheten i kranskärslssjukdom bland män, som fram till år 1980 ökade med 1 % per år, därefter minskat med 3 % årligen. Minskad dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar och slaganfall bland män har också bidragit. Även bland kvinnorna har hälften av den minskade dödligheten under 1980-talet bestått i en minskad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar. Därtill kommer också en viss minskad cancerdödlighet. Vad gäller dödlighetens förändringar mellan olika yrkesgrupper finns inga data för perioden från år 1980. Tillgängliga data medger alltså inte någon analys av om den sjunkande dödligheten givit minskande eller ökande skillnader i dödligheten mellan olika grupper i befolkningen.

Dödligheten bland äldre, över 64 år, är jämförelsevis låg i Sverige. Liksom för medelåldersgruppen noteras dock att dödligheten bland äldre är lägre i Island, Grekland och Japan.

Dödligheten bland äldre människor kan konstateras ha undergått intressanta förändringar under senare år. Medan dödligheten bland äldre män låg ganska konstant sedan början av 1950-talet, har den nu åter börjat minska under 1980-talet. För kvinnorna har den sjunkande trend, som rått i mer än hundra år, fortsatt. Dödlighetsminskningen gäller alla civilstånd. Dödligheten bland män över 64 år förefaller ha minskat i bl.a. kranskärslssjukdom, slaganfall, magsäckscancer och grovtarmscancer. Detsamma gäller för kvinnorna, där dödligheten i bröstcancer har minskat, men där samtidigt dödligheten i lungcancer har ökat.

2 Sjukdomsmönstrets förändringar

Som nämnts visar folkhälsorapporten att dödligheten i kranskärslssjukdom efter många års ökning bland männen har börjat minska sedan år 1980. Trots det är kranskärslssjukdomarna dock fortfarande den vanligaste orsaken till s.k. för tidig död i vårt samhälle, dvs. dödsfall som antas kan undvikas genom förebyggande insatser. Under 1970-talet blev kranskärslssjukdom en sjukdom som i allt större utsträckning drabbade arbetare inom tillverkningsindustrin (Tabell 5).

Tabell 5. Relativ andel vårdade i slutna vård år 1981 i 15 landsting. Direkt åldersstandardiserat index där alla i åldersgruppen 15–64 år = 100.

Reg. Skr.
1987/88:172

	Arbetare		Högre tjänstemän		Totalt
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män + Kvinnor
Lungcancer	133	44	89	26	100
Bröstcancer	0	157	0	225	100
Hjärtinfarkt	157	32	112	10	100
Slaganfall	104	56	85	55	100
Alkoholskador	139	30	23	10	100
Psykos	57	73	26	45	100
Självmodersförsök	83	116	23	42	100
Motorfordonsolyckor	158	70	139	63	100

Det är inte klarlagt vad förändringarna i kranskärslssjukdomarna har sin bakgrund i. Det bedöms dock, enligt rapporten, som sannolikt att den minskade andelen rökare under 1970-talet kan ha bidragit. Minskningen har varit mest uttalad bland yngre och välutbildade. Det anges att det i första hand är blodfetthalt och tobakskonsumtion som är avgörande för sjukdomsriskerna. Samtidigt betonas dock att det under senare år har börjat stå klart att psykosociala faktorer, bl.a. arbetsmiljö och arbetslöshet, kan ha betydelse både direkt och indirekt via dessa faktorerers påverkan på individens val av kost- och tobaksvanor. Att angripa de sociala faktorerna sägs därför vara särskilt viktigt om man vill komma åt den höga förekomsten av kranskärslssjukdom bland människor med arbetaryrken.

Dödligheten i slaganfall m.m. (stroke) konstateras ha sjunkit (sedan år 1975 med 3–4 % per år i åldersgruppen 15–74 år), bl.a. till följd av förbättrad blodtryckskontroll. Det är mera osäkert om också antalet insjuknade minskat. Som framgår av tabell 5 drabbar även denna sjukdom arbetare oftare än tjänstemän. Numera är flertalet personer med förhöjt blodtryck under behandling. Det pekas i rapporten på att nytillkommande preventiva insatser fortsättningsvis i första hand bör gälla icke- medikamentella metoder att förebygga förhöjt blodtryck genom minskat saltintag, minskad övervikt, ökad fysisk aktivitet och stresskontroll. Detta bl.a. för att minimera biverkningsrisker vid läkemedelsbehandling. Vidare anges minskad tobaksrökning vara en viktig faktor för att reducera risken för slaganfall.

Antalet diagnostiserade fall av cancer har under lång tid ökat långsamt även när utvecklingen relateras till befolkningens ökade medelålder. Detta anses delvis bero på en förbättrad diagnostik där fler fall upptäcks men också på en verklig ökning, t.ex. genom ett stigande antal fall av lungcancer bland kvinnor och av hudmelanom. Samtidigt har dödligheten i cancersjukdomarna, som jag tidigare nämnt, uppvisat en långsamt vikande tendens under det senaste decenniet. En effektiv uppsökande verksamhet och tidig behandling anges sannolikt ha bidragit till de senaste 20 årens minskade förekomst av livmoderhalscancer. Ändrade kostvanor antas ha bidragit till den halvering av magsäckscancer som skett under samma period.

Lungcancer och magsäckscancer är vanligare i arbetaryrken. Cancer i bröst och grovtarm är däremot vanligare bland tjänstemän.

Insatser för att reducera tobaksrökning och för att minska fettinnehållet i

kosten anses för närvarande ha de största effekterna på cancersjukligheten, även om effekterna av sådana förebyggande åtgärder antas bli synlig först en bit in på nästa sekel. Men dessa insatser kan – konstateras det i rapporten – på kortare sikt även ge effekter i form av en minskning av hjärt-kärlsjukdomarna. Viktigt att notera i detta sammanhang är att såväl tobaksrökning som hög fettkonsumtion är vanligare bland människor med arbetaryrken än bland tjänstemän.

Psykiska problem har, enligt rapporten, stor omfattning i vårt samhälle. Uppgifter presenteras som tyder på att 15 % av befolkningen besvärar sig av oro, ångslan eller ångest och en lika stor andel av sömnbesvär. Av samtliga dödsfall är 2 % självmord. Dessa andelar anges ha legat på en ganska oförändrad nivå under de senaste två decennierna. De psykiska problemen visar starka samband med sociala förhållanden. I arbetsmiljöer präglade av jäkt och låg grad av självbestämmande uppges 40 % att de har nervösa besvär. Även självmord och alkoholskador är mycket vanligare i denna typ av yrken. Trötthet är vidare ett förhållandevis mycket vanligt symptom bland ensamstående mödrar.

Insatser för att förbättra den sociala miljön i arbete och boende samt insatser inom familjepolitiken anges således ha betydelse dels för att främja det psykiska välbefinnandet, dels för att skapa tillfredsställande livsbetingelser utanför institutionerna för långvarigt psykiskt sjuka.

Vad gäller rörelseorganens sjukdomar konstateras att var femte person i befolkningen har svår värk i rygg, nacke eller leder. Rörelseorganens sjukdomar har ökat sin andel av sjukfrånvaron. De uppges nu svara för 28 % av alla sjukdagar och 41 % av alla nybeviljade förtidspensioner. Sjukfrånvaro för denna typ av besvär är tio gånger vanligare bland dem som arbetar inom tillverkningsindustri än bland sysselsatta inom administrativa yrken. Insatser mot fysisk belastning samt ensidiga monotona arbetsställningar anges därför ha avgörande betydelse i det förebyggande arbetet. Men även insatser mot övervikt, tobak och alkohol och för regelbunden motion och bättre kost framhålls.

I det svenska samhället finns mycket goda kunskaper om och erfarenheter av att förebygga olycksfallsskador. Trots ökade risker har det under det senaste decenniet varit möjligt att fortlöpande minska dödligheten i olycksfall i samtliga åldersgrupper. För trafikolycksfallen har emellertid denna minskning stagnerat under 1980-talet. En betydande uppgång i antalet skadade och dödade har noterats under åren 1982–1986, främst för bilförare men även för motorcykelförare. I rapporten anges att en ytterligare fartbegränsning antas vara avgörande för att bryta denna utveckling.

Den tidigare sjunkande trenden i antalet dödsfall i arbetsolyckor har fortsatt även under det senaste decenniet. Tre fjärdedelar av alla olycksfall sker utanför arbete och trafik. Bland dessa har exempelvis fallolyckor med lårbenshalsbrott bland äldre ökat kraftigt enligt flera studier från våra storstäder. Påtagligt många olyckor sker också i skolmiljön, särskilt under raster och under idrottsutövning.

Socialstyrelsen har i sitt underlag till hälsopolitiskt handlingsprogram mot rörelseorganens sjukdomar angett att regelbunden fysisk aktivitet, undvi-

kande av tobaksrökning och eventuellt också ett ökat intag av kalcium är viktiga inslag för att förebygga lårbensbrott bland äldre.

Reg. Skr.
1987/88:172

Beträffande sjukdomsmönstret kan alltså konstateras att den relativa betydelsen av olika folksjukdomar förändras. Kranklärssjukdom, olycksfall och vissa cancersjukdomar minskar i betydelse som dödsorsaker. Därmed kommer psykisk ohälsa och besvär från rörelseorganen att framstå som allt viktigare folkhälsoproblem. Allergiska besvär förefaller också att bli allt vanligare.

3 Vissa hälsorisker

Förändringar i de hälsorisker befolkningen utsätts för har en stark inverkan på sjukdomsmönstret och dess utveckling. Särskilt betydelsefulla är de hälsorisker som är en del av orsakssambanden bakom flera olika sjukdomar. Dessa hälsorisker är framför allt rökning, högt fettintag i kosten och alkohol. Men också sociala faktorer som bristande sociala nätverk, bristande kontroll över arbetsmiljön, arbetslöshet etc. är viktiga sådana hälsorisker.

I rapporten redovisas vissa förändringar beträffande dessa hälsorisker. Vad gäller rökningen konstateras att den, totalt sett, steg kontinuerligt under efterkrigstiden fram till slutet av 1960-talet. Därefter har försäljningen av tobaksvaror minskat successivt. Konsumtionen av snus har dock fördubblats sedan slutet av 1960-talet och fortsätter att öka.

Männen har svarat för hela denna minskning av tobaksrökningen. Andelen rökare bland kvinnorna ökade mycket kraftigt fram till mitten av 1970-talet. Därefter har rökningen minskat något även bland kvinnorna. I dag är andelen rökare bland bägge könen strax under 30 %.

Till en viss del är den minskade rökningen en effekt av att de som tidigare rökt har slutat. Tydligast har förändringen dock varit bland ungdomar bland vilka allt färre börjar röka. Efter år 1983 minskar dock antalet rökare bland ungdomar i årskurs 9 inte längre.

I rapporten konstateras att det är mycket stora skillnader i rökvanor mellan grupper som lever under olika sociala och ekonomiska omständigheter. Dessutom redovisas uppgifter som beskriver att skillnaderna mellan olika grupper ökat från slutet av 1970-talet. De sociala grupper som hade en hög andel rökare år 1985 är de som minskat minst eller som t.o.m. har ökat sedan år 1977 (Tabell 6).

Tabell 6. Andel som röker dagligen i olika grupper år 1984/85 i procent

	Andel daglig- rökare år 1984/85	Förändring år 1977-1985
Unga 16-24 år	26,2	- 15,3
Ensamstående småbarnsföräldrar	61,4	- 3,4
Ej facklärda arbetare	39,0	- 3,1
Tjänstemän - högre och mellannivå	20,3	- 9,2
Förtidspensionärer och långtidsarbetslösa	45,9	+ 6,5
Socialbidragstagare	66,3	-
Totalt 16-74 år	30,9	- 5,8

Det anges i rapporten att de åtgärder som vidtagits i form av regler om varningstexter på tobaksförpackningar och måttfullhet i tobaksreklam m.m. sannolikt varit bidragande till den minskning som konstaterats. Förslag till ytterligare åtgärder presenteras i rapporten där det särskilt betonas att insatser måste göras för att nå de sociala grupper som i dag röker mest och som hittills visat mindre benägenhet än andra att sluta.

Om kosten konstateras att andelen fett i kosten under andra världskriget var nere i 30 % för att sedan fram till mitten av 1960-talet öka till 40 %. Därefter minskade fetthalten under några år för att åter öka till 40 % av kosten under 1980-talet.

Vad gäller prisförändringar år 1982–1985 konstateras att priset på både grönsaker och spannmålsprodukter ökat kraftigare än övriga priser. Kraftigast har ökningen varit för fisk och mejeri-produkter medan t.ex. läsk och matfett haft en relativt låg prisökningstakt.

Data om skillnader i kostvanor mellan olika grupper i befolkningen saknas i stor utsträckning, bl.a. beroende på att de är svåra att mäta på ett enkelt och tillförlitligt sätt. Några mer omfattande uppgifter om befolkningens kostvanor har inte tagits fram sedan låginkomstutredningen 1968. Undersökningar av de äldres kostvanor har dock visat att så många som 10 % hade ett näringsintag under det rekommenderade. Studier har också visat att andelen barn som äter näringsriktig kost är betydligt högre i socialgrupp I än i socialgrupp III.

Alkoholkonsumtionen framhålls som ett viktigt samhällsproblem. Det anges att det finns uppskattningar som visar att åtminstone i storstäderna 20 % av akutsjukvården kan relateras till alkohol.

Från år 1946 till år 1976 ökade alkoholkonsumtionen, räknat i ren alkohol, med 3,7 liter till 7,7 liter per invånare. Därefter har försäljningen minskat fram till år 1984 för att sedan återigen öka något under de efterföljande åren. Försäljningen uppgick år 1986 till 6,3 liter per invånare och år 1984 till 6,0.

Uppgifter redovisas som visar på ett starkt samband mellan den totala alkoholförsäljningen och dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar. Dödligheten har följt kurvan över den ökade försäljningen fram till år 1976 för att sedan med en eftersläpning på ett par år falla i takt med den minskade försäljningen.

Det anges att alkoholkonsumtionen bland kvinnor ökat relativt kraftigt under efterkrigstiden och att kvinnornas dryckesmönster alltmer börjar likna männens.

Under senare år har det, i varje fall bland ungdomarna, skett betydande förändringar i alkoholvanorna mellan socialgrupperna. Det är främst socialgrupp III som ökat sin konsumtion och socialgrupp I som minskat sin (Tabell 7).

Tabell 7. Procentuell andel högkonsumenter av alkohol bland unga år 1968 och år 1980 i riket. Hög konsumtion är definierad som fem liter ren alkohol per år i båda studierna.

	1968	1980
	%	%
Socialgrupp I	18	10
Socialgrupp II	13	11
Socialgrupp III	11	21

Reg. Skr.
1987/88:172

I folkhälsorapportens avsnitt om hälsans villkor konstateras att dödlighetsutvecklingen under 1970-talet var problematisk, särskilt för medelålders män inom tillverkningsindustrin och bland utslagna från arbetsmarknaden. Vid slutet av 1970-talet fanns sålunda en betydande överdödlighet i många arbetaryrken med låga eller inga krav på yrkesutbildning. Eftersom data om den yrkesmässiga fördelningen av dödligheten under 1980-talet inte finns tillgängliga konstateras att det f.n. inte går att säga hur utvecklingen varit under senare år.

Arbetargruppernas situation har emellertid relativt sett försämrats när det gäller vissa levnadsförhållanden som är av särskild betydelse för hälsan, bl.a. rökning. Även hög fettkonsumtion, övervikt och låg fysisk aktivitet är också vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Det betonas att dessa förhållanden ökar sannolikheten för att vi under de närmaste åren kommer att få en ökning av de sociala skillnaderna i sjuklighet och dödlighet. Enligt rapporten finns således vissa data som tyder på att vi, tvärtemot riksdagens mål om minskad ojämlikhet i ohälsans fördelning, kommer att få en ökning om man ser till förhållandena mellan olika yrkesgrupper.

Biltrafikens utsläpp av kväveoxider och kolväten, läckaget av konstgödsel i jordbruket till omgivande vatten, avfallshanteringen, utsläppen av tungmetaller och dioxiner anförs som exempel på allvarliga miljöproblem, där effekterna i dag syns tydligare i naturen än på människornas sjukdomsmönster. I rapporten anges att dessa miljöproblem dock på sikt kan ge allvarliga effekter på befolkningens hälsa.

I rapporten behandlas också översiktligt HIV-infektionen och sjukdomstillståndet AIDS. Därvid redovisas pågående samhällsinsatser för att begränsa smittspridningen samt minska fördomar och vanföreställningar kring smittan i syfte att motverka omotiverad ångest och rädsla. Enligt erfarenheter från andra länder, bl.a. USA, drabbar HIV-infektionen och AIDS utsatta befolkningsgrupper i betydligt högre grad än grupper med goda sociala villkor.

Sammanfattningsvis visar rapporten att hälsotillståndet i befolkningen som helhet utvecklas positivt. Vissa grupper av industriarbetare och utslagna släpar dock efter i utvecklingen. Detta anges kunna leda till ökade sociala klyftor i ohälsans fördelning. I rapporten framhålls därför att kraven ökar på insatser inom olika samhällssektorer mot hälsorisker i miljö och levnadsvanor bland utsatta grupper.

Innehållsförteckning

	Reg. Skr.
Skrivelsens huvudsakliga innehåll	1 1987/88:172
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 14 april 1988 . .	2
1 Inledning	2
1.1 Bakgrund	2
1.2 De hälsopolitiska målen	3
1.3 Uppdraget att utarbeta en folkhälsorapport.	4
2 Folkhälsorapport 1987.	4
3 Hälsopolitiska initiativ.	6
4 Folkhälsopolitik i utveckling	9
4.1 Allmänt.	9
4.2 Behov av beslutsunderlag	11
4.3 Inriktningen av det hälsopolitiska arbetet	13
5 Rådgivande hälsopolitisk grupp – Folkhälsogrupp	17
6 Hemställan	18
7 Beslut	18
<i>Bilaga 1 Folkhälsan – dess förändring och fördelning</i>	<i>19</i>
1 Dödlighetsutvecklingen	19
<i>Tabell 1 Återstående medellivslängd 1921–1986</i>	<i>19</i>
<i>Tabell 2 Medellivslängd i Sverige och andra länder</i>	<i>19</i>
<i>Tabell 3 Dödlighet i vissa yrkesgrupper</i>	<i>21</i>
<i>Tabell 4 Relativa dödstal i vissa yrkesgrupper</i>	<i>21</i>
2 Sjukdomsmönstrets förändringar	22
<i>Tabell 5 Relativ andel vårdade i slutenvård</i>	<i>23</i>
3 Vissa hälsorisker	25
<i>Tabell 6 Andel som röker dagligen</i>	<i>25</i>
<i>Tabell 7 Procentuell andel högkonsumenter av alkohol bland unga</i>	<i>27</i>