

## Motion till riksdagen 2007/08:So378

av **Gunvor G Ericson m.fl. (mp)**

# Politik för jämlik hälsa

## 1 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att föra en politik där både samhällets ansvar och människors förutsättningar att göra goda val som främjar hälsa beaktas.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att uppmärksamma de grupper i samhället som har sämst hälsa på ett bättre sätt i folkhälsoarbetet.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att uppmärksamma de ökande hälsoklyftorna och kopplingen till den ökande lönespridningen.<sup>1</sup>
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att mått på inkomst och inkomstjämlighet kompletteras med mått på hur långvariga de ekonomiska svårigheterna är och att mått på långvarig ekonomisk utsatthet kompletteras med mått på hur ekonomiska svårigheter upplevs.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att den kommande parlamentariska utredningen om sjukförsäkringssystemet ska beakta folkhälsoforskningen om ekonomisk och social trygghets betydelse för hälsa och verka för att sjukförsäkringen ska ha ett skyddande perspektiv.<sup>2</sup>
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ansvar för uppföljning av de folkhälsopolitiska målområdena på regional och lokal nivå.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om lokalt folkhälsoarbete.

**Fel! Okänt namn på**

<sup>1</sup> Yrkande 3 hänvisat till AU.

<sup>2</sup> Yrkande 5 hänvisat till SfU.

## 2 Övergripande mål för folkhälsoarbetet

*Skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.*

Så lyder målet som riksdagen antog 2003. Att främja hälsa är ett sätt att styra samhället mot långsiktig hållbarhet både ekologiskt, socialt och ekonomiskt. Det handlar om samhällsstrukturer och inte bara om enskilda individers livsstil.

Miljöpartiets mål för folkhälsopolitiken är att skapa dessa samhälleliga förutsättningar så att människor ges verklig möjlighet att göra goda val och få en jämlik och god hälsa. Då behövs också politiska beslut, en politik där både samhällets ansvar och människors förutsättningar att göra goda val beaktas.

Vi väljer i denna motion att lyfta fram de strukturella frågorna för folkhälsoarbetet istället för att fokusera på enskilda livsstilsfaktorer.

Folkhälsan är både samhällets och individens ansvar och det är viktigt att se de strukturella mönstren. ”Alla säger att Jeppe super, men ingen frågar varför” heter det i Ludvig Holbergs berömda pjäs Jeppe på Bjerget. Att ”Jeppe super” är inte bara så enkelt att man kan säga att det är hans eget val. Individen har givetvis ett ansvar för sina levnadsvanor men samhället har att underlätta bra val genom att sprida kunskap och öka möjligheterna till ett hälsosamt liv. Det kan ske exempelvis genom skattepolitik, lagstiftning och samhällsplanering som tar hänsyn till hälsokonsekvenser. I samhällen där social trygghet finns och där människor känner delaktighet och inflytande är missbruksfrekvensen lägre än där människor inte upplever social trygghet och där de känner att de inte kan påverka.

## 3 Folkhälsopolitik och hållbar utveckling

Folkhälsans anknytning till hållbarhet har uppmärksammats sedan tidigt 1990-tal.

Men redan på 1800-talet togs politiska beslut som kom att betyda mycket för folkhälsan. Vaccin och folkskola är de mest avgörande. Än i dag är det tydligt att politiska beslut har betydelse för folkhälsans utveckling och vilka beslut som tas påverkar utvecklingen både ekologiskt, socialt och ekonomiskt. Utmaningen är att få dessa tre perspektiv att harmoniera och utvecklas i samklang.

Flera av de nationella miljömålen har en direkt koppling till människors hälsa.

De miljökvalitetsmål som beslutades av riksdagen våren 2001 är följande:

- ? Begränsad klimatpåverkan
- ? Frisk luft
- ? Bara naturlig försurning
- ? Giftfri miljö

**Fel! Okänt namn på**

- ? Skyddande ozonskikt
- ? Säker strålmiljö
- ? Ingen övergödning
- ? Levande sjöar och vattendrag
- ? Grundvatten av god kvalitet
- ? Hav i balans samt levande kust och skärgård
- ? Myllrande våtmarker
- ? Levande skogar
- ? Ett rikt odlingslandskap
- ? Storslagen fjällmiljö
- ? God bebyggd miljö

Senare lades även ett 16:e mål till: Ett rikt växt och djurliv.

Naturvårdsverkets uppföljning av målen 2007 visar att målen inte kommer att nås. Växthusgaserna fortsätter att öka, vilket kommer att påverka hälsan ännu mer.

I Sverige kommer det att bli fler värmeböljor och längre rötmanadssäsong under somrarna.

Fler och längre värmeböljor drabbar framför allt de riktigt små och de riktigt gamla samt personer med kroniska hjärt-, kärl- och lungsjukdomar. Under värmeböljan i Europa i augusti 2003, då framför allt Frankrike drabbades, räknar Världshälsoorganisationen (WHO) med att det dog ca 25 000–35 000 personer som en direkt följd av hettan.

Då klimatzonerna ändras kommer arter att överleva på platser där det tidigare har varit för kallt. Sjukdomsspridande fästingar förekommer nu längre norrut i Sverige och högre upp i bergsmassiven i Centraleuropa. I framtiden kommer såväl fästingar som myggor och andra sjukdomsspridande insekter att ändra sina utbredningsområden.

Den tidigare trenden mot förbättrad luftkvalitet i svenska tätorter har avstannat. Luftföroreningar skadar hälsan, naturen, material och kulturföremål. Luftföroreningar som partiklar och kvävedioxid uppskattas medföra över 5 000 förtida dödsfall per år i Sverige.

### 3.1 En god hälsa är framtidens viktigaste resurs

Utvecklingen av vårt samhälle beror på hur vi förmår att förvalta och nyttja de resurser som finns i samklang med det ekologiska systemet. Nyckelresurser är naturresurser, av människan skapade resurser som infrastruktur och bebyggelse och sist men inte minst mänskliga resurser.

Påverkan på miljön genom ohållbar konsumtion och produktion av varor och tjänster utgör redan idag ett ödesdigert hot mot klimatet, ekosystemen och människors hälsa.

Höga sjuktal och upplevd fysisk och psykisk ohälsa, liksom sociala och könsrelaterade skillnader i hälsa, är grundläggande hot mot en hållbar utveckling. Mot det hjälper inte sänkta ersättningar i socialförsäkringssystemen.

Hälsa är en avgörande förutsättning för utveckling och välbefinnande. Vårt samhälle bärs upp av människors arbetskraft, kunskap, erfarenhet och kreativitet.

Inom samhällsvetenskaperna är det allmänt accepterat att ekonomin påverkar folkhälsan. Ett ekonomiskt rikare samhälle har bland annat råd med bättre sjukvård, bättre sanitära förhållanden, mer hälsosam mat och dessutom är den absoluta fattigdomen lägre i rikare länder. Detta är faktorer som alla påverkar folkhälsan. Det är mer omdebatterat vilken roll folkhälsan har för den ekonomiska utvecklingen. Inom samhällsdebatten såväl som inom samhällsvetenskaperna har åsikterna varierat från tid till annan. Under första halvan av 1900-talet genomfördes hälsoprojekt i många utvecklade länder, bland annat med argumentet att förbättrad folkhälsa ökar befolkningens produktiva förmåga och därmed också är ekonomiskt lönsam, förutom de positiva effekterna för människors välbefinnande som förbättrad hälsa innebär. Under efterkrigstiden dominerade länge synsättet att folkhälsan inte har någon avgörande betydelse för den ekonomiska utvecklingen. Sedan 1980-talet har dock intresset för befolkningsutvecklingen och folkhälsan åter ökat.

## 3.2 Hälsa och ekonomi

Hur orsakssambandet mellan folkhälsa och ekonomi hänger ihop är intressant. Det påverkar hur en politik för ekologisk, social och ekonomiskt hållbar utveckling bör utformas.

Forskningen pekar mot att det är förbättrad hälsa som påverkar den ekonomiska utvecklingen snarare än tvärtom. Då blir det naturligt att i första hand göra satsningar på folkhälsan.

Folkhälsoinstitutet har 2007 presenterat en rapport – ”Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling”. Där analyseras orsakssambandet mellan folkhälsa och ekonomisk utveckling i Sverige under perioderna 1800–2000 och 1950–2000.

Genom att använda en variabel för hälsa kan man till skillnad från de tidigare neoklassiska modellerna bestämma till exempel befolkningstillväxten eller den effektiva arbetskraften endogen, det vill säga inom modellen. I flera studier används den förväntade livslängden som en indikator på hälsa. En bättre folkhälsa ger en längre förväntad livslängd, vilken antas påverka tillväxten genom att leda till investeringar i utbildning och ett ökat sparande för framtiden. Genom ett ökat privat sparande blir mer kapital tillgängligt för investeringar, vilket får till följd att den arbetande befolkningen har tillgång till mer fysiskt kapital, med höjd produktivitet och medelinkomst som följd. Det sker även ett sparande genom uteblivna kostnader för hälso- och sjukvård. Om hälso- och sjukvårdssektorn domineras av offentliga resurser ökar därmed det offentliga sparandet.

Professor Bo Malmberg har i en studie undersökt hur sjukdom påverkar individens och närståendes ekonomi. Individen får, visar det sig, en sämre ekonomi på kort och lång sikt vid sjukdom, men även ekonomin hos anhöriga och arbetskamrater påverkas negativt. Fil.dr Eva Andersson har studerat frågan om regionala skillnader i hälsa och ekonomisk utveckling och finner att

#### Fel! Okänt namn på

dessa följs åt; den ekonomiska situationen är sämre i kommuner där ohälsan är stor. Sammantaget pekar dessa två studier på hur en försämrad ekonomisk situation till följd av sjukdom kan sprida sig från ekonomins mikronivå till samhällsekonomin mer aggregerade nivåer. Tidsperspektivet har en avgörande betydelse för hur hälsa och ekonomisk tillväxt hänger samman. Insatser för hälsan som leder till positiva effekter kan få genomslag på den ekonomiska tillväxten långt senare. På kort sikt kan en positiv ekonomisk utveckling till och med vara negativ för hälsoläget, det vill säga det kan råda ett omvänt och negativt samband. Fil.dr Mats Johanssons studie av sambandet mellan dödlighet och ekonomisk utveckling klargör dessa kortsiktiga och långsiktiga relationer.

Den sammantagna effekten av hälsan på ekonomin kommer således från flera samverkande faktorer, vilka tillsammans ökar ekonomins förmåga att tillgodogöra sig resurserna och använda dem på ett effektivare sätt i produktionen av varor och tjänster. Detta är ett aggregerat sätt att se på sambandet. Om man bryter ned det på en lägre nivå går det även att se hur hälsa hos enskilda individer har en direkt inverkan på individernas och hushållens ekonomi. För enskilda företag kommer på samma sätt ohälsa att innebära kostnader i form av produktionsbortfall, sjuklöner och upplärning av ersättare för långtidssjuk personal. För hälso- och sjukvården samt sjukförsäkrings-systemet innebär på samma sätt ohälsa en kostnad som kan undvikas om folkhälsan är god.

Insatser för hälsan som görs på en viss nivå i samhället kommer att ha konsekvenser för ekonomin på andra nivåer. Dessa insatser kommer även att verka över tid och en ökad medvetenhet om hur sambanden ser ut visar på betydelsen av att ha ett folkhälsoperspektiv när det gäller den ekonomiska utvecklingen på längre sikt. Och det gäller i allra högsta grad beslut som tas av regering och riksdag.

## 4 Ekonomisk och social trygghet

Ojämlighet i hälsa handlar om spridningen i hälsa, livskvalitet och livslängd för olika grupper av människor. Det finns stora variationer globalt sett men även mellan olika delar av Sverige och i olika stadsdelar i samma stad. Ett samhälle med stora välfärdsklyftor bär också på en stor ohälsobörda. Levnadsvillkor och hälsa samspelar med arbetsmarknad, sysselsättning och ekonomisk utveckling. Förebyggande insatser på folkhälsans område kan vara lika viktiga som arbetsmarknadspolitiska program när det gäller att öka utbudet av arbetskraft visar forskning vid Chess (Centre for Health Equity Studies vid Stockholms universitet och Karolinska Institutet).

Ekonomisk och social trygghet är en av de mest grundläggande förutsättningarna för en god hälsa på lika villkor. Att människor kan försörja sig genom eget arbete skapar självkänsla, vilket är en friskfaktor. Men för att främja en god hälsa behövs även insatser på strukturell nivå, främst ett socialförsäkringssystem som täcker väsentliga risker. Vidare behövs utbildningsmöjlig-

## Fel! Okänt namn på

heter under olika perioder i livet, en samhällsplanering som bidrar till trygga miljöer och sociala tjänster av hög kvalitet på lika villkor.

Den engelske professorn i folkhälsa och epidemiologi Michael Marmot förklarar i sin bok "Statusyndromet" hur hälsan i förvånansvärt hög utsträckning kan förutsägas av fattigdom, känslan av fattigdom och att man drabbas av fattigdom. I boken beskrivs hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. I samhällsdebatten finns en utbredd tro att sjukvård och molekylärbiologi snart kommer att beseгра alla sjukdomar, men hans forskning lyfter fram en social gradient eller social position som en viktig gradient för hälsa. Det kan handla om uppväxtvillkor, föräldrarnas sociala ställning, boendets sociala grammatik eller den stadsdel, ort eller region man bor i. Han skriver bland annat "Människor med låg status på 1800-talet dog av tuberkulos och på 2000-talet av kranskärslsjukdom". Arbetsplatsen och dess roll för den sociala hälsogradienten har han utvecklat ihop med bland annat Töres Teorell, professor i psykosocial medicin, vid Karolinska Institutet.

Den amerikanske statsvetaren Robert Putnam har skrivit om begreppet socialt kapital.

Hans tes är att ett starkt frivilligt organisationsliv är ett uttryck för förtroendefulla relationer mellan människor och att detta frivilliga engagemang och ömsesidiga förtroende (som han kallar "socialt kapital") i sin tur skapar ekonomisk tillväxt. När "socialt kapital" minskar dramatiskt, som i USA, påverkar det enligt Putnam inte bara tillväxten i ett samhälle utan även brottsligheten, sjukdomars utbredning, social utslagning och skolornas möjlighet att fungera.

Folkhälsans mest entydiga mått – medellivslängden – fortsätter att skilja sig mellan stadsdelsområden och kommuner i Sverige trots en hög genomsnittsnivå. De sämst ställda områdena har ungefär samma nivåer som genomsnittet för Kuba eller USA.

Mannen som bor i Mörby lever i snitt sex år längre än Sundbybergsbon. Det är lika stor skillnad som mellan Sverige och Albanien. I Danderyds kommun där Mörby ligger har man betydligt bättre levnadsförhållanden än i Sundbyberg. Bättre inkomster, bättre utbildning, bättre tillgång till sjukvård och man röker mindre. Chansen är större att man är född av föräldrar som har bättre förståelse för vilken kost som är mest näringsriktig.

Skillnaderna i medellivslängd mellan stadsdelar i Stockholms stad är större för män än kvinnor. Områdena med den längsta respektive kortaste medellivslängden för män är Östermalm och Kista där skillnaden är 3,7 år. För kvinnor är motsvarande siffra 2,3 år mellan Östermalm och Skärholmen. Av Stockholms 18 stadsdelsområden har Kista den lägsta medellivslängden för män, 75,5 år, och näst lägst för kvinnor, 80,7.<sup>1</sup>

En förklaringsmodell för detta är socialt kapital: hur mycket du litar på dina grannar, om du kan få hjälp av dina grannar eller vänner om det uppstår en nödsituation och hur aktiv man är i föreningslivet men också social position.

<sup>1</sup> FHI "Hälsan på spåret" 2007.

## Fel! Okänt namn på

Ohälsotalet, det vill säga sjukfrånvaro,<sup>2</sup> varierar mellan 16 och 42 dagar för män och mellan 29 och 61 dagar för kvinnor i de kommuner som har minsta respektive högsta ohälsotalen år 2002. Det finns i allmänhet en samvariation mellan kommunernas medellivslängd och ohälsotal men också tydliga avvikelser från detta mönster.

Ohälsotalet har minskat och var i augusti 2007 38,9 dagar, det lägsta sedan 2001. Det finns en tydlig könsskillnad som består och om det är det ganska tyst i debatten. Kvinnor har betydligt högre ohälsotal, 46,9 mot 31,1 för män.

Stark koppling finns mellan hälsa och ekonomisk utveckling. Släpar stora grupper människor eller hela regioner efter i hälsoutvecklingen leder detta till en minskad ekonomisk utvecklingskraft för hela samhället. En bra och någorlunda jämt fördelad folkhälsa är också lönsam i rent monetära termer.

## 4.1 Boendemiljö

Hur det ser ut där vi bor har stor betydelse för social trygghet. De människor som är mest beroende av sin närmiljö är barn och äldre, som vistas där stor del av sin tid. För människor med små inkomster och utan möjlighet till avkopplande semesterresor är också närmiljön extremt viktig. Om de gröna kilarna, skogspartierna och parkerna försvinner, så försvinner också en enkel men extremt viktig påverkansfaktor på människors möjlighet att koppla av, minska stresshormonerna och få andas lite frisk luft. Dessutom har det gröna en direkt påverkan på luften vi andas. Detta är viktigt att tänka på i diskussionen om förtätning av städer.

## 4.2 Sämst hälsa kopplad till ekonomi

Svenska och internationella studier visar att människors hälsa, både den fysiska och den psykiska, förbättras med ökande inkomst men i avtagande ju högre inkomsten blir. I den mån människor har ekonomiska tillgångar är även dessa positiva för hälsan. En ekonomiskt utsatt situation, som inte bara är tillfällig, är däremot negativ för hälsan.

För att förbättra för dem med sämst hälsa är det viktigt att minska de ekonomiska klyftorna i samhället. Den folkhälsopolitiska rapporten 2005 visar en del negativa utvecklingstrender, fler har blivit långtidsarbetslösa och fler ensamstående föräldrar har fått en försämrad relativ ekonomisk standard under 2000-talet. Även om nu arbetslösheten sjunker har regeringens politik inneburit att sjuka och arbetslösa med redan pressad ekonomi fått det ännu tuffare ekonomiskt. Från folkhälsosynpunkt är det särskilt viktigt att uppmärksamma de grupper som har sämst hälsa och utsatt ekonomisk situation.

<sup>2</sup> Ohälsotal från Försäkringskassan. De visar antalet utbetalda nettodagar under en 12-månadersperiod med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning per person mellan 16 och 64 år.



Töres Teorell skriver i sin bok "I spåren av 90-talet":

"Utmattningsyndromet blev symbolen för det nya samhällets psykiska ohälsa. De viktigaste förklaringarna till både den försämrade psykiska hälsan och den ökade långtidssjukskrivningen kan finnas i följande slutsatser:

1. De stora strukturella förändringarna i arbetslivet som har minskat behov av kortutbildad arbetskraft och ökad intolerans mot partiell arbetsförmåga.
2. Överbelastning för den kvinnliga arbetskraften som fortfarande har huvudansvaret för hemarbetet.
3. En ökande tystnad i arbetslivet som gör att sjukskrivning för den som inte kan påverka sin arbetssituation kan vara enda vägen ut.
4. Ett, med internationella mått, alltför inaktivt försäkringssystem och en otillräcklig satsning på effektiv rehabilitering."

Det har kommit bort i den nuvarande offentliga debatten att sjukfrånvaro kan skydda. Det gäller speciellt korttidsfrånvaro bland människor som inte har makt. En stor ödesfråga för en bra förutsättning för en jämlik hälsa i Sverige är hur trygghetssystemen ska se ut i framtiden. Ska vi ha ett skyddande system, med bland annat en relativt hög ersättningsnivå och liten självrisk (karens) och som omfattar de flesta? Eller ska vi satsa på att spara pengar, genom att minska statens utgifter för att sänka inkomstskatterna. Den moderatledda regeringen verkar ha valt den senare vägen. Det kommer att leda till ett hårdare samhälle som kan ge ökad dödlighet och tyngre sjuklighet. Det är stora politiska frågor som bör beredas i den parlamentariska utredning om sjukförsäkringssystemet som riksdagen har beslutat om. Den är tänkt som ett andra steg efter att en särskild utredare (Anna Hedborg) gjort en genomgripande analys av socialförsäkringarna i brett perspektiv. Den första utredningen skulle utgöra underlag för den andra (direktiv 2004:129).

Den första utredningen, den så kallade socialförsäkringsutredningen, har presenterat sitt slutbetänkande "Mera försäkring och mera arbete (SOU 2006:86). Men den parlamentariska utredningen är ännu inte tillsatt. Miljöpartiet anser att direktiven för utredningen ska beakta folkhälsoforskningen om ekonomisk och social trygghets betydelse för hälsa och verka för att sjukförsäkringen ska ha ett skyddande perspektiv.

### 4.3 Ökade löneskillnader leder till ökade hälsoklyftor

Medlingsinstitutet och Statistiska centralbyrån redovisade i september 2007 att kvinnors lön i procent av mäns lön minskat endast marginellt mellan 2005 och 2006. Efter hänsyn till ålder, region, yrke och utbildning är den "oförklarliga" löneskillnaden nu att kvinnor i genomsnitt tjänar 93,4 procent av mäns lön (jämfört med 93,2 procent år 2005). 335 yrken ingår i det statistiska underlaget.

Löneutvecklingen de senaste 10 åren visar på ökad lönespridning. De sämst avlönade har ofta fått de sämsta lönepåslagen.

Fel! Okänt namn på

Yrke	Månadslön i kr 2006	Löneökning 1998–2006 i kr
Vård och omsorg	19 600	4 900
Kontorssekreterare	21 400	5 500
Kassapersonal	20 600	5 700
Grundskolelärare	23 500	5 800
Byggarbetare	23 700	6 800
Sjuksköterskor	24 800	6 900
Ingenjörer, tekniker	28 700	8 900
Företagsekonomer	35 000	10 900

Källa LO-tidningen, Medlingsinstitutet.

På var sin ytterkant i statistiken finns köksbiträdet med 16 900 kronor per månad 2006 och direktören med 63 100 kronor per månad. Löneskillnaden är 46 200 kronor. Det innebär att skillnaden har ökat med 16 000 kronor per månad. 1998 var lönegapet 30 200 kronor. Många avtal om löneyft ligger på drygt 10 procent under tre år. I plånboken betyder det alltid att den högst avlönade får mer än den lägst avlönade. Vi vädjar till arbetsmarknadens parter att avtala lönepåslag i kronor istället så att det blir tydligt hur löneyften fördelas.

Miljöpartiet har i senaste budgetmotionen avsatt pengar för jämställda löner i offentlig sektor. Vi utvecklar förslagen kring jämställda löner i vår jämställdhetsmotion 2007/08:A402 Jämställdhet.

De ökande löneskillnaderna i samhället förstärker den sociala hierarkin, och den sociala positionen för dem med låga inkomster blir ännu lägre, vilket ökar risken för ohälsa.

Nationella folkhälsoenkäten som görs årligen av Folkhälsoinstitutet visar att personer med låg inkomst, de som saknar kontantmarginal eller varit i ekonomisk kris, hade i betydligt större utsträckning fysisk och psykisk ohälsa än dem som inte varit ekonomiskt utsatta.

Rökning och övervikt är också vanligare bland dem med låg inkomst eller låg utbildning.

Ju kortare utbildning desto större andel hade fetma. Bland kvinnor fanns en betydligt större andel med fetma bland ålderspensionärer, arbetslösa, förtidspensionärer och långtidssjukskrivna än bland yrkesarbetande. Andelen män med fetma var betydligt större bland arbetslösa, förtidspensionärer och långtidssjukskrivna än bland yrkesarbetande.

För att tydliggöra de ökade ekonomiska klyftornas effekter på folkhälsan föreslår vi att mått på inkomst och inkomstojämlikhet kompletteras med mått på hur långvariga de ekonomiska svårigheterna är; mått på långvarig ekonomisk utsatthet bör även kompletteras med mått på hur ekonomiska svårigheter upplevs.

## 5 Modeller för styrning och uppföljning av verksamhet

Med den nya folkhälsopolitiken har det blivit tydligt att hälsans bestämningsfaktorer spänner över de flesta samhällsområden. Inkomst, arbete, boende och tillgång till service av olika slag, såsom affärer och transporter är exempel på bestämningsfaktorer för hälsa. För att påverka dessa bestämningsfaktorer har politiska beslut inom olika sektorer och nivåer i samhället stor inverkan. Därför är det viktigt att de styr- och uppföljningsmodeller som används inom såväl kommunal som regional och nationell verksamhet inkluderar hälsoaspekter.

Statens folkhälsoinstitut har idag ansvar för uppföljningen av de 11 folkhälsopolitiska målen på nationell nivå. För att nå folkhälsomålen krävs ett aktivt och medvetet arbete med särskilda satsningar. För att de verkligen ska få genomslag anser vi att det behöver finnas ett samordningsansvar på regional nivå, såsom det även gör med de nationella miljömålen.

Aktivt och praktiskt arbete behöver ske närmare de konkreta verksamheterna. Vi anser att aktivitet på det folkhälsopolitiska området behöver främjas. Vi anser att landstingen/regionerna bör ges ett samordningsansvar för arbetet med de 11 folkhälsopolitiska målen på regional nivå. Detta ansvar bör på sikt lagstadgats. Det naturliga är att ansvaret ingår i de kommande regionkommunernas ansvar, men fram till att de inrättas bör de landsting/regioner som finns idag ges ansvar för samordning och uppföljning lokalt.

Vi vill därför i enlighet med vår budgetmotion 2007/08:So493, tillsätta 15 miljoner kronor för att förstärka detta arbete, fördelat utifrån länens storlek.

Det pågår arbete där en rad olika myndigheter fått i uppdrag att ta fram rapporter och redovisa utvecklingen av folkhälsa och sociala förhållanden. Men den kunskapen borde få större genomslag i regeringens politik.

## 6 Utveckla lokalt folkhälsoarbete

De mest grundläggande insatserna på lokal nivå i kommuner och landsting är sådana som ger möjlighet till ekonomisk och social utveckling samt ökat demokratiskt inflytande.

Ett effektivt ekonomiskt utjämningsystem mellan olika kommuner och områden och en effektiv regionalpolitik är nyckelåtgärder. En bostadspolitik som motverkar eller förhindrar segregerat boende är av central betydelse. Viktiga förhållanden på områdesnivå som påverkar hälsan är exempelvis fysisk planering som bland annat omfattar trafikseparering, minskad trafik i stadskärnorna, möjligheterna till god försörjning med kollektivtrafik, bullernivå och minskad förekomst av negativa miljöfaktorer samt tillgång till bra och säkra rekreatiomsområden.

**Fel! Okänt namn på**

Den sociala servicen på lokal nivå är av mycket central betydelse. Bra fritidsverksamheter för ungdomar, åtgärder för att ge vettig sysselsättning åt de stora grupper som befinner sig utanför arbetsmarknaden samt lokal brotts- och skadeförebyggande verksamhet är viktiga inslag i program som ökar känslan av social trygghet på lokal nivå.

För att stimulera lokalt folkhälsoarbete vill vi avsätta anslag till konkreta projekt kopplat till ett eller flera av de folkhälsopolitiska målen. Ansökningar sker av kommuner och landsting/regioner gemensamt, men kan givetvis även gälla frivilligorganisationers eller på annat sätt sammansatta projekt. Kommunen och landstinget/regionen ska dock vara eniga om projektbeskrivningen och dess koppling till ett eller flera av de folkhälsopolitiska målen. För detta ändamål avsätter vi i vår budgetmotion 2007/08:So493, 160 miljoner kronor per år under tre år. Medlen söks hos Statens folkhälsoinstitut.

Stockholm den 2 oktober 2007

*Gunvor G Ericson (mp)*

*Thomas Nihlén (mp)*

*Esabelle Reshdouni (mp)*

*Bodil Ceballos (mp)*

*Mats Pertoft (mp)*

*Jan Lindholm (mp)*

*Ulf Holm (mp)*

*Tina Ehn (mp)*