

## Förord

Nationella folkhälsokommittén har haft tillgång till ett omfattande underlagsmaterial för den beskrivning och de förslag som lämnas i slutbetänkandet. Kommittén började sitt arbete under våren 1997 och har arbetat i tre steg. Under perioden fram till mars 1998 inriktade sig kommittén på att nå fram till vägledande utgångspunkter och principer för formulerandet av nationella folkhälsomål. Dessa principer redovisades i kommitténs första delbetänkande Hur skall Sverige må bättre – första steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1998:43). Material för redovisningen hämtade kommittén i såväl svensk som internationell litteratur och genom kontakter med offentliga organ och organisationslivet. Betänkandet sändes ut på egen remiss. Synpunkterna från 213 remissinstanser bildade en viktig grund för kommitténs arbete under steg två. Under detta steg från mars 1998 till december 1999 tog kommittén fram egna underlagsmaterial med fokus på bestämningsfaktorer för hälsan via ett stort antal expertgrupper som fördjupade sig i olika ämnen. Expertgruppernas material var av stor betydelse för de sakkapitel i olika frågor och det förslag till en nationell strategi för folkhälsan som redovisades i delbetänkandet Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1999:137).

I underlagsmaterialet för kommitténs slutbetänkande har ingått synpunkter från 209 remissinstanser på kommitténs andra delbetänkande (SOU 1999:137). Synpunkterna har haft stor betydelse som vägledning för prioriteringar av folkhälsomål och åtgärder. I underlaget har också ingått vissa nya faktauppgifter med avseende på de olika sakavsnitt som presenterades i det nämnda delbetänkandet. I dessa avsnitt behandlas olika förhållanden kopplade till människors livsvillkor och levnadsvanor, sjukdomar och skador samt till olika målgrupper. Sakavsnitten har genom detta material kunnat uppdateras och i vissa fall resultera i nya slutsatser. De uppdaterade versionerna ingår i denna bilagedel.

Underlagsmaterial till helt nya ämnesområden jämfört med delbetänkandets material har tagits fram och utgör huvuddelen av det bilagematerial som presenteras. Det gäller stress i arbetslivet och utbildningens respektive kulturens betydelse för hälsan. Det gäller också

tandhälsa, åttstörningar, genusaspekter på hälsa och villkoren för en god hälsa bland funktionshindrade respektive homo- och bisexuella personer.

Bland de helt nya ämnesområdena finns även sådana som handlar om olika aktörers roller och ansvar i folkhälsoarbetet. Olika myndigheters ansvar och samverkan belyses. Möjligheterna för hälso- och sjukvården respektive kommunerna att främja hälsoaspekter tas upp. Även organisationernas och folkbildningens betydelse som aktörer för att främja människors hälsa redovisas. Möjligheterna att styra och samordna folkhälsopolitiken och folkhälsoarbetet behandlas.

För att klargöra förutsättningarna för folkhälsopolitiken att nå framgång redovisas underlagsmaterial om metoder och utvecklingsbehov m.m. i folkhälsoarbetet. Mätning av folkhälsans bestämningsfaktorer, konsekvenser och fördelning tas upp. Det gör också metoder för hälso-konsekvensbedömningar och lokala välfärdsbokslut. Kunskaps- och forskningsbehov för folkhälsopolitik och folkhälsoarbete redovisas liksom material om ekonomisk analys av folkhälsoinsatser, folkhälso-utbildning och hälsoinformation.

Samtliga underlagsmaterial har redovisats för kommittén. Kommittén har använt materialet i tillämpliga delar med avseende på slutbetänkandet. Kommitténs politiska ledamöter har fattat beslut om slutbetänkandet. När det gäller materialet i denna bilagedel har kommittén lämnat synpunkter, och på så sätt påverkat vad som står där, men kommitténs politiska ledamöter är inte ansvariga för de beskrivningar och bedömningar som redovisas. Ledamöterna har tillsammans med kommitténs sekretariat beslutat att inte ta ställning till alla de varierande bedömningar och förslag som finns i respektive kapitel eftersom kommitténs ställningstaganden redan finns redovisade i slutbetänkandet.

Att kommittén inte har tagit ställning till underlagsmaterialet innebär inte att det är oviktigt i stort eller när det gäller de aspekter som kommittén inte har tagit fasta på med avseende på slutbetänkandet. Tvärtom bör materialet ses som ett angeläget kunskapsmaterial med avseende på de olika områden som tas upp. Att det skall tjäna det syftet är också vår förhoppning med utgivningen av materialet.

Redovisningen av materialet är disponerad i sex delar: Del 1 Remissinstansernas synpunkter på SOU 1999:137. Del 2 Uppdateringar av sakavsnitt i SOU 1999:137. Del 3 Nya sakavsnitt. Del 4 Aktörer i folkhälsoarbetet. Del 5 Metoder och utvecklingsbehov i folkhälsoarbetet. Del 6 Medverkande och trycksaker. I den senare delen redovisas kommitténs sammansättning och personer som har biträtt sekretariatet med material till de båda bilagedelarna. Vidare redovisas en förteckning över tidigare betänkanden och remissammanställning.

Även kommitténs underlagsrapporter och de arbetsgrupper som har tagit fram dessa redovisas liksom kommitténs debattskrifter och personer som har medverkat i dessa.

Merparten av bilagematerialet har skrivits eller bearbetats av kommitténs sekretariat. Medverkande i sekretariatet har varit huvudsekreterare Bernt Lundgren, socionom och ekonomisk historiker samt sekreterarna Lillemor Cedergren, socionom och MPH, Isak Reichel, fil. mag. och Susanne Öhrling, M.A. Malena Sjöberg, journalist, har medverkat t.o.m. 2000-09-30.

Stockholm i december 2000

Margareta Persson  
Ordförande

Bernt Lundgren  
Huvudsekreterare

# Innehåll

## BILAGEDEL A

### DEL 1 – REMISSINSTANSENAS SYNPUNKTER PÅ SOU 1999:137

#### 1 Remissinstansernas synpunkter på kommitténs preliminära nationella strategi och diskussionsfrågor i SOU 1999:137 ..... 23

- 1.1 Allmänna synpunkter..... 23
  - 1.1.1 Antal remissinstanser..... 23
  - 1.1.2 Avgränsning av redovisningen i kapitlet..... 24
  - 1.1.3 Övergripande synpunkter..... 24
- 1.2 Synpunkter på kapitel 2 Etiska utgångspunkter och  
prioriteringskriterier ..... 26
  - 1.2.1 Hälso- och sjukdomsbegrepp..... 27
  - 1.2.2 Relationen mellan välfärdsolitik och hälsopolitik .... 28
  - 1.2.3 Individens respektive samhällets ansvar..... 28
  - 1.2.4 Utsatta grupper ..... 29
  - 1.2.5 Genderperspektiv och barnperspektiv ..... 29
- 1.3 Synpunkter på kapitel 3 Vision, övergripande strategier och  
hälsopolitiska mål för en bättre och jämlik hälsa ..... 30
  - 1.3.1 Kommitténs vision för ett hälsovänligt samhälle ..... 30
  - 1.3.2 Övergripande strategier och hälsopolitiska mål ..... 32
- 1.4 Synpunkter på kapitel 12 Frågor inom ramen för  
betänkandet..... 39
  - 1.4.1 Synpunkter på kapitel 12 Nya frågeställningar ..... 47

### DEL 2 – UPPDATERINGAR AV SAKAVSNITT I SOU 1999:137

#### 2 Ekonomiska och sociala villkor ..... 51

- 2.1 Arbetsliv ..... 51
  - 2.1.1 Sammanfattning av avsnitt 4.2 i SOU 1999:137 ..... 51
  - 2.1.2 Kompletteringar..... 59
  - 2.1.3 Bedömning..... 67

|          |                                                         |            |
|----------|---------------------------------------------------------|------------|
| 2.2      | Ekonomisk trygghet.....                                 | 71         |
| 2.2.1    | Sammanfattning av avsnitt 4.3 i SOU 1999:137 .....      | 71         |
| 2.2.2    | Kompletteringar .....                                   | 76         |
| 2.2.3    | Bedömning.....                                          | 84         |
| 2.3      | Socialt kapital, sociala nätverk och socialt stöd ..... | 87         |
| 2.3.1    | Sammanfattning av avsnitt 5.2 i SOU 1999:137 .....      | 87         |
| 2.3.2    | Kompletteringar .....                                   | 93         |
| 2.3.3    | Bedömning.....                                          | 102        |
| <b>3</b> | <b>Miljöfaktorer, mat och fysisk aktivitet .....</b>    | <b>105</b> |
| 3.1      | Miljöfaktorer .....                                     | 105        |
| 3.1.1    | Sammanfattning av kapitel 6 i SOU 1999:137 .....        | 105        |
| 3.1.2    | Kompletteringar .....                                   | 112        |
| 3.1.3    | Bedömning.....                                          | 121        |
| 3.2      | Grönområdets betydelse för rekreation .....             | 123        |
| 3.2.1    | Sammanfattning av avsnitt 7.2 i SOU 1999:137 .....      | 123        |
| 3.2.2    | Kompletteringar .....                                   | 128        |
| 3.2.3    | Bedömning.....                                          | 133        |
| 3.3      | Mat och matvanor.....                                   | 135        |
| 3.3.1    | Sammanfattning av avsnitt 8.2 i SOU 1999:137 .....      | 135        |
| 3.3.2    | Kompletteringar .....                                   | 141        |
| 3.3.3    | Bedömning.....                                          | 146        |
| 3.4      | Fysisk aktivitet.....                                   | 149        |
| 3.4.1    | Sammanfattning av avsnitt 8.3 i SOU 1999:137 .....      | 149        |
| 3.4.2    | Kompletteringar .....                                   | 154        |
| 3.4.3    | Bedömning.....                                          | 158        |
| <b>4</b> | <b>Droger .....</b>                                     | <b>161</b> |
| 4.1      | Tobak.....                                              | 161        |
| 4.1.1    | Sammanfattning av avsnitt 9.2 i SOU 1999:137 .....      | 161        |
| 4.1.2    | Kompletteringar .....                                   | 165        |
| 4.1.3    | Bedömning.....                                          | 170        |
| 4.2      | Alkohol.....                                            | 173        |
| 4.2.1    | Sammanfattning av avsnitt 9.3 i SOU 1999:137 .....      | 173        |
| 4.2.2    | Kompletteringar .....                                   | 181        |
| 4.2.3    | Bedömning.....                                          | 188        |
| 4.3      | Narkotika .....                                         | 189        |
| 4.3.1    | Sammanfattning av avsnitt 9.4 i SOU 1999:137 .....      | 189        |
| 4.3.2    | Kompletteringar .....                                   | 194        |
| 4.3.3    | Bedömning.....                                          | 202        |

|          |                                                                             |            |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.4      | Läkemedelsberoende .....                                                    | 203        |
| 4.4.1    | Sammanfattning av avsnitt 9.5 i SOU 1999:137 .....                          | 203        |
| 4.4.2    | Remissynpunkter .....                                                       | 211        |
| 4.4.3    | Bedömning.....                                                              | 213        |
| <b>5</b> | <b>Vissa sjukdomar och skador.....</b>                                      | <b>215</b> |
| 5.1      | Psykisk hälsa .....                                                         | 215        |
| 5.1.1    | Sammanfattning av avsnitt 10.2 i SOU 1999:137 ...                           | 215        |
| 5.1.2    | Kompletteringar .....                                                       | 228        |
| 5.1.3    | Bedömning.....                                                              | 235        |
| 5.2      | Skador.....                                                                 | 238        |
| 5.2.1    | Sammanfattning av avsnitt 10.3 i SOU 1999:137 ...                           | 238        |
| 5.2.2    | Kompletteringar .....                                                       | 245        |
| 5.2.3    | Bedömning.....                                                              | 248        |
| 5.3      | Hudcancer.....                                                              | 250        |
| 5.3.1    | Sammanfattning av avsnitt 10.4 i SOU 1999:137 ....                          | 250        |
| 5.3.2    | Kompletteringar .....                                                       | 255        |
| 5.3.3    | Bedömning.....                                                              | 256        |
| 5.4      | Allergier.....                                                              | 258        |
| 5.4.1    | Sammanfattning av avsnitt 10.5 i SOU 1999:137 ....                          | 258        |
| 5.4.2    | Kompletteringar .....                                                       | 267        |
| 5.4.3    | Bedömning.....                                                              | 269        |
| 5.5      | Prevention av sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter..... | 271        |
| 5.5.1    | Sammanfattning av avsnitt 10.6 i SOU 1999:137 ....                          | 271        |
| 5.5.2    | Kompletteringar .....                                                       | 276        |
| 5.5.3    | Bedömning.....                                                              | 282        |
| <b>6</b> | <b>Målgrupper .....</b>                                                     | <b>285</b> |
| 6.1      | Barn och ungdom.....                                                        | 285        |
| 6.1.1    | Sammanfattning av avsnitt 11.2 i SOU 1999:137 ....                          | 285        |
| 6.1.2    | Kompletteringar .....                                                       | 292        |
| 6.1.3    | Bedömning.....                                                              | 300        |
| 6.2      | Äldre .....                                                                 | 303        |
| 6.2.1    | Sammanfattning av avsnitt 11.3 i SOU 1999:137 ....                          | 303        |
| 6.2.2    | Kompletteringar .....                                                       | 310        |
| 6.2.3    | Bedömning.....                                                              | 318        |
| 6.3      | Invandrare.....                                                             | 319        |
| 6.3.1    | Sammanfattning av avsnitt 11.4 i SOU 1999:137 ....                          | 319        |
| 6.3.2    | Kompletteringar .....                                                       | 325        |
| 6.3.3    | Bedömning.....                                                              | 333        |

## BILAGEDEL B

### DEL 3 – NYA SAKAVSNITT

|          |                                                                                                         |            |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>7</b> | <b>Regionala skillnader i hälsa och levnadsvillkor .....</b>                                            | <b>353</b> |
| 7.1      | Befolkningen i Sverige lever allt längre – männens medellivslängd ökar – kvinnornas är oförändrad ..... | 353        |
| 7.2      | Regionala skillnader i dödlighet .....                                                                  | 354        |
| 7.3      | Regionala skillnader i sjuklighet .....                                                                 | 355        |
| 7.4      | Bedömning .....                                                                                         | 356        |
| <b>8</b> | <b>Stress i arbetslivet .....</b>                                                                       | <b>359</b> |
| 8.1      | Stressbegreppet .....                                                                                   | 359        |
| 8.1.1    | Två tanketraditioner .....                                                                              | 359        |
| 8.1.2    | Biologiska effekter av långvarig stress .....                                                           | 362        |
| 8.1.3    | Vissa begrepp i samband med diskussionen om stress .....                                                | 364        |
| 8.1.4    | Psykosociala faktorerens vidare betydelse för hälsan ..                                                 | 369        |
| 8.2      | Utvecklingen under senare år .....                                                                      | 370        |
| 8.3      | Åtgärder mot stressutvecklingen .....                                                                   | 375        |
| 8.4      | Bedömning .....                                                                                         | 375        |
| <b>9</b> | <b>Utbildning i ett hälsoperspektiv .....</b>                                                           | <b>385</b> |
| 9.1      | Inledning .....                                                                                         | 385        |
| 9.2      | Grundskolan och gymnasieskolan .....                                                                    | 387        |
| 9.2.1    | Skolans ledning och organisation .....                                                                  | 387        |
| 9.2.2    | Skolans styrdokument .....                                                                              | 388        |
| 9.2.3    | Situationen i skolan .....                                                                              | 390        |
| 9.3      | Pågående utvecklingsarbete .....                                                                        | 404        |
| 9.3.1    | En förnyad lärarutbildning .....                                                                        | 404        |
| 9.3.2    | Elevvårdsutredningen .....                                                                              | 405        |
| 9.3.3    | Svenska Kommunförbundets arbete med hälsa .....                                                         | 407        |
| 9.3.4    | Skolverkets arbete med hälsa .....                                                                      | 407        |
| 9.3.5    | Folkhälsoinstitutets arbete i skolan .....                                                              | 409        |
| 9.3.6    | Arbetskyddsstyrelsen .....                                                                              | 412        |
| 9.3.7    | Ungdomsstyrelsen .....                                                                                  | 413        |
| 9.3.8    | Arbetslivsinstitutet .....                                                                              | 413        |
| 9.3.9    | Barnombudsmannen (BO) .....                                                                             | 414        |
| 9.3.10   | Jämställdhetsombudsmannen (JÄMO) .....                                                                  | 414        |
| 9.3.11   | Andra myndigheters/nationella organs hälsoarbete riktat till skolan .....                               | 414        |

|           |                                                             |            |
|-----------|-------------------------------------------------------------|------------|
| 9.4       | Bedömning.....                                              | 415        |
| 9.4.1     | Oroande brister .....                                       | 415        |
| 9.4.2     | Utveckling pågår.....                                       | 416        |
| 9.4.3     | Samordning behövs .....                                     | 416        |
| 9.4.4     | Utbildning .....                                            | 417        |
| 9.4.5     | Forskning .....                                             | 418        |
| 9.5       | Vuxenutbildning.....                                        | 418        |
| 9.5.1     | Vuxenutbildningen växer .....                               | 419        |
| 9.5.2     | Kunskapslyftsprojektet .....                                | 419        |
| 9.5.3     | Bedömning.....                                              | 421        |
| <b>10</b> | <b>Kultur och folkhälsa .....</b>                           | <b>425</b> |
| 10.1      | Inledning.....                                              | 425        |
| 10.2      | Kulturens samband med hälsa .....                           | 426        |
| 10.2.1    | Definitioner och avgränsningar .....                        | 428        |
| 10.2.2    | Kulturkonsumtion och kulturutövande i<br>befolkningen ..... | 430        |
| 10.2.3    | Effekter för individ och samhälle .....                     | 433        |
| 10.3      | Orsaker och möjligheter att påverka.....                    | 444        |
| 10.4      | Befintliga mål och åtgärder .....                           | 445        |
| 10.5      | Bedömning.....                                              | 449        |
| <b>11</b> | <b>Tandhälsa .....</b>                                      | <b>451</b> |
| 11.1      | Inledning.....                                              | 451        |
| 11.2      | Förekomst av problem med tandhälsan.....                    | 452        |
| 11.2.1    | Tandhälsa hos barn och ungdomar .....                       | 452        |
| 11.2.2    | Tandhälsa hos vuxna .....                                   | 453        |
| 11.2.3    | Tandhälsa hos invandrare .....                              | 454        |
| 11.2.4    | Tandhälsa hos äldre .....                                   | 454        |
| 11.2.5    | Tandhälsa hos funktionshindrade .....                       | 456        |
| 11.2.6    | Samband mellan oral hälsa och generell hälsa .....          | 456        |
| 11.3      | Kunskap om orsaker .....                                    | 457        |
| 11.3.1    | Tobak och tandhälsa .....                                   | 457        |
| 11.4      | Möjligheter att förebygga .....                             | 458        |
| 11.4.1    | Förebyggande arbete avseende tobak och<br>tandhälsa .....   | 459        |
| 11.5      | Utvecklingstendenser .....                                  | 459        |
| 11.5.1    | Kostnader för tandvård .....                                | 460        |
| 11.5.2    | Uppsökande tandvård .....                                   | 461        |
| 11.6      | Forskningsbehov.....                                        | 462        |
| 11.7      | Bedömning.....                                              | 462        |

|           |                                                                            |            |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>12</b> | <b>Ätstörningar .....</b>                                                  | <b>465</b> |
| 12.1      | Olika typer av ätstörningar .....                                          | 465        |
| 12.2      | Förekomst av ätstörningar och tendenser .....                              | 467        |
| 12.3      | Orsaker och möjlighet att påverka utvecklingen .....                       | 469        |
| 12.4      | Forskningsbehov.....                                                       | 471        |
| 12.5      | Aktörer.....                                                               | 472        |
| 12.6      | Bedömning.....                                                             | 472        |
| <b>13</b> | <b>Genusperspektiv i nationella strategin för folkhälsan .....</b>         | <b>475</b> |
| 13.1      | Inledning.....                                                             | 475        |
| 13.2      | Innebörden av ett genusperspektiv .....                                    | 476        |
| 13.3      | Behovet av ett genusperspektiv i den nationella strategin ....             | 477        |
| 13.3.1    | Förvärvsarbete.....                                                        | 477        |
| 13.3.2    | Arbetslöshet .....                                                         | 483        |
| 13.3.3    | Arbetsmarknadspolitiska åtgärder.....                                      | 486        |
| 13.3.4    | Socialt kapital.....                                                       | 487        |
| 13.3.5    | Obetalt hemarbete .....                                                    | 490        |
| 13.3.6    | Sexualiserat våld .....                                                    | 492        |
| 13.3.7    | Flickors och pojkars villkor .....                                         | 497        |
| 13.3.8    | Tobak, alkohol .....                                                       | 501        |
| 13.3.9    | Sexualitet.....                                                            | 502        |
| 13.3.10   | Genusinriktad mansforskning .....                                          | 503        |
| 13.3.11   | Långsiktig satsning på forskning, metod-<br>utveckling och utbildning..... | 504        |
| <b>14</b> | <b>Hälsa och funktionshinder .....</b>                                     | <b>505</b> |
| 14.1      | Inledning.....                                                             | 505        |
| 14.2      | Hälsofaktorer .....                                                        | 508        |
| 14.2.1    | Ekonomi .....                                                              | 509        |
| 14.2.2    | Arbete och utbildning.....                                                 | 512        |
| 14.2.3    | Hälsa, funktionshinder och kön .....                                       | 515        |
| 14.2.4    | Barn.....                                                                  | 518        |
| 14.2.5    | Invandrare .....                                                           | 520        |
| 14.2.6    | Bemötande och tillgänglighet .....                                         | 520        |
| 14.2.7    | Kost- och levnadsvanor.....                                                | 521        |
| 14.2.8    | Motion och rekreation.....                                                 | 523        |
| 14.2.9    | Hälso- och sjukvården.....                                                 | 526        |
| 14.3      | Handikapporganisationernas hälsoinsatser .....                             | 530        |
| 14.4      | Bedömning.....                                                             | 531        |

|                                               |            |
|-----------------------------------------------|------------|
| <b>15 Homo- och bisexuellas hälsa .....</b>   | <b>537</b> |
| 15.1 Att ”komma ut” .....                     | 538        |
| 15.2 Homo- och bisexuellas hälsa .....        | 539        |
| 15.3 Orsaker och möjligheter att påverka..... | 544        |
| 15.4 Befintliga mål och strategier .....      | 548        |
| 15.5 Bedömning.....                           | 550        |

#### **DEL 4 – AKTÖRER I FOLKHÄLSOARBETET**

|                                                                               |            |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>16 Individens och samhällets ansvar för hälsan .....</b>                   | <b>555</b> |
| 16.1 Inledning.....                                                           | 555        |
| 16.1.1 Tidigare behandling .....                                              | 555        |
| 16.1.2 Syfte och uppläggning .....                                            | 556        |
| 16.2 Individens och samhällets ansvar – ömsesidig påverkan .....              | 557        |
| 16.3 Motiv för individen och samhället att ta ansvar för hälsan ...           | 559        |
| 16.3.1 Individens motiv .....                                                 | 559        |
| 16.3.2 Samhällets motiv .....                                                 | 560        |
| 16.4 Individens och samhällets differentierade ansvar .....                   | 562        |
| 16.4.1 Livsstil och levnadsvanor .....                                        | 562        |
| 16.4.2 Social miljö.....                                                      | 563        |
| 16.4.3 Relevanta politikområden.....                                          | 564        |
| 16.4.4 Avslutande reflektioner .....                                          | 565        |
| 16.5 Förändringar som kan påverka ansvarsfördelningen i<br>framtiden.....     | 566        |
| 16.5.1 Den demografiska utvecklingen .....                                    | 566        |
| 16.5.2 Ett mer heterogent samhälle .....                                      | 567        |
| 16.5.3 Den medicinska och tekniska utvecklingen.....                          | 568        |
| 16.5.4 Ökade kunskaper hos individen.....                                     | 569        |
| 16.5.5 Internationaliseringen .....                                           | 569        |
| 16.5.6 Slutsatser.....                                                        | 570        |
| <b>17 Myndigheternas samverkan och ansvar inom<br/>folkhälsoområdet .....</b> | <b>571</b> |
| 17.1 Inledning.....                                                           | 571        |
| 17.2 Aktörernas redovisning av samverkan .....                                | 572        |
| 17.2.1 Områdesövergripande inriktning.....                                    | 572        |
| 17.2.2 Arbetsmiljö .....                                                      | 574        |
| 17.2.3 Arbetsmarknad.....                                                     | 575        |
| 17.2.4 Ekonomisk trygghet.....                                                | 576        |
| 17.2.5 Innemiljö.....                                                         | 576        |
| 17.2.6 Utemiljö .....                                                         | 577        |

|           |                                                                |            |
|-----------|----------------------------------------------------------------|------------|
| 17.2.7    | Tobak .....                                                    | 578        |
| 17.2.8    | Alkohol och narkotika.....                                     | 578        |
| 17.2.9    | Läkemedel.....                                                 | 579        |
| 17.2.10   | Skador .....                                                   | 579        |
| 17.2.11   | Hudcancer .....                                                | 581        |
| 17.2.12   | Mat och matvanor .....                                         | 581        |
| 17.2.13   | Fysisk aktivitet .....                                         | 582        |
| 17.2.14   | Smittskydd.....                                                | 583        |
| 17.2.15   | Barn och ungdom .....                                          | 583        |
| 17.2.16   | Äldre.....                                                     | 583        |
| 17.2.17   | Invandrare .....                                               | 584        |
| 17.3      | Aktörernas syn på ansvarsfördelningen.....                     | 584        |
| 17.3.1    | Arbetsmiljö och arbetsmarknad .....                            | 584        |
| 17.3.2    | Ekonomisk trygghet .....                                       | 587        |
| 17.3.3    | Inne- och utemiljö .....                                       | 587        |
| 17.3.4    | Alkohol.....                                                   | 588        |
| 17.3.5    | Mat, matvanor och fysisk aktivitet.....                        | 589        |
| 17.3.6    | Allergier .....                                                | 590        |
| 17.3.7    | Hudcancer .....                                                | 590        |
| 17.3.8    | Skador .....                                                   | 590        |
| 17.3.9    | Barn och ungdom .....                                          | 593        |
| 17.3.10   | Övriga aktörer .....                                           | 594        |
| 17.4      | Sammanfattning och bedömning av ansvarsfrågan .....            | 595        |
| 17.4.1    | Sammanfattning .....                                           | 595        |
| 17.4.2    | Bedömning.....                                                 | 596        |
| <b>18</b> | <b>En hälsoinriktad hälso- och sjukvård.....</b>               | <b>599</b> |
| 18.1      | Inledning.....                                                 | 599        |
| 18.2      | En hälso- och sjukvård som främjar hälsan.....                 | 600        |
| 18.2.1    | Hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga sjukdom..... | 601        |
| 18.2.2    | Hälso- och sjukvårdens insatser för att främja hälsa .....     | 606        |
| 18.2.3    | Hälso- och sjukvårdens bidrag som kunskaps-givare.....         | 610        |
| 18.2.4    | Samhällsmedicin som strategisk resurs.....                     | 610        |
| 18.2.5    | Förtydligat samarbetsansvar .....                              | 613        |
| 18.3      | Hinder och möjligheter.....                                    | 613        |
| 18.3.1    | Hinder.....                                                    | 613        |
| 18.3.2    | Möjligheter.....                                               | 614        |

|           |                                                                                             |            |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 18.4      | Bedömning.....                                                                              | 616        |
| 18.4.1    | Hälso- och sjukvårdens roll för folkhälsan.....                                             | 616        |
| 18.4.2    | Viktiga åtgärder .....                                                                      | 620        |
| <b>19</b> | <b>Ett stärkt kommunalt folkhälsoperspektiv .....</b>                                       | <b>625</b> |
| 19.1      | Inledning.....                                                                              | 625        |
| 19.1.1    | Engagemanget för folkhälsofrågor har ökat .....                                             | 625        |
| 19.1.2    | Innehåll och syfte.....                                                                     | 626        |
| 19.2      | Vad vill kommunerna prioritera? .....                                                       | 627        |
| 19.2.1    | Viktiga målområden .....                                                                    | 627        |
| 19.2.2    | Sjukdomar och skador .....                                                                  | 629        |
| 19.2.3    | Målgrupper .....                                                                            | 629        |
| 19.3      | Att stärka kommunernas förutsättningar – enkätsvar från<br>engagerade kommunpolitiker ..... | 630        |
| 19.3.1    | Att stärka det kommunala folkhälsoperspektivet<br>(fråga 1) .....                           | 631        |
| 19.3.2    | Prioriterade områden och åtgärder (fråga 2 och 3)...                                        | 631        |
| 19.3.3    | Kommunernas behov av stöd (fråga 4).....                                                    | 632        |
| 19.4      | Perspektiv på kommunernas folkhälsoupdrag.....                                              | 633        |
| 19.4.1    | Samverkan .....                                                                             | 633        |
| 19.4.2    | Styrning.....                                                                               | 635        |
| 19.4.3    | Kunskapsutveckling.....                                                                     | 636        |
| 19.4.4    | Utbildning och kompetensutveckling .....                                                    | 637        |
| 19.4.5    | Resurstillskott .....                                                                       | 637        |
| 19.4.6    | Nätverkens betydelse .....                                                                  | 637        |
| 19.5      | Bedömning.....                                                                              | 639        |
| <b>20</b> | <b>Folkrörelsernas och andra organisationers påverkan på<br/>hälsan .....</b>               | <b>643</b> |
| 20.1      | Inledning.....                                                                              | 643        |
| 20.1.1    | Utgångspunkter och syfte .....                                                              | 643        |
| 20.2      | Intresseorganisationer som förmedlare av olika gruppers<br>behov .....                      | 645        |
| 20.2.1    | Äldres organisationer.....                                                                  | 645        |
| 20.2.2    | Funktionshindrades organisationer.....                                                      | 645        |
| 20.2.3    | Barns och ungdomars organisationer .....                                                    | 646        |
| 20.2.4    | Etniska minoriteter och invandrarorganisationer .....                                       | 647        |
| 20.2.5    | Kvinnoorganisationer .....                                                                  | 648        |
| 20.2.6    | Homo- och bisexuellas organisationer .....                                                  | 648        |
| 20.3      | Folkrörelsernas och andra föreningars roll i folkhälso-<br>arbetet .....                    | 649        |
| 20.3.1    | Principiella utgångspunkter .....                                                           | 649        |

|           |                                                                                           |            |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 20.3.2    | Det civila samhällets organisationer som skyddsnät .....                                  | 650        |
| 20.3.3    | ”Från röst till service” .....                                                            | 651        |
| 20.4      | Civilsamhällets organisationer som hälsofrämjande arena ...                               | 652        |
| 20.4.1    | Överbryggande och sammanhållande socialt kapital .....                                    | 653        |
| 20.4.2    | Socialt kapital och hälsa .....                                                           | 654        |
| 20.4.3    | Föreningslivet – en hälsofrämjande arena för alla ...                                     | 655        |
| 20.4.4    | Det sociala kapitalets betydelse för vissa grupper....                                    | 657        |
| 20.4.5    | Socialt kapital i Sverige .....                                                           | 657        |
| 20.5      | Bedömning.....                                                                            | 658        |
| 20.5.1    | Intresseorganisationer som förmedlare av olika gruppers behov .....                       | 659        |
| 20.5.2    | Föreningar och folkrörelser som aktörer i hälsoarbetet .....                              | 659        |
| 20.5.3    | Föreningslivet som en hälsofrämjande arena .....                                          | 660        |
| <b>21</b> | <b>Folkbildningens betydelse för hälsan.....</b>                                          | <b>661</b> |
| 21.1      | Bakgrund .....                                                                            | 661        |
| 21.2      | Folkbildningens utveckling och roll.....                                                  | 661        |
| 21.2.1    | Bildningsbegreppet – den historiska bakgrunden....                                        | 661        |
| 21.2.2    | Grundläggande begrepp idag.....                                                           | 662        |
| 21.2.3    | Folkbildningens utveckling i stort .....                                                  | 663        |
| 21.2.4    | Exempel på projekt med folkhälsoinriktning .....                                          | 664        |
| 21.2.5    | Folkbildningsorganisationernas egna program-<br>arbeten .....                             | 665        |
| 21.2.6    | Folkbildningens roll i vuxenutbildningen.....                                             | 666        |
| 21.2.7    | Olika målgrupper .....                                                                    | 668        |
| 21.2.8    | Folkbildningens organisatoriska roll i folkhälso-<br>arbetet .....                        | 669        |
| 21.3      | Bildning som friskfaktor – folkbildningens strategiska<br>roll för folkhälsoarbetet ..... | 669        |
| 21.3.1    | Att nå människors tillit – en fråga om tillit till<br>bildning .....                      | 670        |
| 21.3.2    | Vägen till kritiskt tänkande.....                                                         | 670        |
| 21.3.3    | Engagemang som friskfaktor .....                                                          | 670        |
| 21.3.4    | Bildning och hälsa .....                                                                  | 672        |
| 21.4      | Mål för den lokala nivån – folkbildningens betydelse .....                                | 673        |
| 21.4.1    | Mötesplatsens betydelse .....                                                             | 673        |
| 21.5      | Beredskap att möta nya utmaningar .....                                                   | 674        |
| 21.5.1    | HUGO.....                                                                                 | 674        |
| 21.5.2    | Vem äger kroppen – synen på individen .....                                               | 675        |

|                                                                    |                                                                                    |            |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 21.5.3                                                             | Utan hållbar utveckling minskar utrymmet för människors hälsa.....                 | 676        |
| 21.6                                                               | Bedömning.....                                                                     | 676        |
| <b>22</b>                                                          | <b>Styrning och samordning av folkhälsoarbetet .....</b>                           | <b>679</b> |
| 22.1                                                               | Inledning.....                                                                     | 679        |
| 22.2                                                               | Förutsättningar för folkhälsostrategin att slå igenom.....                         | 680        |
| 22.2.1                                                             | Legitimitet – sakligt och politiskt.....                                           | 680        |
| 22.2.2                                                             | Styrmedel.....                                                                     | 681        |
| 22.3                                                               | En skiss till genomförande av den nationella folkhälsostrategin .....              | 682        |
| 22.3.1                                                             | Statlig regelstyrning.....                                                         | 682        |
| 22.3.2                                                             | Kunskaps- och informationsstyrning.....                                            | 686        |
| 22.3.3                                                             | Ekonomisk styrning.....                                                            | 687        |
| 22.3.4                                                             | Utbildning.....                                                                    | 688        |
| 22.3.5                                                             | Uppföljning och utvärdering .....                                                  | 688        |
| 22.3.6                                                             | Mekanismer för stöd och samordning i vissa fall.....                               | 690        |
| 22.4                                                               | Bedömning.....                                                                     | 691        |
| <br><b>DEL 5 – METODER OCH UTVECKLINGSBEHOV I FOLKHÄLSOARBETET</b> |                                                                                    |            |
| <b>23</b>                                                          | <b>Att mäta folkhälsans bestämningsfaktorer, konsekvenser och fördelning .....</b> | <b>695</b> |
| 23.1                                                               | Att mäta ohälsans bestämningsfaktorer.....                                         | 695        |
| 23.2                                                               | Att mäta ohälsan och dess konsekvenser.....                                        | 697        |
| 23.3                                                               | Att mäta ohälsans fördelning.....                                                  | 703        |
| 23.4                                                               | Bedömning.....                                                                     | 705        |
| <b>24</b>                                                          | <b>Välfärdsbokslut och HKB.....</b>                                                | <b>707</b> |
| 24.1                                                               | Inledning.....                                                                     | 707        |
| 24.2                                                               | Välfärdsbokslut .....                                                              | 708        |
| 24.2.1                                                             | Syftet med projektet lokala välfärdsbokslut .....                                  | 708        |
| 24.2.2                                                             | Kriterier för nyckeltalen .....                                                    | 710        |
| 24.2.3                                                             | Erfarenheter från projektkommunerna .....                                          | 712        |
| 24.3                                                               | Hälsokonsekvensbeskrivningar/bedömningar .....                                     | 712        |
| 24.3.1                                                             | Konsekvensbeskrivningar.....                                                       | 712        |
| 24.3.2                                                             | Hälsokonsekvensbeskrivningar .....                                                 | 714        |
| 24.3.3                                                             | HKB i ett internationellt perspektiv .....                                         | 714        |
| 24.3.4                                                             | Exempel på hälsokonsekvensbedömningar .....                                        | 715        |
| 24.3.5                                                             | Hälsokonsekvensbeskrivningar på lokal och regional nivå .....                      | 717        |

|           |                                                                                                               |            |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 24.3.6    | Utveckling av ett verktyg för hälsokonsekvensbeskrivningar .....                                              | 718        |
| 24.3.7    | Erfarenheter av hälsokonsekvensbeskrivningar .....                                                            | 720        |
| 24.3.8    | Internationellt erfarenhetsutbyte .....                                                                       | 721        |
| 24.4      | Fortsatt utvecklingsarbete .....                                                                              | 722        |
| <b>25</b> | <b>Ekonomisk analys av folkhälsoinsatser .....</b>                                                            | <b>723</b> |
| 25.1      | Inledning .....                                                                                               | 723        |
| 25.2      | Samhällsekonomiska kostnader för ohälsan .....                                                                | 725        |
| 25.2.1    | Inledning .....                                                                                               | 725        |
| 25.2.2    | Aktuella sjukförsäkringskostnader .....                                                                       | 726        |
| 25.2.3    | Läkemedelskostnader .....                                                                                     | 727        |
| 25.3      | Ekonomisk analys av folkhälsoinsatser .....                                                                   | 728        |
| 25.3.1    | Hur kan effekterna mätas? .....                                                                               | 728        |
| 25.3.2    | Ekonomiska utvärderingsmetoder .....                                                                          | 729        |
| 25.3.3    | Lönar det sig alltid att satsa ytterligare resurser på förbättringar? – en fråga om nytta på marginalen ..... | 730        |
| 25.3.4    | Är det svårare att utvärdera folkhälsoarbete än sjukvård? .....                                               | 731        |
| 25.4      | Vad vet vi om kostnadseffektiviteten i folkhälsoinsatser? – inventering av genomförda studier .....           | 731        |
| 25.4.1    | Strategier för att identifiera studier .....                                                                  | 732        |
| 25.4.2    | Resultat av litteratursökning .....                                                                           | 733        |
| 25.4.3    | Slutsatser .....                                                                                              | 744        |
| 25.5      | Kommitténs mål och åtgärder – några synpunkter med avseende på en ekonomisk analys .....                      | 744        |
| 25.6      | Incitament i folkhälsopolitiken .....                                                                         | 745        |
| 25.6.1    | Vissa problem från incitamentssynpunkt .....                                                                  | 746        |
| 25.6.2    | Ökade möjligheter genom förbättring av infrastrukturen för folkhälsoarbete .....                              | 749        |
| 25.7      | Bedömning .....                                                                                               | 750        |
| <b>26</b> | <b>Kunskaps- och forskningsbehov .....</b>                                                                    | <b>753</b> |
| 26.1      | Inledning .....                                                                                               | 753        |
| 26.2      | Folkhälsoforskningens struktur .....                                                                          | 754        |
| 26.2.1    | Universitet, högskolor och sektorsforskningsorgan .....                                                       | 754        |
| 26.2.2    | Finansiärer av folkhälsoforskning .....                                                                       | 755        |
| 26.2.3    | Folkhälsoforskningens ekonomiska omfattning .....                                                             | 757        |
| 26.3      | Kunskaps- och forskningsbehov .....                                                                           | 758        |
| 26.3.1    | Kost och fysisk aktivitet .....                                                                               | 764        |

|                                               |                                                                               |            |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 26.4                                          | Bedömning.....                                                                | 771        |
| 26.4.1                                        | Satsning på regionala utvecklingscentra.....                                  | 772        |
| 26.4.2                                        | Sammanfattning av kunskapsbehov.....                                          | 773        |
| 26.4.3                                        | Åtgärder .....                                                                | 776        |
| <b>27</b>                                     | <b>Behovet av folkhälsovetenskaplig utbildning.....</b>                       | <b>779</b> |
| 27.1                                          | Inledning.....                                                                | 779        |
| 27.2                                          | Kompetensbehov hos Folkhälsoinstitutet och andra statliga myndigheter .....   | 780        |
| 27.3                                          | Kompetensbehov hos kommunerna.....                                            | 781        |
| 27.4                                          | Hälso- och sjukvårdens roll och behov av folkhälsovetenskaplig kompetens..... | 781        |
| 27.5                                          | Utbildningen i folkhälsovetenskap .....                                       | 784        |
| 27.6                                          | Bedömning.....                                                                | 785        |
| <b>28</b>                                     | <b>Saklig hälsoinformation .....</b>                                          | <b>787</b> |
| 28.1                                          | Inledning.....                                                                | 787        |
| 28.2                                          | Saklig hälsoinformation – några principiella synpunkter.....                  | 788        |
| 28.3                                          | Kanaler för hälsoinformation .....                                            | 791        |
| 28.4                                          | Bedömning.....                                                                | 795        |
| <br><b>DEL 6 – MEDVERKANDE OCH TRYCKSAKER</b> |                                                                               |            |
| <b>29</b>                                     | <b>Medverkande och trycksaker .....</b>                                       | <b>799</b> |
| 29.1                                          | Inledning.....                                                                | 799        |
| 29.2                                          | Nationella folkhälsokommitténs sammansättning.....                            | 799        |
| 29.3                                          | Personer som har biträtt sekretariatet vid utarbetande av bilagedelen.....    | 801        |
| 29.4                                          | Tidigare betänkanden och remissammanställning.....                            | 802        |
| 29.5                                          | Underlagsrapporter och arbetsgrupper .....                                    | 803        |
| 29.6                                          | Debattskrifter och medverkande.....                                           | 806        |

## DEL 1 – REMISSINSTANSERNAS SYNPUNKTER PÅ SOU 1999:137

# 1 Remissinstansernas synpunkter på kommitténs preliminära nationella strategi och diskussionsfrågor i SOU 1999:137<sup>1</sup>

## 1.1 Allmänna synpunkter

### 1.1.1 Antal remissinstanser

I direktiven för Nationella folkhälsokommitténs uppdrag understryks det att kommittén bör sträva efter en bred ansats där alla samhällssektorer vilkas verksamhet är av väsentlig betydelse för folkhälsan, beaktas vid probleminventeringen och formuleringen av mål. Kommittén skall sträva efter en bred samverkan med aktörer inom stat, landsting, kommuner, folkrörelser, näringsliv, forskning och intresseföreningar. I denna samverkan ingår, framhålls det i direktiven, att fortlöpande pröva olika förslag till nationella hälsomål i en bred dialog med berörda insatser. Som ett led i denna dialog sände kommittén i egen regi sitt andra betänkande på remiss till 369 instanser varav 209 svarat. Det första delbetänkandet, Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1998:43), sände kommittén ut till 509 remissinstanser varv 213 svarade.

Remissinstanserna är följande med antal svarande angivna inom parentes: 41 (38) myndigheter, 12 (8) Universitet och högskolor med folkhälsovetenskaplig utbildning, 3 (3) länsstyrelser, 21 (21) landsting och Landstingsförbundet, 7 (3) länsvisa kommunförbund och Svenska Kommunförbundet, 49 (40) kommuner, 2 (2) arbetsgivarorganisationer, 2 (2) bostadsintressenter, 23 (16) fackliga organisationer och yrkesföreningar, 13 (8) organisationer inom alkohol- och drogområdet, 22 (2) organisationer inom området barn och ungdom, 12 (5) bildnings-

<sup>1</sup> Redovisningen i kapitlet bygger på en sammanställning som utredare Anna Swift Johannisson, Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting har gjort på uppdrag av kommitténs sekretariat. Även de remissammanställningar som redovisas i del 3 av bilagedelen bygger på den sammanställningen.

förbund, 61 (20) handikapporganisationer, 7 (4) organisationer inom idrott och motion, 12 (2) invandrarorganisationer och SIOS – Samarbetsorgan för invandrarorganisationer i Sverige, 14 (6) organisationer inom kostområdet, 21 (6) kvinnoorganisationer, 5 (3) pensionärsorganisationer, 9 (6) organisationer inom tobaksområdet, 1 (1) organisationer för sexuell upplysning, 1 (1) organisationer för sexuellt likaberättigande, 15 (6) organisationer/nätverk för lokalt och regionalt folkhälsoarbete, 3 (1), skugggrupper i kommittéarbetet, övriga 13 (5). Därutöver inkom 39 svar från instanser som inte fått betänkandet på remiss, däribland Örebro universitet, Hälsohögskolan i Jönköping, Stockholms universitet, Sveriges Försäkringsförbund, Cancerfonden och Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk hälsa, Norrtälje kommun, Finspångs kommun och IOGT-NTO juniorförbund.

### 1.1.2 Avgränsning av redovisningen i kapitlet

I detta kapitel redovisas en del av remissinstansernas synpunkter, nämligen de som är av övergripande natur och som berör delbetänkandets kapitel 2 om etiska utgångspunkter och prioriteringskriterier, kapitel 3 om kommitténs preliminära vision, övergripande strategier och hälso-politiska mål samt kapitel 12 där kommittén redovisar ett antal frågor som har relevans för det fortsatta utredningsarbetet. Remissinstansernas synpunkter på kapitlen 4-11 redovisas i del 3 som behandlar uppdateringar av delbetänkandets olika sakkapitel.

### 1.1.3 Övergripande synpunkter

Kommittén får beröm för sitt processinriktade arbetssätt och betänkandet karaktäriseras som omfattande, välskrivet, ambitiöst och handgripligt. *Arbetskyddsstyrelsen* anser att betänkandet utgör en imponerande kunskapsöversikt. Även *Regionstyrelsen i Region Skåne* menar att betänkandet utgör en värdefull kunskapsgenomgång inom folkhälsoområdet med fokus på hälsans bestämningsfaktorer. Styrelsen anser att det är betydelsefullt att folkhälsan ses som ett gemensamt ansvar, att fokuseringen riktas mot livsvillkoren och att målen konkretiseras bra med övergripande strategier av väsentlig betydelse för hälsopolitiken. *Barnombudsmannen* anser att betänkandet är mycket "gediget och innehållsrikt som sammanfattar aktuell kunskap och forskning". *Folkhälsoinstitutet* pekar på att kommitténs arbete utgör "ett viktigt steg mot en syn på folkhälsa som integrerar politiska beslut på flera nivåer med ett professionellt folkhälsoarbete" *Kommunförbun-*

det i Värmland menar att betänkandet utgör "ett omfattande material med övergripande strategier som på ett "handgripligt" sätt behandlar orsakerna till skillnader i hälsa, samt hur ohälsa kan förebyggas".

Flertalet remissinstanser ställer sig överlag bakom kommitténs förslag. Visionen om hälsa anses av flertalet instanser som bra, medan vissa pekar på att den till vis del är orealistisk. Vision, strategier och mål bör få en tydligare struktur och prioriteras. Dessutom bör målen skrivas i positiva termer och målformuleringar korrespondera med redan existerande mål inom andra områden. Detta påpekas av flera instanser.

Majoriteten av remissinstanserna anser att begreppet hälsa bör tydliggöras. Flertalet instanser menar att ambitionen att snäva in hälsobegreppet är riktig. Vissa remissinstanser anser att genomförandestrategier, tydliga ansvarsgränser och samhällsekonomiska konsekvenser bör belysas. Flera instanser saknar ett genderperspektiv och ett barnperspektiv. Kvinnors hälsa bör enligt vissa remissinstanser uppmärksammas i högre omfattning. Dessutom bör skolan som arbetsplats och arena uppmärksammas. Koppling mellan boendepolitik/stadsplanering och folkhälsa bör på ett tydligare sätt framgå i förslagen till mål. Sjukvårdens roll anses vara mycket viktig. Några remissinstanser saknar mål för en förbättrad tandhälsa i befolkningen. De genetiska aspekterna på hälsa och skillnader i hälsa har enligt vissa instanser fått för litet utrymme. En analys om geografiska skillnader bör få större utrymme i slutbetänkandet. Standardreglerna för handikappade bör genomsyra förslagen. Samordningen av folkhälsoarbetet bör enligt majoriteten av instanserna förbättras. Flera remissinstanser menar att hälsokonsekvensbedömningar (HKB) och välfärdsbokslut utgör viktiga metoder i folkhälsoarbetet. Många remissinstanser anser att det mått på sjukdomsburden i befolkningen (DALY) som kommittén redovisar kan användas, men att det bör utvecklas. Vissa remissinstanser menar att de ej kan ta ställning till DALY. Andra hyser stor tveksamhet till DALY eftersom t.ex. människors funktionsnedsättningar kan uppfattas som bördor för samhället. Många instanser anser att målen bör kopplas till miljömålsutredningens mål och till Agenda 21-arbetet. Ett flertal instanser pekar på att folkhälsovetenskap bör ingå i olika utbildningar. Många instanser anser att slutbetänkandet bör bli ett kortare handlingsprogram med de nationella målen och ansvariga aktörer, resterande sakfrågor bör ingå i ett bilagebetänkande.

En vanligt förekommande synpunkt gäller mångfalden i målsättningar och strategier. Remissinstanserna har svårigheter att se en struktur och ta ställning till vad som är prioriterat bland målen. *Region Skåne* anser att det är svårt att finna en röd tråd mellan vision, övergripande strategier, hälsopolitiska mål och delmål. Vissa instanser efter-

lyser konkreta, mätbara mål och färre antal mål. Andra vill däremot överlämna den typen av målsättning till den lokala nivån, och menar att det är viktigare att statsmakterna lyfter fram en generell inriktning och nationella prioriteringar. Region Skåne konstaterar att det saknas en principiell måldiskussion och att det är oklart hur de nationella målen skall relatera till varandra och till olika nivåer, men förutsätter att indikatorer för folkhälsan utvecklas i syfte att utvärdera framtida insatser.

Behovet av samordning lyfts fram. Från kommunernas sida framhålls att samordning av insatser, såväl inom kommunerna som med andra lokala huvudmän är viktigt för ett fungerande lokalt arbete. Samtidigt pekar flera på behovet av nationell samordning; dvs. att departement, myndigheter och andra nationella organ kan samordna sin verksamhet.

Statskontoret önskar en analys som innefattar såväl en samhällsekonomisk bedömning av målen som en analys av de ekonomiska konsekvenserna för de primära aktörerna, var och en och tillsammans. Valet av åtgärder måste grundas på en bedömning av åtgärdernas kostnadseffektivitet. Därutöver vill Statskontoret att en analys görs av vilka synergieffekter som olika åtgärder kan ha.

## 1.2 Synpunkter på kapitel 2 Etiska utgångspunkter och prioriteringskriterier

Kommittén redovisar i kapitel 2 etiska utgångspunkter och kriterier för prioriteringar som bedöms kunna leda till en hälsopolitik som är effektiv i medlen och jämlik i utfallet. Den svenska social- och hälsopolitiken bygger på en humanistisk människosyn. Sjukdomarnas betydelse för människors möjligheter att välja och påverka sina levnadsvillkor är det avgörande kriteriet för vilka prioriteringar som kan göras när det gäller att påverka människors hälsa. Detta resonemang har betydelse för tre viktiga premisser för kommitténs syn på hälsobegreppet, på fördelningen av sjukdomars orsaker och på balansen mellan effektivitet och jämlikhet i hälsopolitiken.

Ett stort antal remissinstanser har direkt eller indirekt kommenterat betänkandets etiska slutsatser. Det förefaller finnas olika uppfattningar bland remissinstanserna om tolkningen av kommitténs hälsobegrepp. Dessutom råder oenighet om vilken typ av samhälle som krävs för att skapa förutsättningar för en god hälsa. Vissa pläderar för vardagsmakt och inflytande genom förändringar inom den offentliga sektorn framför

allt genom kommunalt demokratiarbete. Andra betonar de socioekonomiska villkoren i högre grad.

### 1.2.1 Hälso- och sjukdomsbegrepp

Flera remissinstanser pekar på behovet av att klargöra och renodla flera begrepp, varav begreppet hälsa är centralt. Förutom begreppet hälsa påpekas att även begrepp som prevention, intervention, hälsofrämjande, stödjande miljö, arena och livsstil bör klargöras. Många remissinstanser anser även att det bör klargöras vad som utgör hälsopolitikens ansvar. Bl.a. bör skillnader mellan välbefinnande, egenrapporterad hälsa och sjukdom tydliggöras.

*Konsortiet för akademisk folkhälsoutbildning och Mälardalens Högskola* anser att det i ett politiskt dokument bör framgå vilka definitioner och begrepp man utgår ifrån. Även *Samhällsmedicinska enheten vid landstinget i Gävle, landstinget i Uppsala och Region Skåne* anser att ett ytterligare förtydligande av definitionen av hälsa vore önskvärt. Ett flertal kommuner konstaterar att det varit svårt att följa kommitténs resonemang omkring hälsobegreppet.

Majoriteten av remissinstanserna anser att kommitténs bedömning att strama upp hälsobegreppet är riktig men att ytterligare uppstramning behövs. Ett stort antal remissinstanser uppfattar den insnävning som kommittén valt som positiv. Däribland återfinns *Arbetskyddsstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering* och ett stort antal kommuner. Vissa instanser som *Helsingborgs kommun* är motståndare till att strama upp begreppet. De tycker att folkhälsoarbete måste utgå från helheten och ett salutogent angreppssätt.

*Sundsvalls kommun* anser att det är tveksamt om kommittén lyckats avgränsa hälsobegreppet och efterlyser en formulering av begreppet hälsa som innebär att samhället och den enskilde kan känna igen sig och önskar något mer lättbegripligt. Kommunen anser att resonemanget om övergripande samhällsförändringar och dess betydelse för folkhälsoutvecklingen inte följer ur kommitténs hälsodefinition.

*Hälsouniversitetet i Linköping* anser att synen på hälsa är en av betänkandets viktigaste frågor och att kommittén skulle ha valt ett holistiskt hälsobegrepp. Även *Jämtlands läns landsting* anser att det är fel att snäva in hälsobegreppet. I stället borde kommittén ha använt sig av det dynamiska begrepp som utvecklats i Ottawa-deklarationen, och som fokuserar på delaktighet och underifrånperspektiv. *Helsingborgs kommun* är inne på liknande tankegångar och förordar ett helhetsperspektiv och ett salutogent angreppssätt. *Socialstyrelsen* önskar en ökad tydlighet när det gäller innebörden av målsättningen "en god

hälsa för alla och på lika villkor”. *Medicinska forskningsrådet* konstaterar att vissa sjukdomstillstånd ej kan inordnas i kommitténs definition av ohälsa, dvs. de symptom som människor själva rapporterar. Rådet påpekar att det finns åtskilliga sjukdomstillstånd, bl.a. osteoporos som löper långt utan att individen själv noterar detta.

*Luleå kommun* ställer sig bakom den ”begränsning av det vida hälsobegreppet”, som de anser att kommittén gör. Samtidigt säger kommunen att ”en begränsning av hälsobegreppet får inte innebära en förändring i helhetssynen på miljö- och hälsofrågor som håller på att växa fram i landet.”

### 1.2.2 Relationen mellan välfärdspolitik och hälsopolitik

Flera remissinstanser finner det svårt att förstå kommitténs resonemang om skillnaderna mellan välfärdspolitik och hälsopolitik. *Samhällsmedicinska institutionen vid Lunds universitet* menar att initiativet att lyfta fram övergripande strategier för ett hälsovänligt samhälle är synnerligen lovvärt och konstruktivt, men samtidigt är det paradoxalt nog en av utredningens potentiella svagheter. Denna svaghet har att göra med att det kan vara svårt att separera folkhälsoaspekterna från den allmänpolitiska processen. Institutionen menar att folkhälspolitik och folkhälsoarbetet riskerar att förlora sin legitimitet genom detta förhållningssätt genom att man kan uppfatta en god allmänpolitik och en folkhälspolitik som samma sak. *Nordiska hälsovårdshögskolan* hävdar att det finns ett starkt samband mellan socioekonomisk tillhörighet och hälsa. ”Det är därför fel, att som utredningen gör, hänvisa hela begreppet livskvalitet, som inte har en orsaksrelation till sjukdom, till den bredare välfärdspolitik. Gränsen mellan livskvalitet och upplevd ohälsa å ena sidan och livskvalitet i bredare bemärkelse är inte skarp.” Högskolan menar att detta talar emot den avgränsning av begreppet som kommittén önskar göra.

### 1.2.3 Individens respektive samhällets ansvar

Flera remissinstanser anser att frågan om individens respektive samhällets ansvar är allt för summariskt behandlad, och bör klargöras i slutbetänkandet. *Folkhälsoinstitutet* uppmärksammar de nya förutsättningar som det framväxande informationssamhället skapar och betonar människors rätt till saklig information utan inflytande från marknadskrafterna. Institutet pekar dessutom på att samhället bör medverka

till att skapa förutsättningar för en god hälsa. Även *Umeå universitet* menar att den etiska avvägningen mellan individens och kollektivets ansvar borde ha tydliggjorts. *Jämtlands läns landsting* anser att samhället tydligare bör styra mot viktiga hälsopolitiska mål, och att samhället har ett stort ansvar när det gäller att skapa goda förutsättningar för hälsa. I motsats till Jämtlands läns landsting konstaterar *Svenska arbetsgivareföreningen* att den enskilde individens grundläggande ansvar för sin egen hälsa försvinner i betänkandets senare del. Föreningen tolkar detta som ett uttryck för paternalism. *Moderata Kvinnoförbundet* är inne på liknande tankegångar och förordar att kommittén ägnar mer kraft åt respekten för individen och dennes hälsa.

#### 1.2.4 Utsatta grupper

*Socialstyrelsen* efterlyser en diskussion om problemet att peka ut vissa grupper i befolkningen som utsatta. *Barnombudsmannen* anser att det är nödvändigt att fokusera på utsatta grupper, vilket starkt betonas i barnkonventionen för att skapa samhälleliga förändringar som främjar jämlikhet i hälsa. *Föreningen Verdandi* menar att folkhälsoarbetet hittills, i huvudsak appellerat till mer etablerade grupper. Sociala och ekonomiska villkor för de sämst ställda måste enligt föreningen förbättras.

*Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning* (HomO) påpekar att kommittén i det närmaste helt och hållet ignorerat homo- och bisexuellas hälsa. Ombudsmannen efterlyser "en konsekvent inkluderande och tydligt läsbar hållning" också till den sexuella läggningens betydelse för folkhälsan i alla avsnitt i betänkandet. Även *RFSU* instämmer i HomO:s kritik och finner det anmärkningsvärt att kommittén i det närmaste totalt negligerat homo- och bisexuellas livsvillkor.

#### 1.2.5 Genderperspektiv och barnperspektiv

Många remissinstanser efterlyser ett genderperspektiv (genusperspektiv), däribland flera myndigheter, landsting, kommuner och intresseorganisationer. *Folkhälsoinstitutet* önskar ett genderperspektiv som särskilt lyfter fram kvinnors hälsa. "Mäns hälsa har varit norm såväl inom forskning som inom sjukvård och i förebyggande folkhälsoarbete. Däremot har hälsoproblem som främst drabbar kvinnor ... uppmärksammas i betydligt mindre grad. ... Avstår man från att beskriva hälsoproblem från ett systematiskt genderperspektiv finns det

en allvarlig risk att man fortsätter att prioritera mäns hälsa.” *RFSU* vill att mansfrågan beaktas i högre utsträckning ur ett hälsoperspektiv.

*Jämställdhetsombudsmannen* konstaterar att ett jämställdhetsperspektiv saknas. Enligt ombudsmannen hade det varit angeläget med en analys beträffande mål och strategier som behandlade jämställdhetsperspektivet. Även *Riksföreningen för kvinno- och tjejjourer i Sverige (ROKS)* anser att betänkandet i allt väsentligt saknar ett könsmakts- och jämställdhetsperspektiv.

En del remissinstanser, däribland *Barnombudsmannen* och *Folkhälsoinstitutet* uttrycker belåtenhet med att barns och ungdomars hälsa synliggörs i betänkandet, men önskar att barnperspektivet utvecklas i slutbetänkandet.

### 1.3 Synpunkter på kapitel 3 Vision, övergripande strategier och hälsopolitiska mål för en bättre och jämlik hälsa

#### 1.3.1 Kommitténs vision för ett hälsovänligt samhälle

Det övervägande intrycket är att remissinstanserna i stort är positiva till kommitténs ansats till nationell strategi. Flera instanser anser att de föreslagna visionerna och strategierna är väl avvägda. *Region Skåne* anser att de övergripande strategierna är väl valda och stämmer väl med vad som kan anses vara grundläggande förutsättningar för ett gott liv. Landstinget Sörmland ser det som ett riktigt beslut att utgå från hälsans bestämningsfaktorer istället för ett riskfaktor- eller sjukdomsperspektiv. Det valda angreppssättet tydliggör att folkhälsofrågorna till stor del är allmänpolitiska och integreras i många olika sektorerers ansvarsområden för en genomgripande bestående effekt. Det är främst kommuner och landsting som välkomnar betänkandets vision och strategier. De är nöjda med att ett tydligt fokus sätts på ojämlikhet och att fokus förflyttas från att arbeta mot sjukdomar till ett bredare hälsoinriktat arbete som bygger på samverkan. *Örnsköldsviks kommun* anser att det är ett bra upplägg som lätt kan överföras lokalt. Många lokala aktörer – kommuner, landsting och föreningar – anser att de nationella målen kommer att skapa en viktig legitimitet åt ett lokalt förankrat arbete. Dock finns det ett stort antal synpunkter på enskilda strategier.

*Nordiska hälsovårdshögskolan*, *Barnombudsmannen*, *LO* och *Svensk epidemiologisk förening* lyfter i sitt yttrande fram att strate-

gierna är väl underbyggda, men *Nordiska hälsovårdshögskolan* saknar en strategi om ökat medborgarinflytande över lokala beslut. Även *Hel-singborgs stad* saknar ett medborgarperspektiv och det individuella initiativet i de nationella strategierna och målen. *Kommunförbundet i Värmland* och *Österåkers kommun*, vill lämna stort utrymme till lokala lösningar.

*Socialstyrelsen* anser att det råder en viss begreppsförvirring vad avser mål, strategier, förslag och åtgärder. Denna åsikt framförs även av *Svenska läkaresällskapet*, liksom av *Nätverken för folkhälsoarbete i Större och Medelstora städer*, och enskilda kommuner. *Göteborgs kommun* anser att tiden fram till år 2010 förefaller väl kort för att målen skall kunna visa på något resultat. *Institute for Tobacco Studies* anser att de mål som behandlar tobaksfrågorna måste få en längre framförhållning än till år 2010. *Föreningen Sveriges Socialchefer* ställer sig bakom visionen, men betonar behovet av helhetssyn och önskar färre mål. Denna uppfattning delas av enskilda kommuner.

*Socialstyrelsen* anser vidare att kommittén borde ha övervägt framkomligheten med målstyrning visavi alternativa styrmedel och incitament. Även *Jämtlands läns landsting* efterlyser en diskussion av styrmedel och styrmodeller.

*Sveriges läkarförbund* menar att "den övergripande visionen är mycket allmänt hållen och inte bindande för samhället och att ett stort ansvar läggs på individen." *Räddningsverket* konstaterar att folkhälsa är det övergripande målet för samhället. Verket anser däremot att en god hälsa är ett av flera mål för individerna.

*Kommun- och landstingsförbunden* anser att detaljeringsnivån på målen är alltför hög och att målen bättre bör integreras i de olika politikområdena. Även *Kommunförbundet i Örebro län* efterlyser en enklare struktur, och menar att kommunerna redan idag arbetar med flera av målsättningarna. En integration med exempelvis plan- och bygglagsstiftning och miljöbalk efterlyses. Även *Arbetsmarknadsstyrelsen* finner det angeläget att målbeskrivningar och indikatorer är gemensamma för samhället i stort så att det inte utformas parallella mål för folkhälsoarbetet och för övriga politikområden.

*Boverket* anser att målen på ett tydligare sätt bör markera betydelsen av delaktighet, dvs. att delaktighet kan betraktas som ett överordnat mål eller som ett medel för att uppnå andra sociala aspekter på ett gott vardagsliv.

*Riksidrottsförbundet* anser att frågorna omkring kost och motion borde ha lyfts fram ännu tydligare i den nationella strategin, framför allt vad gäller nyttan av regelbunden motion. Även *Korpen* har liknande tankegångar och hävdar att människors möjlighet till regelbunden motion bör göras till en övergripande strategi. *Barnombudsmannen*

önskar dock att den andra och tredje övergripande strategin utökas till att även omfatta skolan. *IOGT-NTO:s juniorförbund* saknar en övergripande strategi för barns och ungdomars inflytande i samhället, något som de menar skulle ligga i linje med FN:s barnkonvention.

*Kriminalvårdsstyrelsen* hävdar att flera av de övergripande strategierna skulle, om de realiserats, i hög grad komma att påverka levnadsvillkoren för kriminalvårdens klienter. Olika insatser som vidtas i syfte att förbättra folkhälsan och levnadsförhållandena anser styrelsen vara särskilt värdefulla för att uppnå en bättre hälsa hos fängelsepopulationen.

Några myndigheter, däribland *Folkhälsoinstitutet*, *Barnombudsmannen*, *Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO)*, föreslår ytterligare mål. *Folkhälsoinstitutet* föreslår ett nytt huvudmål; "Alla skall ges likvärdiga och goda förutsättningar att skydda sig mot smittsamma sjukdomar". *(DO)* föreslår ett nytt mål; "att etnisk diskriminering inte skall förekomma inom något samhällsområde". *DO* föreslår också att mål utformas för nationella minoriteter, i synnerhet samer och romer. *Barnombudsmannen* föreslår att ett särskilt mål bör formuleras kring mobbning, trakasserier och våld i skolan och att särskilda satsningar görs för att minska självmordsförsök bland barn och ungdomar.

### 1.3.2 Övergripande strategier och hälsopolitiska mål

#### Strategi 1 – Stärk den sociala gemenskapen och solidariteten i samhället

*SIOS – Samarbetsorgan för invandrarorganisationer i Sverige* vill lägga till mångfalden i målformuleringen. *Sveriges läkarförbund* anser att social gemenskap och solidaritet har en svag koppling till hälsa. *Folkhälsoinstitutet* anser att formuleringen bör kompletteras med följande; "öka förutsättningarna för en mer jämlik hälsa bland olika sociala och etniska grupper". *Hjärt- och lungsjukas riksförbund* menar att strategin bör kompletteras med ett mål som framhåller vikten av att ägna sig åt organiserat föreningsliv. *Jämtlands läns landsting* vill fästa uppmärksamheten på områden i glesbygden som är utsatta från hälso-synpunkt.

*Mål 1. Ökade inkomstklyftor bör motverkas*

*Linköpings kommun* föreslår att målet omformuleras till "inkomstklyftorna skall minska". *Folkhälsoinstitutet* menar att detta är ett

mycket viktigt mål, men att det bör tydliggöras för att undvika legitimitetsproblem och anser att det är svårt att få den ekonomiska politiken att underordna sig folkhälsopolitiken.

*Mål 3. Långvarigt socialbidragstagande och hemlöshet måste brytas*

*Folkhälsoinstitutet* anser att detta mål har hög relevans, eftersom det berör hur hälsan för de mest utsatta kan förbättras, medan *Linköpings kommun* ifrågasätter om hemlöshet är ett mått på social gemenskap.

*Mål 4. Minskad politisk marginalisering*

*Barnombudsmannen* vill i detta sammanhang lyfta fram barns och ungdomars rätt till och behov av inflytande, bl.a. i de kommunala beslutsprocesserna. Mål och indikatorer bör utarbetas för att mäta förändringar inom detta område, anser ombudsmannen. *Folkhälsoinstitutet* anser att detta mål är viktigt, men att det behandlats alltför ytligt i delbetänkandet.

*Mål 5. Minskad frekvens av självmord*

*Riksorganisationen Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd* och *Folkhälsoinstitutet* välkomnar att suicidproblematiken belyses. *Barnombudsmannen* vill framför allt lyfta fram behovet av att minska frekvensen självmord och självmordsförsök bland unga. *Sveriges läkarförbund* och *Socialvetenskapliga Forskningsrådet* är tveksamma till att självmord kopplas till social gemenskap.

**Strategi 2 – Öka möjligheterna till integration på arbetsmarknaden – och minska utslagningen**

Flera instanser anser att det är viktigt att uppmärksamma integration på arbetsmarknaden.

*Mål 6. Ökad sysselsättning och minskad långtidsarbetslöshet*

*Arbetsmarknadsstyrelsen* anser att det sysselsättningsmål som skall gälla är det som riksdag och regering har fastställt, dvs. att den reguljära sysselsättningen som andel av befolkningen mellan 20 och 64 år skall öka till 80 procent år 2004. För att målet skall nås för alla etniska grupper ställs krav på omfattande och långsiktiga insatser inom en rad olika områden.

*Mål 7. Goda möjligheter till fortbildning, omskolning och vuxenutbildning*

*Hjärt- och lungsjukas förening* anser att målet bör ges tillägget ”för alla”. *Folkhälsoinstitutet* pekar på möjligheterna att inte bara argumentera utifrån perspektivet om ökad utslagning, utan att även lyfta fram möjligheterna att utveckla ett investeringsperspektiv på välfärdsutveckling och livslångt lärande.

**Strategi 3 – Öka människors inflytande och trygghet i arbetslivet**

*Sveriges läkarförbund* efterlyser i samband med denna strategi en diskussion om vad det innebär för hälsan att aldrig över huvud taget komma in på arbetsmarknaden. *Göteborgs kommun* vill i samband med denna strategi lyfta fram kommunernas arbetsgivaransvar för att bidra till en hälsofrämjande arbetsmiljö.

*Mål 8. Psykiska och ergonomiska arbetskrav anpassas till individens förutsättningar. Ökade möjligheter ges till att påverka arbetsvillkoren och att utveckla ny kompetens. Oberoende av anställningsform bör alla ha likvärdiga anställningsförhållanden.*

*Barnombudsmannen* anser att målet även bör inbegripa skolan. Denna åsikt framförs även av *Folkhälsoinstitutet*, som också pekar på utvecklingsarbetet ”hälsofrämjande skola”. Institutet vill lägga till ytterligare en mening i målformuleringen: ”Öka medvetenheten om betydelsen av hälsofrämjande arbetsplatser. ”*Arbetarskyddsstyrelsen* anser att såväl mått som indikatorer för målet är svår användbara.

**Strategi 4 – Öka barnfamiljernas ekonomiska och tidsmässiga utrymme**

*Linköpings kommun* vill att begreppet ”tidsmässigt utrymme” förklaras. *IOGT-NTO:s juniorförbund* konstaterar att denna strategi är fokuserad på föräldrarna, och efterlyser en tydligare inriktning mot barn och ungdomar. *Nätverken för folkhälsoarbete i Stora och Medelstora städer* vill ändra skrivningen till ”Öka barns och föräldrars tid tillsammans”.

*Mål 2. Minskad relativ fattigdom*

*Linköpings kommun* anser att kopplingen mellan detta mål och barnfamiljernas situation bör tydliggöras.

*Mål 8. Psykiska och ergonomiska arbetskrav anpassas till individens förutsättningar. Ökade möjligheter ges till att påverka arbetsvillkoren och att utveckla ny kompetens. Oberoende av anställningsform bör alla ha likvärdiga anställningsförhållanden.*

*Linköpings kommun* anser att kopplingen mellan detta mål och barnfamiljernas situation bör tydliggöras. *Socialhögskolan i Stockholm* uppfattar detta mål som inadekvat, och vill i stället skriva "Ökade möjligheter skall ges till föräldrar med småbarn till flexibel och reducerad arbetstid".

**Strategi 5 – Ge barn och ungdomar likvärdiga förutsättningar i livet genom att minska segregationen och genom kompensatoriska åtgärder**

*IOGT-NTO:s juniorförbund* anser att denna strategi är alldeles för smal. De efterlyser en strategi som tydligt omfattar alla ungdomar.

*Mål 9. Minskad ekonomisk och etnisk boendesegregation och ökade generella kompensationsåtgärder för barn och ungdomar i utsatta områden.*

*Barnombudsmannen* anser att målet är viktigt och bör förstärkas med ett mål för år 2020. Andelen barn som växer upp i utsatta områden bör halveras även under kommande tioårsperiod, anser ombudsmannen. Även *Folkhälsoinstitutet* anser att detta är en viktig åtgärd, men vill förändra indikatorn, eftersom man anser att den inte mäter om segregationen ökar eller minskar. I stället vill institutet formulera indikatorer som kan leda till en positiv utveckling av de förhållanden som kan leda till en positiv utveckling i de bostadsområden som har den största andelen utsatta innevånare. *Nätverken för folkhälsoarbete i Större och Medelstora städer*, liksom *Ånge kommun*, anser att skrivningen bör förtydligas. *Linköpings kommun* vill i stället för "minskad segregation" skriva "ökad integration"

*Mål 10. Alla barn bör ges rätt till utbildning t.o.m. gymnasienivån som anpassats efter deras behov.*

*Barnombudsmannen* efterlyser att detta mål konkretiseras. Bl.a. lyfter ombudsmannen fram språket som ett viktigt verktyg för framgångsrik utbildning. *Folkhälsoinstitutet* anser att målet bör omformuleras till "...utbildning som anpassas efter deras behov till och med gymnasienivån". *Linköpings kommun* menar att målet bör förtydligas och efterlyser en starkare skrivning än "bör".

**Strategi 6 – Ge äldre och personer som är långvarigt sjuka eller funktionshindrade likvärdiga möjligheter till att forma sina liv efter sina behov**

*Folkhälsoinstitutet*, *Nätverken för folkhälsoarbete i Större och Medelstora städer* och några kommuner menar att det inte är funktionellt att behandla alla äldre och långvarigt sjuka i samma mål, eftersom det handlar om insatser från olika verksamheter. *Socialhögskolan i Stockholm* önskar dessutom att det hälsofrämjande arbetet tydligt prioriteras i målet. *Synskadades Riksförbund* föreslår ytterligare ett mål under denna strategi som handlar om möjligheten att forma sitt liv efter sina egna behov, och att få hjälp och stöd av hemtjänst eller annan personlig service.

*Mål 11. Ökade möjligheter till social gemenskap och meningsfull sysselsättning.*

*Hjärt- och lungsjukas förening* vill ändra formuleringen till att lyda: "Ökade möjligheter till trygghet, social gemenskap, meningsfull sysselsättning och arbete." *Folkhälsoinstitutet* anser att det bör tydliggöras att social gemenskap och meningsfull sysselsättning är viktiga även för personer som fyllt 65 år.

*Mål 12. Alla äldre och långvarigt sjuka personer skall nås av ett aktivt uppsökande och hälsofrämjande arbete.*

*Linköpings kommun* undrar vad som i detta sammanhang menas med "äldre". *Socialvetenskapliga forskningsrådet* hyser tvivel om huruvida det är baserat på forskning att ett sådant arbete främjar äldres hälsa.

### Strategi 7 – Skapa möjligheter för en hållbar hälsoutveckling

Folkhälsoinstitutet efterlyser en ökad koppling till de nationella miljömålen. Även *Linköpings kommun*, *Landstinget i Uppsala och Sveriges läkarförbund* föreslår ett ytterligare mål för utomhusmiljön, samt önskar ett förtydligande att målet handlar om fysisk miljö. *Miljö- och hälsoskyddstjänstemannaförbundet* har också uppmärksammat ovanstående.

*Mål 13. Ingen skall bli sjuk eller få symptom till följd av brister i inomhusmiljön.*

Folkhälsoinstitutet anser inte att målet stämmer överens med innehållet i betänkandets kapitel om inomhusmiljö och utemiljö. Instansen föreslår därför att målet formuleras om till ”Ingen skall bli sjuk eller få symptom på grund av brister i miljön.”

*Mål 14. Trafikskadorna skall minska.*

Kommitténs strategi om solidaritet med människor som är utsatta för livsstilsrisker har av vissa instanser uppfattats som en högriskstrategi i livsstilsfrågor.

*Barnombudsmannen* och *Folkhälsoinstitutet* föreslår att mål avseende skador ej bör begränsas till trafikskador. Detta har även uppmärksammat av *Sveriges läkarförbund*, som pekar på att andra skador, t.ex. fallskador, är ett betydligt större kvantitativt problem än trafikskador.

### Strategi 8 – Öka solidariteten med dem som är sårbara för livsstilsrisker – tobaksbruk, alkoholkonsumtion, fysisk inaktivitet och fet mat.

*Centrum för tillämpad näringslära* anser att det är olyckligt att mat och fysisk aktivitet ”klumpas ihop med” tobak och alkohol. Instansen vill tydligare skilja på frisk- och riskfaktorer. Framför allt menar man att det är olämpligt att framställa maten som en riskfaktor. Istället föreslår instansen en alternativ strategi med lydelsen: Säkra förutsättningarna för alla att tillfredsställa grundläggande behov som trygghet, social gemenskap, hälsosam mat, fysisk aktivitet och sömn.

*Mål 15. Tobaksrökningen bör minska.*

Folkhälsoinstitutet lyfter fram skrivningen i texten som anger att andelen dagligrökare bör minskas med en procentenhet per år. Detta anser institutet är av underordnad betydelse. Det viktigaste är att till år 2010 uppnå det överordnade målet, nämligen att 90 procent av befolkningen är rökfri.

*Mål 16. Alkoholkonsumtionen bör minska.*

Folkhälsoinstitutet pekar på att för att målet skall framstå som realistiskt måste hänsyn tas till hur länge Sverige kan undantas från EU:s införselregler. Även *Föreningen Hela Människan* anför att målen för alkoholkonsumtion måste ställas i relation till vad som är realistiskt i dagsläget.

*Mål 17. Matens innehåll av fett bör minska i befolkningen och konsumtionen av frukt och grönsaker öka.*

Livsmedelsverket, Folkhälsoinstitutet och Centrum för tillämpad näringslära anser att de mått som föreslås bör justeras i enlighet med gällande närings- och kostrekommendationer. Det vore dessutom önskvärt om målen speglade det avsedda jämlikhetsperspektivet, annars riskeras en polarisering. Livsmedelsverket och Folkhälsoinstitutet föreslår följande formulering; ”50 procent av befolkningen i alla socialgrupper bör uppfylla de svenska näringsrekommendationerna avseende fettintag och frukt- och grönsakskonsumtion år 2010.”

*Mål 18. Motion och fysisk aktivitet bör öka.*

Folkhälsoinstitutet anser att det saknas jämlikhetsaspekter i ovanstående mål. Vidare anför institutet att det finns ett mycket bristfälligt underlag när det gäller att mäta fysisk aktivitet. Institutet avser att lägga fram en rekommendation för Sverige som motsvarar den amerikanska, nämligen 30 minuters moderat aktivitet per dag. *Linköpings kommun* föreslår en högre ambitionsnivå än den som kommittén föreslår, nämligen att ambitionen blir motion 2 gånger per vecka.

*Mål 19. Andelen människor med övervikt bör minska.*

Folkhälsoinstitutet anser att det är tveksamt med ett särskilt mål för övervikt – eftersom skäl då sannolikt kommer att anföras också för mål mot undervikt. Målet bör enligt Livsmedelsverket och Folkhälsoinsti-

tutet formuleras som: ”80 procent av befolkningen i alla socialgrupper och åldersgrupper inklusive barn bör vara normalviktiga.”

## 1.4 Synpunkter på kapitel 12 Frågor inom ramen för betänkandet

Kommittén reste ett antal frågor i syfte att efterhöra remissinstansernas uppfattning om det finns anledning att ytterligare behandla dessa områden.

### 1. WHO-målen

*Frågor: Är det viktigt att de svenska målen har samma struktur som WHO-målen eller är det bättre att vi formulerar mål som vi uppfattar passar bättre in på det svenska samhället? Finns det något i WHO-målen som inte känns relevant för Sverige?*

Majoriteten av remissinstanserna anser att de svenska folkhälsomålen ej behöver ha samma struktur som WHO-målen och att det är fullt tillräckligt med en tydlig koppling till dessa mål. *Arbetskyddsstyrelsen* menar att en anpassning till WHO-målen skulle sätta ribban för lågt. *Region Skåne* anser att det inte är realistiskt att strukturera de nationella målen efter WHO-basis eftersom dessa är problemorienterade och inte utgår ifrån förutsättningarna för hälsan. Såväl *Försäkringskassan* som *Försäkringsförbundet* anser att strukturen i första hand skall anpassas efter det svenska samhällets behov.

Vissa remissinstanser anser att WHO-målen kan utgöra en bas, men att anpassning efter svenska förhållanden bör ske. *Helsingborgs och Umeå kommuner* anser att vissa strukturer kan vara gemensamma.

Däremot finns det vissa remissinstanser som anser att det vore logiskt och värdefullt att de svenska folkhälsomålen följer WHO:s struktur. *Landstinget i Halland* menar att WHO-målen har flera förtjänster som kommitténs förslag saknar. Bl.a. innehåller det en tydligare koppling till det hälsofrämjande perspektivet och det lyfter även fram frågan om hälsokonsekvensbeskrivningar.

## 2. Mål kring bestämningsskriterier – ej sjukdomsutveckling

*Frågor: Är kommitténs bedömning att inte i första hand formulera mål kring sjukdomar riktig? Är kommitténs bedömning att framför allt fokusera på det vi vet skapar ohälsa riktig?*

Majoriteten av remissinstanserna anser att kommittén ej skall formulera mål kring sjukdomar. *Hälsouniversitetet i Linköping* och *Socialhögskolan i Stockholm* menar att kommitténs ansats ligger väl i linje med aktuell forskning. Denna synpunkt delas med *Arbetsmarknadsstyrelsen*, *Statens beredning för medicinsk utvärdering*, *Försäkringskassan* och ett stort antal kommuner och landsting. Däremot anser en del instanser, däribland *Österåkers kommun* och *Hjärt- och lungsjukas förening* att det även behövs mål för sjukdomar.

Vissa remissinstanser efterlyser en tydligare fokusering på ett hälsofrämjande perspektiv. *Linköpings kommun* skriver; ”fokusera på de villkor och den livsstil som leder till hälsa, och i andra hand på de faktorer som skapar ohälsa.” *Nätverken för folkhälsoarbete i Stora och Medelstora städer* och *Falkenbergs och Katrineholms kommuner* anser att det finns en skillnad mellan hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Att diskutera i termer av hälsofrämjande ökar förståelsen för ett brett sektorsövergripande ansvar. Båda begreppen behövs och tillsammans identifierar de olika sektorers specifika ansvar, och förstärker tydligheten i behovet av samverkan.

## 3. Synen på hälsa

*Fråga: Är kommitténs bedömning att strama upp hälsobegreppet riktig?*

Remissinstansernas synpunkter på denna fråga redovisas under avsnitt 2.2.1 Hälso- och sjukdomsbegrepp.

## 4. Mål som passar den lokala nivån.

*Frågor: Finns det några synpunkter på hur de nationella målen skall vara utformade för att bäst stödja arbetet på den regionala och lokala nivån? Eftersom folkhälsoarbete handlar om tvärsektoriellt arbete, finns det några synpunkter på vad kommittén skall framföra i slutbetänkandet när det gäller organisations- och huvudmannaskapsgränser?*

Flertalet instanser pekar på behovet att tydliggöra ansvaret för folkhälsofrågor på statlig, regional och lokal nivå, däribland *Landstinget Sörmland* som menar att nationella mål bör ha en bäring på lokal och regional nivå samt ge tydliga direktiv för arbetet på dessa nivåer. *Region Skåne* anser att de nationella målen bör integreras på samtliga nivåer (regleringsbrev, verksamhetsplaner, budgetar m.m.) för att bli verkningsfulla. Majoriteten av kommunerna m.fl. anser att nationella mål är bra som en vägledning för den lokala nivån, men att de måste bli mer konkreta. Vidare måste ansvaret och behovet av samverkan tydliggöras. *Österåkers kommun* instämmer och poängterar att man inte är intresserad av färdiga modeller eller detaljerade organisationsförslag, eftersom detaljerna måste bli föremål för lokala lösningar. *Helsingborgs kommun* anser att folkhälsoarbetet måste utvecklas underifrån och inte får styras av några centrala direktiv eller ”storkampanjer”. *Arbetskyddsstyrelsen* konstaterar att inom arbetsmiljöområdet har de nationella mål som satts av styrelsen varit normerande för hur yrkesinspektionen på regional nivå och därigenom även de enskilda arbetsplatserna på lokal nivå prioriterat och utfört sitt arbete. Motsvarande sektorsspecifika åtgärder skulle därför kunna prövas även inom folkhälsoområdet anser verket.

*Katrineholms kommun* önskar att de mål som satts skall kunna gå att följa upp genom officiell statistik. *Örnsköldsviks kommun* önskar att kommittén funderar över hur man utvecklar bra lokala nyckeltal. *Enköpings kommun* och *Luleå kommun* anser att såväl statens som primärvårdens roller bör förtydligas, och att glappet mellan teori och praktik bör minska.

*Landstinget i Halland* anser att kommittén bör överväga lagstiftning för att tydliggöra ansvarsförhållandena, och *landstinget i Jönköpings län* menar att det finns ett behov att skapa en gränsöverskridande budget för folkhälsofrågorna.

## 5. Eget ansvar – kontrakt mellan samhälle och individ?

I kapitel 1 i delbetänkandet redogörs för Storbritanniens nya hälsopolitik, som bl.a. innebär att man gör ett ”triangelpartnerskap” mellan medborgare, kommuner, samfund samt regeringen.

*Fråga: Finns det anledning för Sverige att formulera något liknande, det vill säga uttrycka en tydlig uppfattning om vad samhället anser skall åligga individen?*

Huvuddelen av de svarande är negativa till ett förslag om samhällskontrakt. De flesta yttranden anför att samhället har ett ansvar att skapa förutsättningar som gör det möjligt för människor att göra goda val. *Ungdomens nykterhetsförbund* anser att en sådan åtgärd skulle uppfattas som "en jättelik pekpinne". *Svenska Kyrkan* anser att ett kontrakt är av tveksamt värde, eftersom det bl.a. lämnar den som "brutit kontraktet" och är i behov av vård i en mycket utsatt position. *Hälsouniversitetet i Linköping* m.fl. anser att frågan inte skall lösas på detta sätt, utan att man förtydligar individperspektivet och individernas möjlighet till vardagsmakt i de övergripande strategierna. *Socialhögskolan i Stockholm* anser att frågan redan reglerats i socialtjänst – och hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

*Föreningen Hela Människan* och *Sveriges Pensionärers Riksförbund* förordar försök med samhällskontrakt. Även *landstinget i Örebro* och *Österåkers kommun* anser att det finns anledning att studera utvecklingen i Storbritannien innan ställning tas i frågan.

## 6. DALY – ett mått på sjukdomsburda

*Frågor: Bör kommittén ta ställning till DALY, som ett mått på sjukdomsburdan och som ett instrument för hälsopolitiska prioriteringar? Bör kommittén i så fall ställa sig bakom de beräkningsgrunder som redogörs för i kapitel 1?*

Kommittén diskuterar möjligheten att som mått på sjukdomsburdan använda DALY – Disability Adjusted Life Years. Flertalet remissinstanser anser att måttet DALY bör utvecklas och inte förkastas som metod på grund av avsaknad av alternativa metoder. *Statistiska Centralbyrån* menar att DALY-beräkningar av någorlunda god kvalitet är resurskrävande, och att dess användning bör utvärderas och ställas i relation till alternativa modeller och beräkningssätt. *Medicinska forskningsrådet* anser att DALY kan ha ett värde, men pekar på att det innehåller ett stort mått av subjektivitet. *Region Skåne* anser att ett ställningstagande till DALY i första hand är en fråga för forskningen. *Statens beredning för medicinsk utvärdering* och *Nordiska hälsovårdshögskolan*, anser att man bör försöka arbeta vidare med de ansatser till hälsoindex som förekommit på senare tid. *Statens beredning för medicinsk utvärdering* anser att arbetet med att utveckla denna typ av mått bör fortsätta. En sådan utveckling välkomnas även av *Svenska Kyrkan*, som anser att DALY-beräkningarna görs på ett sätt som man finner vara i överensstämmelse med människovärdesprincipen.

*Handikappombudsmannen* finner anledning att mycket starkt avvisa den föreslagna modellen med DALY:s. Måttet är enligt ombudsmannen etiskt tvivelaktigt och diskriminerande mot grupper som ombudsmannen företräder eftersom människors funktionsnedsättningar ses som bördor för samhället genom måttet.

## 7. Levnadsvanor – inte bara en fråga om hälsouppllysning?

*Fråga: Delar ni kommitténs uppfattning om livsstilsrisker?*

Majoriteten av instanserna instämmer i synen på livsstilsrisker och anser att restriktioner är nödvändiga. *Verdandi* menar att vi måste sträva efter ett samhälle där alla har likvärdiga ekonomiska, sociala och kulturella villkor, och att detta måste vara grundinställningen när man skall arbeta med livsstilsrisker. *Föreningen Hela Människan* ställer sig också bakom behovet av restriktioner, men betonar att dessa måste vara förankrade i det lokala arbetet. *Riksförbundet Internationella Föreningar För Invandrarkvinnor* är emot restriktioner, och anser att begreppet ”solidaritet” i stället bör förknippas med förståelse, hjälp och stöd. *Centrum för tillämpad näringslära* anser att restriktioner är nödvändiga när det gäller alkohol, men absolut inte när det gäller mat och fysisk aktivitet.

## 8. Påverka levnadsvanor – utan pekpinningar?

*Frågor: Hur formulerar man mål omkring fysisk aktivitet och fett i kosten utan att det upplevs som ”pekpinningar” av staten mot individen? Kan en statlig kommitté formulera mål kring fysisk aktivitet och fett i kosten utan att det upplevs som pekpinningar?*

Flertalet remissinstanser anser att samhällets ansvar för en opartisk hälsoinformation är viktigt och betonar särskilt de strukturella insatserna. *Föreningen Svensk Företagshälsovård*, *Hjärt- och lungsjukas förening*, *Verdandi*, *Forshaga* och *Norrtälje kommun* anser att kommittén kan formulera mål kring t.ex. fysisk aktivitet och fett i kosten utan att det upplevs som pekpinningar och att det har en stor pedagogisk betydelse.

*TCO*, *Vårdförbundet*, *Rinkeby Folkhälsoråd* och *Österåkers kommun* lyfter fram vikten av att flera yrkesgrupper, bl.a. inom den offentliga sektorn, ges kunskaper och mandat till såväl hälsoinformation som tillsyn. Vidare varnar *TCO* för kampanjer, men anser ändå att ett ”balanserat budskap fyller sin funktion långsiktigt”.

*Änge kommun och Sveriges Pensionärers Riksförbund* anser att målen bör formuleras så att de stimulerar och uppmuntrar. *Landstingen i Jönköping, Kalmar och Örebro* anser att pekpinna är förlegade, och att folkhälsoarbetet måste inrikta sig på stödjande miljöer. *Västra Götalandsregionen* anser att formuleringarna bör baseras på att man lyfter fram friskfaktorer, och *Linköpings kommun* anser att man bör lyfta fram det lustfyllda i mat och rörelse.

## 9. Är det bra med nollvisioner?

*Frågor: Är det bra med nollvisioner? Vilket/vilka andra områden än trafiken skall man formulera nollvisioner omkring?*

Flera instanser är tveksamma till nollvisioner och lyfter fram svårigheter med dessa i målsammanhang, däribland *Räddningsverket* som hävdar att det finns en stor risk med nollvisioner, om man inte lyckas skilja på vision och mål. *Socialhögskolan i Stockholm* anser att det är bättre att sätta upp nåbara mål. *Landstinget i Halland och Rinkeby Folkhälsoråd* varnar för att det kan gå inflation i begreppet. *Arbets- skyddsstyrelsen* pekar dock på att det i praktiken egentligen råder ett nollvisionstänkande inom deras tillsynsområde, och lyfter också fram att dödsolyckorna i arbetslivet minskat till 1/5 av vad de var på 1960-talet. Detta menar styrelsen visar att diskrepansen mellan vision och verklighet minskar. *Vägverket* delar *Arbets- skyddsstyrelsens* åsikt om att nollvisionstänkandet även bör genomsyra folkhälsoarbetet. *Region Skåne* anser att nollvisioner kan utgöra inriktningsmål, som på ett pedagogiskt sätt ökar engagemanget i en viss fråga.

Ett flertal remissinstanser diskuterar möjligheterna att införa nollvisioner för bl.a. olycksfall, självmord, droger, fysisk och psykisk våld och mobbning.

*Botkyrka kommun* är också tveksam till nollvisioner men kan tänka sig en nollvision om narkotika och familjevåld. *Karlstads kommun* kan tänkas sig nollvisioner om självmord och familjevåld. *Luleå och Västerås kommuner* vill ha en nollvision för ungdomars tobaks- och drogvänor. *Söderköpings kommun* vill ha nollvisioner för självmord och druckningsolyckor.

## 10. Tobaksfritt på restauranger – helt eller delvis?

*Fråga: Vilket alternativ för tobaksfritt på restauranger tror ni är lämpligast?*

Ett 80-tal instanser har kommenterat frågan om rökning på restauranger. En majoritet av dessa har mer eller mindre uttalat sig för ett totalförbud. Resterande förordar alternativ två, utom i några fall, dvs. i princip rökfritt men att det är tillåtet att röka i en viss del av lokalen. Sveriges Hotell- och restaurangföretagare (SHR) är en instans som motsätter sig en ändring av nuvarande bestämmelser.

Till dem som förespråkar ett totalt rökförbud hör *Arbetskyddsstyrelsen*, som främst ser till de risker som rökningen innebär för personalens arbetsmiljö. *TCO* och *Vårdförbundet*, stödjer förslaget med rökfria restauranger och caféer, men säger samtidigt att det idag finns goda möjligheter att ordna utrymmen för det fåtal som ännu röker. Även *Hela Människan* förespråkar totalt rökfria restauranger, liksom Hjärt- och lungsjukas förening. *En rökfri generation* och *Yrkesföreningar mot tobak* stöder total rökfrihet på restauranger och påtalar att det är nödvändigt att speciellt uppmärksamma cafémiljöer, eftersom många ungdomar vistas där. Flera kommuner och landsting förespråkar att rökning på restauranger förbjuds. De skäl som anges varierar, men oftast handlar det om rättigheten för alla människor – och restauranganställda i synnerhet – att vistas i en rökfri miljö.

*Sveriges Hotell- och restaurangföretagare* anser att nuvarande lagstiftning är fullt tillräcklig, och pekar på hur ett tobakspreventivt arbete i mycket kan byggas på frivillighet. Riksförbundet *Internationella Föreningar för Kvinnofrågor* anser att det behövs alla sorters restauranger, och att denna fråga inte behöver vara föremål för politisk reglering.

Bland de remissinstanser som stöder alternativ två – i princip tobaksfritt, men att det är tillåtet att röka i viss en del av lokalen om det inte stör andra gäster – återfinns bl.a. *Region Skåne* som menar att det i princip bör vara tobaksfritt men att det bör vara tillåtet att röka i en vis del av lokalen om det inte stör andra gäster. *Handikappombudsmannen* menar att ”för den som lider av astma, allergi eller känsliga luftrör kan det vara påfrestande eller i praktiken omöjligt att vistas i en rökig restaurangmiljö” och instämmer i att reglerna bör skärpas. Detta synsätt har också många kommuner, som egentligen är för ett förbud, men anser att det av praktiska skäl kan vara svårt att genomföra. *Katrineholms kommun*, vilken vill ha rökfrihet i all offentlig miljö, kan tänka sig särskilda tillstånd för avskilda rum med god ventilation. Flera

instanser ser också en skärpning av lagstiftningen som ett led i en process som leder till rökfrihet i all offentlig miljö.

### 11. Cykelhjälm – lag eller information?

*Fråga: Vilket alternativ bör väljas – att cykelhjälm blir ett krav enligt lag eller att cyklisterna påverkas att använda cykelhjälm genom mer information?*

Majoriteten av remissinstanserna säger nej till lag om cykelhjälm och förordar information istället för lagstiftning. Många instanser är tveksamma till om allmänheten skulle acceptera en hjälmlag, även om det finns ett behov. Ett fåtal instanser förordar dock såväl lagstiftning som information, däribland *Arbetsbetsstyrelsen*. *Riksförbundet Hem och Samhälle* förordar en lag eftersom information ej givit avsedd effekt.

### 12. Social gemenskap – hur mäter man det?

*Frågor: Gemenskap, vänskap och tillit – hur kan vi se om det ökar eller minskar? Hur skall en s.k. "kramfaktor" se ut?*

Flertalet remissinstanser anser att den sociala gemenskapen och solidariteten bör stärkas. Men hur mäter man på bästa sätt?

En "kramfaktor" skulle kunna vara hur barnen mår, skadegörelse, levnadsnivåundersökningar, vänner.

En del remissinstanser anser att man kan genomföra kvalitativa studier, t.ex. djupintervjuer, däribland *Socialhögskolan i Stockholm*, *Hälsouniversitetet i Linköping*, *Landstinget i Halland* och *Umeå kommun* anser att ULF-undersökningarna använder frågor som kan användas i detta syfte. *Folkhälsovetenskapligt Centrum* vill uppmärksamma kommittén på möjligheten att mäta social integrering och tillgång till socialt stöd med hjälp av befolkningsenkäter. *Sundsvalls kommun* vill föra ett arenaperspektiv till denna fråga, och föreslår att bostadsområdet blir måttenhet och kvarboende en viktig indikator, liksom frågan om skolan är en hälsofrämjande skola. *Kungälv kommun* vill utveckla nyckeltal omkring gemenskap och tillit. Dessa skulle kunna innehålla mått på mobbning och trivsel i skolan. *Verdandi* menar att politiskt deltagande, liksom deltagande i folkrörelser är mått på solidaritet och gemenskap och *Forshaga kommun* menar att vi skall fråga barnen, som är speciellt känsliga för sådana här frågor. *Stockholms stad* anser att det är viktigt att människor skapar sina egna

gemenskaper kring gemensamma intressen eller sakfrågor och att samhället varken kan eller bör styra den processen men väl stötta och underlätta den.

#### 1.4.1 Synpunkter på kapitel 12 Nya frågeställningar

Utöver de frågor som lyfts fram ovan vill kommittén höra remissinstanserna synpunkter på ytterligare några frågor.

##### 1. Informationsöverskott

*Frågor: Hur kan vår hälsa eventuellt påverkas av att vi idag utsätts för ett överflöd av stimuli? Om man förväntar sig att det påverkar oss negativt, vilka strategier behöver vi tillägna oss för att hantera informationsflödet?*

Flera remissinstanser, däribland *Kristdemokratiska Kvinnoförbundet* efterlyser mer forskning inom detta område. Fler kommuner anser att det är viktigt att lyfta fram frågan till debatt. *Söderköpings kommun* menar att rutinerna för att ta hand om information bör ses över. *Landstinget i Halland* och *Borlänge kommun* vill samtidigt peka på faran för marginalisering hos de grupper som ännu inte skaffat sig eller fått tillgång till informationssamhället.

##### 2. Dygnet är inte längre dag och natt

*Frågor: Hur påverkas våra sömnvanor av det förändrade samhället? Har vi försummat sömnens betydelse som en viktig hälsofaktor?*

Flera remissinstanser vill uppmärksamma sömnens och den regelbundna dygnsrytmens betydelse för hälsan, däribland *Hälsouniversitetet i Linköping* och *Rinkeby folkhälsoråd*.

*Kristdemokratiska Kvinnoförbundet* uttrycker oro över den livsstil som följer i nattlivets spår. *Karlstads kommun* efterlyser en översyn av arbetsvillkoren för nattarbete och en tydligare lagstiftning.

### 3. Förändrade familjemönster

*Frågor: Är det realistiskt att bygga hälsopolitiska insatser på ett traditionellt familjemönster. Borde samhället mer än idag främja och stötta föräldraskapet – som man aldrig skall kunna avsäga sig?*

*Hälsouniversitetet i Linköping och Folkhälsovetenskapligt Centrum* pekar på hur hälsopolitiken måste understödja det som är viktigt för människors hälsa. Kärlek som friskfaktor borde ha uppmärksammas mer.

Flera remissinstanser, däribland *TCO, Länsstyrelsen i Skåne* och *Sollefteå kommun* välkomnar att kommittén uppmärksammar de förändrade familjemönstren.

*Landstinget i Blekinge* och i *Halland* anser att det måste vara barnens behov som skall styra de hälsopolitiska åtgärderna.

## DEL 2 – UPPDATERINGAR AV SAKAVSNITT I SOU 1999:137

## 2 Ekonomiska och sociala villkor

### 2.1 Arbetsliv<sup>1</sup>

#### 2.1.1 Sammanfattning av avsnitt 4.2 i SOU 1999:137

##### **Arbetslivsfaktorernas betydelse i ett folkhälsoperspektiv**

Förvärvsarbete är inte bara den viktigaste källan till vår försörjning, utan i stor utsträckning också till våra möjligheter att bli delaktiga i samhällets aktiviteter, att utvecklas och lära oss nya saker samt för att utveckla relationer till andra människor. Arbetet är kort uttryckt en viktig bas för människors identitet och sociala liv och därmed också för vår hälsa.

Trots framsteg när det gäller att förebygga arbetsrelaterade sjukdomar och skador, finns det fortfarande många arbeten som är monotona, tunga och smutsiga och som kännetecknas av hög ergonomisk belastning samt kemiska och fysikaliska risker. Vissa av förändringarna i arbetslivet innebär dessutom att nya risker introduceras, t.ex. nya kemiska substanser och elektromagnetiska fält, vilka kräver ständig uppmärksamhet från sjukdomsförebyggande synpunkt. På senare år har även förekomsten av negativ stress, dvs. höga psykiska krav i kombination med litet beslutsutrymme, uppmärksamats i relation till hjärt- och kärlsjukdomar, rörelseorganens sjukdomar och psykisk ohälsa.<sup>2</sup>

Förekomsten av såväl fysiska som psykosociala risker i arbetslivet varierar påtagligt mellan arbetar- och tjänstemannayrken, mellan kvin-

<sup>1</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Konsult Oliver Renborg har biträtt sekretariatet med vissa faktauppdateringar.

<sup>2</sup> Se t.ex. Westerholm P. Kön, arbete och hjärt- och kärlsjukdom. I: *Yrkesarbetande kvinnors hälsa*, Stockholm 1999. Se även Karasek R, Theorell T. *Healthy work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York. Basic Books 1999.

nor och män, mellan olika åldersgrupper och mellan olika regioner. De tre viktigaste mekanismerna bakom klasskillnader i sjuklighet består av den fysiska arbetsmiljön, följd av hälsorelaterade beteenden och barnomsförhållanden. Det område där de socioekonomiska grupperna skiljer sig mest åt är just den fysiska arbetsmiljön. Att dagligen behöva utföra tunga lyft, stå i olämpliga arbetsställningar eller utföra ensidiga arbetsrörelser är mycket mer vanligt bland arbetare än bland tjänstemän. Detsamma gäller utsatthet för farliga ämnen, buller, damm och gas etc. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser på arbetsmiljöområdet är därför viktiga om målet för vår hälsopolitik är att minska den sociala ojämlikheten i hälsa.<sup>3</sup>

Samtidigt som arbetslivets effekter på hälsan uppmärksammas är det viktigt att också se arbetslöshetens direkta och indirekta hälsoeffekter. Arbetslösheten påverkar hela hälsopanoramats. Arbetslöshet medför ofta att det psykiska välbefinnandet försämras, sjukvårdsutnyttjande och läkemedelskonsumtion ökar, unga män ökar sin alkoholkonsumtion och unga kvinnor röker mer.<sup>4</sup> Arbetslöshetens negativa ekonomiska, sociala och hälsomässiga konsekvenser påverkar även de arbetslösas familjer, framför allt barnen. Arbetsförhållandena för dem som har arbetet kvar påverkas av arbetslösheten genom ökade krav på övertidsarbete, negativ stress, rädsla för uppsägning m.m. Arbetslöshet under lång tid är en allvarlig riskfaktor för psykisk ohälsa och hjärt- och kärlsjukdom samt bidrar därmed till sociala olikheter i hälsa.

#### *Utvecklingen av hälsoproblem i arbetslivet*

Under de senaste åren har arbetslivet genomgått en mycket snabb förändring och förändringstakten tycks bara öka som en följd av den tekniska utvecklingen, ökad konkurrens, ökad internationalisering m.m. En konsekvens är att många organisationer, både i privat- och offentlig sektor, "slimmats", vilket skapat delvis nya arbetsmiljöproblem.<sup>5</sup>

Arbetstakten har ökat för både kvinnor och män. Många kvinnor uppger även att det tunga och ensidiga arbetet ökat. Arbetet beskrivs ofta som mer stressigt och att det är mer psykiskt påfrestande. Dessutom finns indikatorer på att konflikterna på arbetsplatserna har ökat.

<sup>3</sup> Lundberg O. Exploring causal mechanisms that generate health inequalities. In: Arve-Parés B. (red). *Inequality in Health – A Swedish Perspective*. Stockholm. Socialvetenskapliga forskningsrådet, 1998.

<sup>4</sup> Janlert U. Ökad arbetslöshet – mer missbruk och psykiskt lidande. I: Steinbeck G (ed). *Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention*. SBU och Folkhälsoinstitutet, Stockholm 1997.

<sup>5</sup> Arbetarskyddsstyrelsen och SCB. *Arbetsmiljön*. Stockholm 1997.

Detta gäller såväl konflikter med chefer som med arbetskamrater. Arbetstagare drabbas också oftare av våld och hot om våld från t.ex. klienter, vårdtagare m.fl. grupper.<sup>6</sup> Allergier och hudsjukdomar är vidare ett utbredd problem i arbetslivet som drabbar unga människor och kvinnor i större utsträckning än män.<sup>7</sup>

#### *Arbetsskador och självrapporterad ohälsa*

Lagen om arbetsskadeförsäkring förändrades radikalt den 1 januari 1993. Detta gällde både begreppet arbetsskada och bedömningsgrunderna. Den 1 juli samma år togs den förhöjda arbetsskadeersättningen bort. Sammantaget har detta inneburit att antalet prövade fall och andelen godkända arbetsskador minskat väsentligt. Exempelvis minskade antalet godkända arbetssjukdomar från 69 procent år 1992 till 40 procent år 1996.<sup>8</sup> Åren 1994 till 1997 prövades ca 2 700 fall. Av dessa godkändes 34 procent. För kvinnor var siffran 23 procent och för män var motsvarande siffra 44 procent.<sup>9</sup>

Efter år 1990 har antalet anmälda arbetsskador minskat med ca en tredjedel. Antalet arbetsskador, som inkluderar arbetssjukdomar, arbetsolycksfall och färdolycksfall, är för närvarande ca 100 000 per år. Belastningsskador är den vanligaste orsaken till anmälda arbetssjukdomar. Var tredje anmälan år 1996 berodde på belastningsbesvär. Kvinnor har större andel anmälda belastningsbesvär, vilket sammanhänger med att kvinnodominerade yrken inom t.ex. vård och omsorg karaktäriseras av tunga lyft, stress och ensidiga arbetsställningar. För män är t.ex. olämpliga arbetsställningar och kyla specifika problem. Dessa är vanliga i byggbranschen.<sup>10</sup>

När det gäller den självrapporterade ohälsan kan följande utläsas av Statistiska Centralbyråns (SCB:s) arbetsmiljöundersökningar, som görs vartannat år. År 1997 hade var femte arbetstagare, motsvarande ca 700 000 personer, sådana fysiska besvär till följd av arbetet att de hade svårt att arbeta eller utföra de dagliga hushållssysslorna. Var femtonde, drygt 250 000, uppgav sådana besvär kopplade till stress och psykisk

<sup>6</sup> a.a.

<sup>7</sup> Lundberg O. Exploring causal mechanisms that generate health inequalities. I: Arve-Parés B. (ed). *Inequality in health – A Swedish Perspective*. Stockholm. Socialvetenskapliga forskningsrådet 1998.

<sup>8</sup> Arbetarskyddsstyrelsen. *Kort Arbetsskadefakta*. Nr 2 1998.

<sup>9</sup> Hänvisning saknas i kapitlet och i rapporten.

<sup>10</sup> Nilsson C. *Arbetsskadornas utveckling inom LO-området*. Stockholm. LO 1998.

påfrestning att det påverkade arbetsförmågan. Av dessa ledde en tredjedel till sjukskrivning.<sup>11</sup>

Bland arbetare dominerar påfrestande arbetsställningar. Bland högre tjänstemän och de på mellannivån är stress och psykiska påfrestningar den vanligaste orsaken till de uppgivna besvären.

15–20 procent av lärare inom grund- och gymnasieskolan anser sig ha besvär relaterade till stress och psykiska påfrestningar. För psykologer och socialarbetare respektive läkare och sjuksköterskor är motsvarande siffror 19 respektive 13–17 procent. Jämfört med föregående undersökning år 1995 har det skett en markant ökning av denna typ av besvär.<sup>12</sup>

### *Arbete och förtidspensionering*

Under den senaste tioårsperioden har antalet förtidspensionärer varierat kraftigt. År 1993 noterades det högsta antalet nybeviljade förtidspensioner, 62 000 personer. Under de senaste åren är antalet ca 40 000 per år. Eftersom antalet sysselsatta minskat under 1990-talet har andelen förtidspensionärer, mätt som andel av de sysselsatta, ökat från 8 procent år 1990 till 10 procent år 1995.<sup>13</sup>

Risken att förtidspensioneras varierar påtagligt mellan olika yrken. Det finns ett tydligt och linjärt samband mellan belastningar i arbetsmiljön och förtidspension. Ju större belastning ett yrke innebär desto högre är den relativa risken att förtidspensioneras.<sup>14</sup>

Män i kvinnodominerade yrken och kvinnor i mansdominerade yrken löper särskilt hög risk att förtidspensioneras.<sup>15</sup>

### *Den arbetsrelaterade ohälsans kostnader*

Möjligheten att beräkna den arbetsrelaterade ohälsans kostnader i ekonomiska termer är begränsade av flera olika skäl. Det står emellertid klart att dessa kostnader är mycket stora och att de ökar och att det därför kostar mer att inte vidta några åtgärder än att göra det.

<sup>11</sup> Statistiska centralbyrån. *Arbetsorsakade besvär 1998*. Stockholm. Arbetarskyddsstyrelsen och Statistiska centralbyrån 1998.

<sup>12</sup> a.a.

<sup>13</sup> Stattin M. *Yrke, yrkesförändring och utslagning från arbetsmarknaden – en studie av relationen mellan förtidspension och arbetsmarknadsförändring*. Akademisk avhandling. Sociologiska institutionen Umeå Universitet 1998.

<sup>14</sup> a.a.

<sup>15</sup> a.a.

En svårighet är att identifiera den ohälsa som är arbetsrelaterad. Därmed är det omöjligt att mera precist beräkna de samhälleliga kostnaderna för ohälsan. Även i fråga om kostnader som tydligt kan relateras till arbetslivet kan det ibland vara svårt att i praktiken urskilja kostnaderna. Detta beror på att kostnaderna belastar en rad olika intressenter och att möjligheterna att särredovisa kostnaderna inom t.ex. sjukvården, socialförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken är starkt begränsade.

Statens kostnader består huvudsakligen av tre slag; lägre skatteintäkter, lägre intäkter från arbetsgivare samt ökade utgifter för sjukpenning, rehabilitering och förtidspension.

År 1997 uppgick kostnaderna för socialförsäkringarna till sammanlagt knappt 58 miljarder enligt RSV:s statistik. Kostnaden för sjukpenning uppgick till ca 14 miljarder, arbetsskadeersättningen kostade ca 6 miljarder och rehabiliteringskostnaderna ca 1 miljard. Förtidspensionerna och sjukbidragen svarade för 37 miljarder, dvs. för drygt 60 procent av den totala kostnaden.<sup>16</sup>

Hur stor del av socialförsäkringen som kan hänföras till arbetslivet är svårt att beräkna. En uppskattning som gjorts är att den arbetsrelaterade ohälsan minskar bruttonationalprodukten med 180 000 kronor per sjuk person. Detta innebär att motsvarande belopp skulle kunna satsas på förebyggande åtgärder och tidig rehabilitering i syfte att hålla kvar en arbetsskadad person i produktionen.<sup>17</sup>

Arbetsgivarens kostnader för den arbetsrelaterade ohälsan är stora till följd av lägre produktivitet, störningar i produktionen, högre frånvaro, ökade kostnader för rehabilitering, ökad personalomsättning samt kostnader för sjuklön. Kostnaderna för driftsstörningar, kvalitetsförsämringar, vikarier, rekrytering, inskolning, övertid och rehabilitering är ibland mycket stora.<sup>18</sup>

Lidandet som drabbar den enskilde, t.ex. i samband med en arbetsskada, är svårt att mäta i pengar. Ofta kan ohälsan leda till försämrad livskvalitet och en kraftigt försämrad ekonomisk- och social situation. Vid tre dagars sjukdom förlorar t.ex. individen 50 procent och vid 10 dagars sjukskrivning 22 procent av lönen.<sup>19</sup>

<sup>16</sup> Riksförsäkringsverket. *Socialförsäkringarnas omfattning 1996–1999*. Stockholm. RFV redovisar 1998:7.

<sup>17</sup> Arbetarskyddsstyrelsen. *Den kostsamma ohälsan. Färre arbetsskador lönar sig för alla*. Stockholm 1996.

<sup>18</sup> a.a.

<sup>19</sup> a.a.

## Utvecklingstendenser

Den pågående utvecklingen i arbetslivet gör att arbetsmarknaden och arbetskraften blir alltmer differentierad och att skillnaderna i arbetsvillkor och arbetsmiljö kommer att öka. Detta kommer att ha stor betydelse för folkhälsan.<sup>20</sup> En förklaring till denna utveckling är att företag och förvaltningar slimmas mer och mer för att inriktas på organisationens kärnverksamhet.

I organisationens kärna finns de tillsvidareanställda med relativt god anställningstrygghet och goda utvecklingsmöjligheter när det gäller lön, arbetsinnehåll och kompetens. Till kärnan hör även de deltidsanställda. Kring denna kärna växer olika former av visstidsanställningar, som skall tillförsäkra organisationen numerär flexibilitet i förhållande till variationer i produktionen. Arbetsvillkoren och motiven för de tidsbegränsade anställningarna är mycket olikartade. En kraftig ökning har på senare tid skett av antalet behovsanställda och projektanställda. Kvinnor är i kraftig majoritet när det gäller behovsanställningar, som är den grupp där effekten av arbetsvillkoren och otryggheten framkommer tydligast genom en förhöjd risk för ohälsa.

En yttre cirkel, slutligen, utgörs av uppdragstagare. En stor del av denna grupp är ensamföretagare. Idag finns ca 400 000 ensamföretag i Sverige. Mycket lite är känt om hälsosituationen bland ensamföretagare.<sup>21</sup>

Andra effekter av de slimmade organisationerna är att overtidsuttag och s.k. sjuknärvaro ökar. Hög sjuknärvaro kan framför allt konstateras bland lågavlönade och bland anställda som i sitt dagliga arbete tar hand om gamla, sjuka och barn, dvs. de som har människovårdande yrken.<sup>22</sup>

Samtidigt ökar kraven på utbildning. Om den framtida arbetsmarknaden i större utsträckning kommer att präglas av just-in-time anställningar kommer tröskeln till de goda jobben och företagens kompetensutveckling sannolikt att höjas. Detta kommer att minska möjligheten till kompetensutveckling för de grupper som har en svag anknytning till arbetsmarknaden.

Utvecklingen i vård, omsorg och skola får särskild betydelse från folkhälsosynpunkt eftersom dessa verksamheter i hög grad påverkar andra människors villkor. Fungerar äldreomsorgen har det betydelse för

<sup>20</sup> Aronsson G. Arbetsmarknadens och arbetslivets utveckling och hälsokonsekvenser. I: Nationella folkhälsokommittén. *Arbetslivsfaktorer*. Underlagsrapport nr 1. Stockholm 1999.

<sup>21</sup> Aronsson G, Gustavsson K och Dallner D. *Arbetsvillkor och arbetsmiljö för tidsbegränsat anställda* (under utarbetande).

<sup>22</sup> Aronsson G, Gustavsson K och Dallner D. *Sjuk på jobbet. En empirisk studie av sjuknärvaro* (under utgivning).

de ca 200 000 anställda inom denna verksamhet. Men även de hundratusentals äldre som är vårdtagare samt alla deras anhöriga påverkas. Utvecklingen i denna del av den offentliga sektorn har under många år kännetecknats av genomgripande och ofta förekommande förändringar. Detta gäller t.ex. styrsystem, huvudmannaskap, privatisering och konkurrensutsättning. Ett av syftena med dessa förändringar har varit att minska kostnader, varvid det varit ofrånkomligt att minska antalet anställda eftersom kostnaden för personalkostnaden är den ojämförligt största kostnaden. Skolan har också under lång tid varit utsatt för många stora förändringar.

### Orsaker och åtgärdsbehov

Den negativa stressen framstår allt tydligare som en av de viktigaste ohälsofaktorerna. Detta gäller både i största allmänhet och i arbetslivet. Den negativa stressen avspeglar sig bl.a. i en ökad oro och lättare psykiska problem bland såväl skolbarn som vuxna.<sup>23</sup>

De viktigaste kontrollmöjligheterna som kan minska stressen är enligt forskarna inflytande över de demokratiska processerna i arbetslivet och i samhället i stort samt möjligheten att utveckla kunskaper och vardagskompetens.

När det gäller möjligheterna att övervaka arbetsmiljöarbetet används ibland begreppet "institutionell effektivitet". Vad detta begrepp vill uttrycka är att de arbetsgivare och institutioner av olika slag som har att förebygga arbetsskador och bidra till högre livskvalitet måste fungera och ha förmågan att hantera nya förhållanden i arbetslivet.

För att förstärka de positiva och möta de negativa hälsokonsekvenserna av differentiering och kravet på ökad flexibilitet behövs strategier som spänner över nuvarande sektorsgränser. Detta kan gälla samhällets insatser likaväl som forskningens.

### Forskningsbehov

Den omvandling som redan skett av arbetslivet under 1990-talet kommer troligtvis att fortgå och förändringstakten kommer sannolikt att öka. Med anledning av denna utveckling finns det stora behov av speciella forskningsinsatser. Det finns – inte minst mot bakgrund av de ökade övertidsuttagen och införandet av s.k. kundorderanpassad

<sup>23</sup> Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18.

arbetstid – ett forsknings- och kunskapsbehov när det gäller att identifiera acceptabla tidsramar i arbetslivet från medicinsk, psykologisk och social synpunkt. Nya forskningsrön pekar nu allt tydligare på ett samband mellan uttrötning/stress och immunförsvarets förmåga att bekämpa infektioner. En försöksverksamhet med arbetstidsförkortning i Stockholms stad har resulterat i positiva effekter hos de anställda. Arbetstidsförkortningen har inneburit mer tid för avkoppling och fritidsaktiviteter. Sömnkvaliteten har förbättrats i försöksgruppen. Andra modeller som tillämpas inom hälso- och sjukvården är den s.k. poängmodellen med flexibel arbetstid och tvättstugemodellen. Här finns en potential för hälsobefrämjande insatser både vad gäller kunskapsnivån i organisationer och hos enskilda individer.

### **Målförslag i avsnitt 4.2 i SOU:137**

1. *Ökad sysselsättning och minskad långtidsarbetslöshet*
2. *Hälsofrämjande arbetsmiljö och hållbar arbetsförmåga*
  - Förebygg den arbetsrelaterade sjukligheten och arbetsolyckorna.
  - Psykiska och ergonomiska krav bör anpassas till individens förutsättningar. Det bör ges möjlighet att individuellt och kollektivt påverka förutsättningarna för att leva upp till kraven och därmed utveckla ny kompetens.
  - Använd arbetsplatsen som hälsoarena.
3. *Förstärkt företagshälsovård*
4. *Förstärkt yrkes- och arbetslivsinriktad rehabilitering.*
  - Minska det fysiska och psykiska lidandet hos arbetsskadade.
  - Förbättra möjligheterna till återgång i arbetet.
5. *Ökad kunskap och information om arbetslivets hälsokonsekvenser*
  - Gör återkommande översyner av arbetsmiljöpolitiken.
  - Utveckla arbetshälsokonsekvensbeskrivningar.
  - Öka och utveckla kunskap, metoder och modeller till underlag för hälsofrämjande och förebyggande åtgärder inom arbetslivsområdet.
  - Förstärk utbildningen om hälsoeffekter av nya arbetsformer hos aktörer inom arbetslivet.
  - Utveckla samarbetet med internationella arbetshälsoenheter.

## 2.1.2 Kompletteringar

### Remissinstansernas synpunkter

#### *Övergripande synpunkter på detta avsnitt*

Ett stort antal remissvar ställer sig bakom kommitténs ståndpunkt att arbetsliv och ekonomisk trygghet är centrala frågor för framtidens folkhälsa. Till dessa hör *länsstyrelsen i Skåne, landstingen i Blekinge, Halland, Sörmland, och Västernorrland*. Flera kommuner lyfter fram området arbete, t.ex. *Botkyrka, Enköping, Forshaga, Göteborg, Karlstad, Västerås, Umeå, Örnsköldsvik och Östhammar*.

*Kommun- och Landstingsförbunden* vill i sitt gemensamma remissvar framför allt lyfta fram de nya arbetsmiljöproblemen, som ofta drabbar yngre kvinnor.

*Jämtlands läns landsting* efterlyser konkreta förslag när det gäller åtgärder för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser, försäkringskassornas uppdrag samt för det förebyggande arbetet.

*Svenska Arbetsgivareföreningen – SAF* – är kritisk mot att kommittén i alltför liten utsträckning samarbetat med näringslivet i sitt arbete. SAF menar att detta strider mot kommitténs direktiv att arbeta brett och processinriktat och ”med tanke på att näringslivet ger de ekonomiska förutsättningarna för de åtgärder som en god folkhälsa baseras på. Samverkan med näringslivet hade också gett en bättre balans i resonemangen och en större realism i förslagen till åtgärder”. Även *Sundsvalls kommun* anser att kommittén borde ha förankrat sitt processarbete bättre hos näringslivet.

*Föreningen Svensk Företagshälsovård* delar i allt väsentligt kommitténs redogörelse för utvecklingen i arbetslivet. Föreningen ser gärna att företagshälsovården får en utökad, kvalitetssäkrad roll, vilket skulle kunna leda till metodutveckling inom arbetsmiljöområdet. Bland annat ser föreningen möjligheter att på ett aktivt sätt följa upp så kallade långa sjukfall. Även *LO* lyfter fram behovet av en god företagshälsovård och de vinster som kan göras genom ett väl utvecklat samarbete med skyddsombuden. *Västerås kommun* anser att arbetsmiljön är en viktig folkhälsofråga och att en väl fungerande företagshälsovård är en förutsättning för ett lyckat utfall. Även *Forshaga kommun* trycker på vikten av en väl genomtänkt personalvård.

*Svenska Kommunalarbetsförbundet* efterlyser en analys av hur de fackliga parterna kan bidra till att arbetsmiljön och hälsa förbättras utan att detaljreglera allt.

*Samband mellan faktorer i arbetslivet och ohälsa*

SAF anser att sambandet mellan arbetsmiljö och ohälsa inte är tillräckligt klarlagt för att kommittén skall kunna dra de slutsatser som dras i betänkandet. Den forskning som redovisas handlar inte om ohälsa i egentlig mening utan mer om välbefinnande enligt SAF:s uppfattning. SAF efterlyser en distinktion mellan ohälsa och sjukdom å ena sidan och välbefinnande å andra, eftersom frågor som rör ohälsa och sjukdom bör prioriteras högre än frågor som berör välbefinnande. SAF anser att den stora ökningen av sjukskrivningar under de senaste åren inte beror på en ökad sjuklighet utan på ett minskat välbefinnande.

SAF anser att kommittén i fortsättningen bör ta större hänsyn till faktorer som ligger utanför arbetslivet, såsom livsstil, och i mindre utsträckning poängtera den arbetsrelaterade sjukligheten. SAF anser vidare att livet utanför arbetet numera är en betydligt viktigare orsak till ohälsa.

*Arbetskyddsstyrelsen* påpekar att kunskapsgenereringen inom detta område står för tilltagande svårigheter då såväl förändringar i arbetsskadeförsäkringen som de nya anställnings- och arbetsorganisationsformerna försvårar möjligheterna att upptäcka samband.

*Svensk Yrkes- och Miljömedicinsk förening* påpekar det faktum att statistiken över arbetsskador under senare år har försämrats. Föreningen vill också göra kommittén uppmärksam på de hälsorisker som uppstått under senare år i samband med företagshälsovårdens nedrustning och de förändrade villkoren på arbetsplatserna. Hotet om arbetslöshet har, menar föreningen, bidragit till att fler och fler utsätter sig för risker, något som förefaller speciellt vanligt i små och nyetablerade företag.

*Stockholms stad* anser att kommittén har en gammaldags syn på relationen mellan arbetsliv och hälsa. Stockholms stad menar att det finns mycket positivt i de nya arbetsorganisationerna, och pekar på flextid och distansarbete som möjligheter för exempelvis småbarnsföräldrar att själva disponera sin tid och att dela på arbetet.

*Arbetsklimat och negativ stress*

*Rådet för Arbetslivsforskning (RALF)* vill göra kommittén uppmärksam på att segregering inte bara är ett fenomen som drabbar invandrare, utan visionen för folkhälsan måste även omfatta att segregering på andra grunder (ålder, sexuell identitet, socioekonomiska status, funktionshinder, etc.) måste minska. Även *Kommun- respektive Landstingsförbundet* förfäktar en liknande åsikt.

Västra Götalandsregionen uppfattar att fenomenet "negativ stress" är ett växande problem och att detta framföra allt drabbar kvinnor. Regionen vill därför se problemet som en jämställdhetsfråga, något som även uppmärksammas av *Kommun- och Landstingsförbunden*.

*Centerkvinnorna* lyfter fram det hårdnande klimatet på arbetsplatserna och efterlyser åtgärder för att hantera stress, mobbning, olösta konflikter och andra frågor som bidrar till en försämrad psykisk och psykososocial hälsa. *Miljöpartiet de Gröna på Södermalm* uttrycker likaså oro för det hårdnande klimatet på arbetsplatserna och på arbetsmarknaden, och menar att sextimmarsdagen vore ett sätt att minska hälsoriskerna i arbetet. *Diskrimineringsombudsmannen* vill att kommittén vidareutvecklar resonemanget om etnisk diskriminering på arbetsplatsen.

*SIOS – Samarbetsorgan för Invandrarorganisationer i Sverige* – uttrycker oro för den stress som drabbar kvinnor i vård- och serviceyrken. SIOS menar att det behövs konkreta åtgärder från arbetsgivarnas sida som förbättrar arbetsmiljön och förebygger långa sjukskrivningar.

*Forshaga kommun* vill uppmärksamma den negativa stressen och projektanställningarna som källor till stress och ohälsa. Det är viktigt att granska vad som händer i förändringsprocesserna, menar kommunen. Kommunen tror att sextimmarsdagen kanske är en lösning på den ökande stressen. Även *Enköpings kommun* uppmärksammar problemen, och betonar speciellt de växande klyftorna mellan hög- och lågutbildade och att kommittén speciellt bör uppmärksamma möjligheterna till livslångt lärande.

*LO* anser att mycket av den ökande långtidssjukskrivningen kan tillskrivas "inlåsningen" i arbetslivet och att vissa arbetare med kort utbildning hamnar i dåliga arbetsmiljöer och tvingas arbeta kvar där, trots en dålig hälsa. *LO* menar att detta ofta drabbar kvinnor och att det bidrar till belastningsbesvär, psykiska åkommor och utbrändhet. Även *Sveriges Psykologförbund* vill uppmärksamma frågan om kvinnors låga utbildning och deras speciella utsatthet. Förbundet vill peka på att många av kvinnorna varit drabbade av ett flertal stressfaktorer, t.ex. omorganisationer och ökade prestations- och kompetenskrav, och att behovet av åtgärder är stort.

*LO* vill fästa kommitténs uppmärksamhet på de flexibla anställningsformerna och anser att alla arbetstagare måste ha samma rättigheter och samma rätt till förebyggande insatser.

*Lärarförbundet* påpekar att många av deras medlemmar för närvarande upplever stress och ohälsa på sina arbetsplatser. Förbundet uppmärksammar behovet av ökade resurser i kombination med en förbättrad företagshälsovård och bättre förebyggande insatser.

SAF påpekar att hotet om arbetslöshet i kombination med de nya anställningsformerna och slimmade organisationer, som kommittén ser som en orsak till den ökade ohälsan i arbetslivet, i stället är en följd av höga arbetskraftskostnader och arbetsrättslagstiftningen.

TCO uppmärksammar problemen med förändringarna i arbetslivet, och är speciellt bekymrad över hur kvinnor i vårdande yrken drabbas. Organisationen föreslår ett antal åtgärder:

- långsiktigt mer hållbara arbetsorganisationer
- likvärdiga arbetsvillkor oavsett arbetsform
- ökad egenmakt och kontroll över det egna arbetet
- ett förändrat ledarskap som bygger på förtroende samt
- speciella insatser mot mobbning och kränkande särbehandling

Folkrörelserådet vill göra kommittén uppmärksam på ensamarbetarnas hälsoproblematik. Det handlar om en växande skara människor, som bl.a. oftast saknar tillgång till företagshälsovård.

#### *Arbetsgivarens ansvar att eliminera eller motverka risker*

Arbetsarkyddsstyrelsen ifrågasätter kommitténs förslag om ekonomiskt stöd till arbetsgivare från försäkringskassan för åtgärder i syfte att eliminera eller motverka risker för sjukdom eller skada. Arbetsgivarens skyldighet att tillhandahålla en säker arbetsplats inom ramen för egen verksamhet är klart fastlagd i gällande arbetsmiljölagstiftning och avsteg från denna princip kan leda till avsteg från konkurrensneutrala principer. Även Riksförsäkringsverket är kritiskt till ett sådant förslag. RFV anser att arbetsmiljön är arbetsgivarens ansvar, och att tillsynen av arbetet skall utgöras av Yrkesinspektionen. RFV förordar dock ett ökat samarbete mellan Yrkesinspektionen och försäkringskassorna, och pekar på ett lyckat försök i Östergötland.

Landstinget Sörmland anser att förslaget att försäkringskassan skall kunna stödja mindre företag som anlitar kvalitetssäkrad företagshälsovård är bra.

Sollefteå kommun vill lyfta fram att arbetsgivaren har ett ansvar för de anställdas hälsa, men påpekar samtidigt att företagen har ett annat ansvar, nämligen att beakta hälsoaspekterna i de produkter som företaget framställer.

*Arbetsplatsen som hälsofrämjande arena*

Arbetsarkivstyrelsen anser att avsnitten om den arbetsorganisatoriska och psykosociala arbetsmiljön ger en dubiös bild av förhållandena. Styrelsen är kritisk till att begreppet hälsofrämjande arbetsplats används som en lösning på detta problem. "En alltför entusiastisk betoning av detta koncept kan i sämsta fall leda till att fokus ensidigt riktas mot stärkande av arbetstagaren än mot åtgärder för att eliminera arbetsplatsens brister", skriver styrelsen.

Försäkringskassaförbundet är mer positivt inställda till begreppet "hälsofrämjande arbetsplats/företag". Förbundet anser att begreppet skulle kunna lanseras som en kvalitetsstämpel som ges till företag som konsekvent arbetar för att uppnå en god arbetsmiljö. Förbundet anser att erfarenheterna från Arbetslivsfondens verksamhet bör kunna tas till vara i detta sammanhang.

Handikappombudsmannen (HO) anser att en hälsofrämjande arbetsplats måste ta sin utgångspunkt i att arbetsförhållandena anpassas efter individens behov och förutsättningar. HO vill poängtera att en sådan anpassning måste vara ett förstahandsalternativ och att denna alltid måste prövas innan andra lösningar såsom lönebidrag eller Samhall undersöks. Riksförsäkringsverket påpekar betydelsen av att alla som kan får ett arbete och att tillgång till trygghetssystemen därmed skapas.

Även flera handikapporganisationer lyfter fram att en god arbetsmiljö, som anpassats efter arbetstagarens förmåga, är av stor vikt. Förbundet Funktionshindrade med läs- och skrivsvårigheter, Föreningen för El- och bildskärmsskadade, Hörselskadades Riksförbund, Organisationen Primär Immunbrist och Riksförbundet för Trafik och Polio-skadade lyfter alla fram de svårigheter som drabbar deras medlemmar i arbetslivet och föreslår olika åtgärder som skulle främja såväl hälsa som möjligheter att påverka arbetstagarens liv och stärka dennes ekonomi.

Länsstyrelsen i Skåne är positiv till företeelsen, men önskar att kommittén undersöker möjligheten till synkronisering mellan parallella begrepp såsom "hållbara företag", "jämförbarhetsmärkta företag", "etiska företag" etc. Landstinget i Dalarna och Göteborgs kommun trycker på den viktiga roll som den offentliga sektorn har att såsom föregångare utveckla hälsofrämjande arbetsplatser för den egna personalen. Här vill Landstinget i Halland speciellt peka på de insatser som görs inom området ledarskapsutveckling. Även Västra Götalandsregionen är positiv till detta begrepp, och anser att det finns stora vinster att göra i att utveckla ett sådant koncept.

*Kungälv kommun* anser att begreppet "arbetsplats" är att föredra framför "företag", eftersom den offentliga sektorn på så vis automatiskt omfattas.

### *Rehabilitering*

*Handikappombudsmannen* trycker på behoven av en förstärkt yrkes- och arbetslivsinriktad rehabilitering. Detta ställer sig även *Försäkringskassaförbundet* bakom. Förbundet efterlyser också ökade möjligheter till finansiell samordning mellan försäkringskassan, hälso- och sjukvården och andra aktörer.

Även *Moderata kvinnoförbundet* uttrycker oro för de ökade sjukskrivningskostnaderna och anser att kommittén bör fokusera ytterligare på de erfarenheter som finns att samordna arbetslivsinriktad rehabilitering som gjorts inom t.ex. Finsam- och Socamprojekten.

## **Andra uppdateringar av sakunderlaget**

### *Sysselsättning, arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik*

Arbetsmarknadssituationen har förbättrats för såväl män som kvinnor från årsskiftet 1997/98. Antalet öppet arbetslösa har minskat med drygt 40 procent (ca 160 000 personer) mellan juni 1997 och juni 2000. Under det senaste året är det framför allt arbetslösheten bland kvinnor som har minskat.

Antalet sysselsatta uppgick i juni år 2000 till 4 295 000, vilket är 105 000 fler än i juni 1999. Huvuddelen av sysselsättningsökningen har skett bland kvinnorna. Hela ökningen har skett bland fast anställda och såväl bland hel- som deltidssysselsatta. Om man tittar på perioden juni 1997–juni 2000 kan man konstatera att antalet sysselsatta har ökat med ca 200 000 personer under de senaste tre åren.

I syfte att nå målen om att minska den öppna arbetslösheten så att den uppgår till högst 4 procent av arbetskraften vid utgången av år 2000 och att andelen sysselsatta av befolkningen skall öka till 80 procent år 2004 föreslogs och preciserades i budgetpropositionen för år 2000 (prop. 1999/2000:1) ytterligare insatser. Bl.a. kommer anställningsstöd i form av skattereduktion, genom kreditering av arbetsgivarens skattekonto, som infördes år 1999 för anställning av personer som varit öppet arbetslösa eller i arbetsmarknadspolitiska åtgärder under tre år, nu att gälla alla som varit i denna situation i mer än två år. Kompetensutveckling i arbetslivet tillförs också ytterligare medel.

Ytterligare åtgärder presenterades i den ekonomiska vårpropositionen (prop. 1999/2000:100). Det förstärkta anställningsstödet som infördes 1999 förbättras för den som anställer en som varit arbetslös mer än fyra år. Ett särskilt stöd ges vid anställning av äldre som varit arbetslös mer än två år. Arbetsmarknadspolitiska åtgärder skall mer koncentreras till långtidsarbetslösa. En aktivitetsgaranti införs för personer som varit eller riskerar att vara arbetslösa mer än 24 månader. Medel avsätts för att personer som inte har a-kassa skall få höjd ersättning när de deltar i arbetsmarknadspolitiska program. Den kompletterande utbildningen för arbetslösa invandrare med utländsk utbildning inom hälso- och sjukvårdsområdet förstärks. Kompletterande utbildning inom läraryrken och teknik/naturvetenskap genomförs inom ramen för arbetsmarknadspolitiken. AMS och vårdhuvudmännen skall ordna utbildning för tvåspråkig personal i primärvård och äldreomsorg. Försök med alternativ platsförmedling för invandrare genomförs. Etnisk och kulturell mångfald stimuleras i offentlig verksamhet och privata företag. Rådgivningen för invandrarföretagare skall utvecklas.

### *Rehabiliteringsutredningen*

Sjukfrånvaron i Sverige sjönk kraftigt från slutet av 1980-talet till år 1997 för att därefter öka igen. Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen (SOU 2000:78) konstaterar att sjukfrånvaron har ökat med 80 procent sedan år 1997. Utredningen menar att det allvarligaste är att antalet långtidssjukskrivningar (mer än 30 dagar) har ökat kraftigt sedan slutet av 1990-talet och att ökningen på bara några år är 80 procent (från 123 000 maj 1997 till 217 000 maj 2000). Sjukfallen ökar inte bara i antal utan även i längd, vilket bl.a. innebär att allt fler är sjukskrivna mer än ett år. Om även antalet förtidspensionärer inräknas konstaterar utredningen att det våren 2000 var 645 000 personer i yrkesverksam ålder som var borta från arbetslivet. Motsvarande siffra våren 1997 var 546 000 personer.

Sjukfrånvaron ökar mest bland kvinnor. Ökningen är mer än dubbelt så stor som för män. Bland olika åldersgrupper är den högst för de över 50 år. En annan tendens som framkommit enligt Rehabiliteringsutredningen är att ökningen varit störst inom offentlig sektor.

Vidare har antalet anmälda arbetsskador ökat och SCB:s besvärundersökningar för 1999 visar att en kraftig ökning skett av besvär som beror på stress och andra psykiska påfrestningar.

Rehabiliteringsutredningen har låtit SCB genomföra en speciell undersökning om arbetsmiljön och arbetsförhållandena. Av denna framgår att mer än en fjärdedel av de intervjuade går i tankar att av häl-

soskäl förändra sin nuvarande arbetssituation. Därutöver har drygt 10 procent, vilket motsvarar ca 400 000 personer totalt, också förändrat sin arbetssituation under det gångna året. Av undersökningen framgår att mer än hälften av de personer som haft arbeten med hög anspänning (höga krav och låg kontroll) övervägt en förändring av sin arbetssituation.

Rehabiliteringsutredningen konstaterar även att det kommer att finnas ett ökat behov av arbetslivsinriktad rehabilitering som en följd av den demografiska utvecklingen. Utredningen bedömer att det år 2010 endast går två i yrkesverksam ålder på varje person över 60 år. I slutet av 1990-talet var kvoten 2,5. Vad gäller antalet förtidspensioneringar beräknar utredningen att det idag finns ett ackumulerat behov som innebär att ca 8 000 kommer att beviljas förtidspension per år.

### *Sjukförsäkringsutredningen*

Sjukförsäkringsutredningen har avgivit ett delbetänkande, Sjukförsäkringen – basfakta och utvecklingsmöjligheter (SOU 2000:72). I delbetänkandet presenterar utredningen ett antal preliminära utvecklingsmöjligheter där den stora nyheten är tanken att förlänga sjuklöneperioden från nuvarande 14 dagar till två månader.

Av delbetänkandet framkommer en hel del fakta när det gäller antalet sjukskrivningar, sjukskrivningarnas längd, samhällets kostnader för socialförsäkringarna m.m. Man konstaterar att år 1999 var andelen långtidssjukskrivna kvinnor högre än något tidigare år, däremot var andelen långtidssjukskrivna män något lägre än jämfört med åren 1976 och 1992. Bland annat kan utläsas att de utbetalda ersättningarna år 1999 för sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning och förtidspension/sjukbidrag var på totalt 63 miljarder. Motsvarande siffra för år 1997 var 52 miljarder. År 1991 var det utbetalda ersättningarna på över 70 miljarder, sedan dess har dock regelförändringar skett i systemet.

Sjukförsäkringsutredningen har i samarbete med RFV gjort en stor enkätundersökning för att belysa olika individ- och miljöfaktors påverkan på hälsa och sjukfrånvaro. Resultatet av denna undersökning håller för närvarande på att bearbetas.

*Andra utredningar m.m.*

Kommitténs redovisning av situationen i arbetslivet tangeras också av andra utredningar och i forskningen. Kommittén Velfärdsbokslut har avgivit ett delbetänkande, Velfärd vid vägskalet (SOU 2000:3) som tar upp väsentliga utvecklingsdrag under 1990-talet. I detta velfärdsbokslut har grundmaterialet hämtats från SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Även Arbetslivsdelegationens slutbetänkande Individ i samhället (SOU 1999:69) samt Långtidsutredningens betänkande 1999/2000 (SOU 2000:7) innehåller vissa uppgifter som har relevans för folkhälsan.

På forskningssidan bedriver Rådet för arbetslivsforskning ett stort projekt som benämns "Magra organisationer i arbetslivet". Detta forskningsprojekt publicerade under våren 2000 ett antal skrifter i ämnet som har stor relevans när det gäller s.k. "slimmade organisationer".

En arbetsgrupp i Näringsdepartementet avser att redovisa förslag om arbetsmiljöåtgärder i början av år 2001. Ett delrapport med inriktning på åtgärdsområden och frågeställningar redovisades under september 2000. Delrapporten är för närvarande föremål för en bred diskussion i samhället.

*Den demografiska utvecklingen och arbetsmarknaden*

Det låga barnafödandet i kombination med de stora kommande pensionsavgångarna kan antas få den konsekvensen att vi framöver får ett negativt saldo när det gäller personer i förvärvsaktiv ålder, vilket kan leda till arbetskraftsbrist inom många sektorer och yrken. Detta kommer med stor sannolikhet att innebära ett tryck på staten och arbetsgivarna att satsa mer resurser på det förebyggande arbetsmiljöarbetet och på tidig arbetslivsinriktad rehabilitering. Arbetskraftsbristen kommer sannolikt att utgöra ett hot mot välfärden samtidigt som den borde utgöra en positiv kraft i det förebyggande arbetsmiljöarbetet och i utvecklingen av arbetsorganisationen i vid mening. I båda fallen påverkas folkhälsoarbetet.

### 2.1.3 Bedömning

Förvärvsarbete är en viktig källa till försörjning, identitet och sociala relationer och har därmed en stor betydelse för vår hälsa. Hälsan påverkas också av vilket arbete vi har. Fortfarande finns arbeten som är monotona och tunga och som kännetecknas av hög ergonomisk belastning samt kemiska och fysikaliska risker. Vidare finns arbeten som

innebär psykiska risker och besvär bl.a. i form av negativ stress, dvs. höga psykiska krav i kombination med litet beslutsutrymme.

Utvecklingen på den svenska arbetsmarknaden har varit positiv under de senaste tre åren. Väsentligt fler har sysselsättning och färre är arbetslösa än under 1990-talets krisår. Samtidigt med denna förbättring har sjukfrånvaron ökat kraftigt, särskilt långa sjukskrivningar och för kvinnor i offentlig verksamhet. Även anmälda arbetsskador har ökat. En kraftig ökning finns i besvär som beror på stress och andra psykiska påfrestningar. Sjukfrånvaron inkl. långtidsfrånvaron var hög även under den ekonomiska högkonjunkturen i början av 1990-talet. Det som är nytt under den nu aktuella högkonjunkturen är framför allt att de som har psykiska besvär är fler och andelen kvinnor betydligt högre. Man bör möjligtvis vara något försiktig med att säga hur stor ökningen av psykiska besvär är. Tidigare kunde samma besvär döljas under andra sjukskrivningsdiagnoser. Oavsett hur stor ökningen är, så är förekomsten av stress och psykiska påfrestningar mycket stor.

Stressen i arbetslivet och kvinnors arbetssituation uppmärksammas av ett stort antal remissinstanser. Dessa betonar att det är angeläget att finna lösningar på den ökande stressen i arbetslivet. De pekar också på att det är viktigt att uppmärksamma och åtgärda kvinnors arbetsvillkor, i synnerhet de villkor som kvinnor i offentlig verksamhet har. Stress i arbetslivet diskuteras mer utförligt i kapitel 8 i denna bilagedel.

Begreppet hälsofrämjande arbetsplatser anses positivt av flera instanser, men ifrågasätts av Arbeterskyddsstyrelsen som ser en risk med begreppet genom att fokus flyttas från arbetsplatsens brister till arbetstagaren. Förslag om ekonomiskt stöd till arbetsgivare från försäkringskassan för åtgärder i syfte att eliminera eller motverka risker för sjukdom eller skada ifrågasätts av såväl Arbeterskyddsstyrelsen som Riksförsäkringsverket. Förstärkt företagshälsovård respektive yrkes- och arbetsinriktad rehabilitering framhålls däremot som angeläget av flera instanser.

Mot bakgrund av detta finns det inga avgörande skäl till att ändra den inriktning som föreslås i delbetänkandet utöver att det förslag bör utgå som uttrycker att försäkringskassan bör få möjlighet att bidra till att arbetsgivare vidtar åtgärder i syfte att eliminera eller motverka risker för sjukdom och skada. Beträffande begreppet hälsofrämjande arbetsplatser bör betonas att detta primärt avser att fokusera arbetsplatsens förutsättningar, inte beteendet hos den enskilde arbetstagaren. Hälsofrämjande arbetsplatser omfattar ett brett spektrum av faktorer som avser ledarskapsprinciper, organisationskultur, arbetsorganisatoriska principer, en personalpolicy som integrerar hälsofrämjande åtgärder med andra frågor samt en integrerad arbetshälso- och arbetarskyddsorganisation.

Ett fortsatt stöd till regionala skyddsombud är angeläget, särskilt med tanke på deras medverkan vid utarbetande av handlingsprogram för arbetsmiljön m.m. i små företag där lokala skyddsombud saknas. Det är viktigt med fortsatt stöd till arbetsmiljöutbildningar.

Företagshälsovården är en viktig resurs med sin kombinerade kompetens inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområden och inom hälso- och sjukvård. Företagshälsovården har efter en omorganisation under 1990-talet inte längre några statsbidrag till verksamheten. Många större företag har behållit sin företagshälsovård i samma omfattning och med samma uppgifter som tidigare, medan många mindre företag har dragit sig ur företagshälsovården i traditionell mening. Hälsoskäl talar för att alla arbetsplatser borde ha tillgång till företagshälsovård.

De genomgripande förändringarna av arbetsmarknaden och arbetslivet under 1990-talet, särskilt ökningen av besvär som beror på stress och andra psykiska påfrestningar, ger anledning till att en fördjupad undersökning görs av arbetslivsfrågorna. En arbetslivskommission bör av det skälet inrättas.

I en sådan kommissions arbete bör ingå att belysa arbetsmiljöproblemen i hela dess vidd och föreslå lösningar. Vidare bör ingå att ta fram och bedöma forskningsresultat om vad som är acceptabla tidsramar för arbete. Den långsiktiga trenden är att allt fler ständigt eller periodvis arbetar utanför det tidsintervall på dygnet då kropp och psyke fungerar optimalt från prestationssynpunkt. Hur detta påverkar hälsan bör klargöras. Vidare är det angeläget att undersöka vilken betydelse arbetstidens längd har för hälsan. Andra frågor av betydelse som bör undersökas i ett hälsoperspektiv är företagets internationalisering, EU-anpassning, nya former för arbeidskontrakt som i vissa fall ger sämre anställningstrygghet, den nya informationstekniken, migrationen, ökade krav på kompetensutveckling, hårdare arbetstempo, neddragningar av personal inom den offentliga sektorn och färre centrala avtal mellan arbetsmarknadens parter. En arbetslivskommission bör ha en bred sammansättning och inkludera arbetsmarknadens parter.

I avvaktan på att en sådan arbetslivskommission tar ett samlat grepp på arbetslivets stora frågor är det angeläget att arbetet för en god arbetsmiljö fortsätter. I detta bör ingå anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar, att inflytandet och utvecklingsmöjligheterna ökar för såväl individer som kollektiv samt att övertidsarbetet minskar på arbetsplatserna.

Utvecklingen i Sverige under senare år har inneburit att företag och förvaltningar har slimmats allt mer och att andelen projekt- och behovsanställda har ökat. Som i många andra industriländer har utvecklingen också inneburit en sjunkande efterfrågan på korttidsutbildad arbetskraft.

I och med att möjligheterna att få ett arbete respektive att behålla ett arbete idag i ökande grad handlar om samspelet mellan förändrade krav på arbetsmarknaden och människors utbildningsmässiga och hälso-mässiga förutsättningar, är de nödvändiga åtgärderna inte bara en fråga om arbetsmarknadspolitik utan i hög grad också om utbildning – och hälsa.

Många i arbetskraften har fortfarande inte gymnasial utbildning och kan behöva komplettera sin utbildning. Det gäller framför allt personer med funktionshinder, utomnordiska invandrare med kort utbildning, korttidsutbildade med yrken och arbetsuppgifter som minskar samt ungdomar som inte fullföljer sina gymnasiestudier.

Individens rätt till kommunal vuxenutbildning föreslås av Kunskapslyftskommittén (SOU 2000:28) att utökas och att staten garanterar individerna tillgång till gymnasial kompetensnivå. Personer med utvecklingsstörning bör enligt Kunskapslyftskommittén garanteras grundläggande vuxenutbildning som andra vuxna. Detta bör ha betydelse för dessa gruppers framtida hälsa, eftersom utbildning allmänt är positiv från hälsosynpunkt.

En del invandrare har mycket kort utbildning. Det är angeläget att vuxenutbildningen utformas så de får bättre möjligheter att bygga på sin utbildning samt att alla invandrare, kort- eller långtidsutbildade, ges goda möjligheter att lära sig svenska för att få en chans att få en förankring på arbetsmarknaden.

Gymnasieskolan bör utformas på ett sätt så att inga elever lämnar gymnasiet med ofullständiga betyg. Satsning på kommunal vuxenutbildning, kompetensutveckling och livslångt lärande, genom stöd till folkbildningen, är också centralt. Diskriminering på arbetsmarknaden av utomnordiska medborgare, homosexuella och personer med funktionshinder bottnar oftast i bristande kunskap och måste aktivt bekämpas.

Arbetsgivarna har ett förstahandsansvar för rehabilitering av anställda som varit frånvarande från arbetet under en längre tid på grund av sjukdom. Inom rehabiliteringsområdet behövs ökade insatser även av försäkringskassorna. Med tidiga insatser kan det vara lättare att återgå till de tidigare arbetsuppgifterna. Det kan dessutom finnas behov av rehabiliteringsåtgärder bland personer med hälsoproblem och arbetshandikapp som fortfarande är i arbete. Om återgång till det tidigare arbetet inte är möjligt, innebär rehabilitering ofta någon form av utbildning för att t.ex. kunna få nya arbetsuppgifter. Allt fler som har rehabiliteringsbehov kommer att vara lite äldre, vilket ställer särskilda krav.

Personer med olika former av funktionshinder och som inte får någon anställning på den öppna arbetsmarknaden bör erbjudas anställ-

ning med t.ex. lönebidrag eller inom Samhall. Att förtidspensionera människor som både kan och vill utföra arbete är en uppenbar riskfaktor för hälsan.

Det låga barnafödandet i kombination med de stora kommande pensionsavgångarna kan antas leda till arbetskraftsbrist inom många sektorer och yrken i ett längre tidsperspektiv. Det är med tanke på detta angeläget att resurser satsas på förebyggande arbetsmiljöarbete och tidig arbetslivsinriktad rehabilitering. Sådana satsningar ger, förutom en uthållig ekonomisk utveckling, en förbättrad hälsa i befolkningen.

## 2.2 Ekonomisk trygghet<sup>24</sup>

### 2.2.1 Sammanfattning av avsnitt 4.3 i SOU 1999:137

#### **Sambandet mellan ekonomisk försörjning och hälsa**

Fattigdom är den idag i särklass helt dominerande orsaken i världen till för tidig död, långvarig sjukdom och invaliditet. I länder där 80–90 procent av befolkningen tjänar mindre än 1 dollar per dag överlever mindre än 60 procent av befolkningen till 40 års ålder. I de rika länderna och särskilt i Sverige är absolut fattigdom med näringsbrist, bostadsbrist etc. en mycket ovanlig orsak till ohälsa, även om det förekommer t.ex. bland hemlösa. Här är det istället relativ fattigdom och inkomstskillnader i samhället som påverkar folkhälsan.

Ett stort antal studier har belyst sambandet mellan inkomstfördelning och folkhälsa. Av studierna framgår att sambandet mellan BNP-nivån per capita i olika länder och dödlighetsnivån är svagare än det samband som finns mellan ländernas interna inkomstspridning och dödlighetsnivån<sup>25</sup>. En stor inkomstspridning är en riskfaktor för ohälsa jämfört med en jämn inkomstfördelning.

Flera tolkningar av sambandet har förts fram. En är att samhällen med en stor inkomstspridning har en högre andel exponerade för relativ

<sup>24</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Departementsråd Illija Batljan, Socialdepartementet, har biträtt sekretariatet med faktauppdateringar.

<sup>25</sup> Se bl.a. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996 och Kaplan GA et al. Inequality in income and mortality in the United States. *BMJ* 1996; 312:999–1003.

fattigdom (exempelvis definierat som inkomst under 50 procent av medianinkomsten) och därmed, allt annat lika, en högre dödlighet. En annan förklaring är att inkomstspridningen kan påverka, och påverkas av samhällets sociala sammanhållning och tillit som viktiga förmedlande faktorer.<sup>26,27</sup> En del studier visar t.ex. att samhällen med stora inkomstklyftor också uppvisar svaga välfärdsinstitutioner och låga investeringar i s.k. socialt kapital, medan det omvända oftast gäller för samhällen med små inkomstklyftor.<sup>28</sup> Starka välfärdsinstitutioner har skyddande effekter mot ohälsa. Även social integration och socialt stöd är viktiga skyddsfaktorer mot ohälsa på individnivå.<sup>29</sup>

De stora kontraster i inkomster som redovisas i de utländska studierna finns inte i Sverige. I och med att inkomstklyftorna har tenderat att öka även i Sverige är dock inkomstspridningen ett observandum när det gäller folkhälsan även här.

Aktuella och representativa amerikanska studier visar på betydelsen av relativ fattigdom. Det finns många studier som handlar om denna fattigdoms effekter på barns hälsa, skolprestationer och beteendeviktelser.<sup>30</sup> Barn i fattiga hushåll rapporterar dålig hälsa i betydligt högre grad än övriga.<sup>31</sup> På samma sätt har studier av dödligheten bland vuxna i yrkesverksam ålder visat ett mycket starkt samband mellan inkomst och hälsa.<sup>32</sup>

Studier om svenska förhållanden som har gjorts visar samband mellan inkomst och hälsa. I en studie<sup>33</sup> redovisades samband mellan inkomst och symptom på såväl somatisk som psykisk ohälsa bland vuxna i åldern 35–64 år av samma storleksordning som i de utländska studierna.

<sup>26</sup> Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D: Social capital, income equality and mortality. *Am J Publ Health* 1997;97:1491–1498.

<sup>27</sup> Wilkinson RG. *Unhealthy Societies*. a.a.

<sup>28</sup> Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D: Social capital, income equality and mortality. a.a.

<sup>29</sup> Hanson BS, Isacson SO, Janzon L, Lindell SE: Social network and social support influence mortality in elderly men. *Am J Epid* 1989;130:100–111.

<sup>30</sup> Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future Child* 1997;7:55–71.

<sup>31</sup> Montgomery LE, Kiely JL, Pappas G. The effects of poverty, race and family structure on US children's health: data from the NHIS 1978 and 1989 through 1991. *Am J PH* 1996;86:1401–1405.

<sup>32</sup> Se bl.a. McDonough P, Duncan GJ, Williams D, House J. Income dynamics and adult mortality in the US 1972-through 1989. *Am J PH* 1997;87:1476–1483.

<sup>33</sup> Lundberg O, Fritzell J: Income distribution, income change and health. In: *Economic change, social welfare and health in Europe*. 1995, WHO-Euro 54:37–58.

Aktuella data från SCB:s ULF-material visar på ett starkt samband mellan inkomst och självskattad hälsa i dagens Sverige. Det gäller särskilt mått på ekonomisk stress i form av upplevda svårigheter att få pengarna att räcka till hyra och/eller mat under det gångna året samt avsaknad av kontantmarginal, definierad som svårigheter att vid behov skaffa fram 14 000 kronor på en vecka. För både män och kvinnor med dessa ekonomiska svårigheter är risken för ohälsa omkring två gånger högre än vad som gäller för befolkningen i genomsnitt.<sup>34</sup>

Kunskapen om mekanismerna bakom den relativa fattigdomens påverkan på hälsan är ofullständig, men vi vet att permanent låga inkomster och inkomstförsämringar är riskfaktorer genom den ekonomiska stress och i vissa fall skam som det innebär att inte ha samma möjligheter som andra i samhället, att behöva oroa sig för att ekonomin inte skall gå ihop etc. Vidare vet vi att ekonomisk stress och arbetslöshet i hög grad interagerar, dvs. att effekten av den ena faktorn är beroende av närvaron av den andra.<sup>35</sup> Många studier från Europa visar t.ex. att hälsoeffekten av arbetslöshet, inte minst med avseende på depressioner, är starkt beroende av i vilken utsträckning arbetslöshet leder till ekonomiska svårigheter. Vidare är det bevisat att också tobaksrökning är relaterad till ekonomisk stress och arbetslöshet.<sup>36</sup> Sammanfattningsvis är ekonomisk trygghet och dess fördelning mycket viktig för utvecklingen av folkhälsan.

### **Ekonomisk trygghet – utveckling och tendenser**

De kraftiga försämringarna av den offentliga ekonomin och arbetsmarknaden under 1990-talet har påverkat hushållens ekonomiska försörjning. Som ett led i den statliga budgetsaneringen sänktes nivåerna i de statliga transfereringarna och beskattningen av hushållen ökade. Dessa förändringar har enligt Finansdepartementets fördelningspolitiska analyser åstadkommit utan att spridningen av den ekonomiska standarden mellan olika grupper har påverkats i någon större utsträckning under perioden 1991–1998. Trots detta har emellertid de flesta grupper fått en försämrad ekonomisk standard under decenniet.

<sup>34</sup> Se avsnitt 4.3 i SOU 1999:137.

<sup>35</sup> Blank N, Diderichsen F. The effects of poverty on sleep problems in Sweden. *Scan J Soc Welf* 1997;6:91–98. Starrin B, Rantekaisu U, Hagquist C: Ekonomisk påfrestning, skamgörande erfarenheter och ohälsa under arbetslöshet. *Arbetsmarknad och Arbetsliv* 1998;4,2,91–108.

<sup>36</sup> *Folkhälsorapport 1994*. Stockholm läns landsting 1994.

Medan hushållens genomsnittliga ekonomiska standard har bedömts minska med 4 procent under perioden 1991–1998 har standarden under samma period minskat med tvåsiffriga tal för ungdomar och för ensamstående föräldrar med två eller fler barn respektive samboende vuxna med tre eller fler barn. Vidare har barnfamiljer, unga människor, utomnordiska invandrare och arbetslösa personer ökat sitt långvariga socialbidragstagande i stor omfattning. Dessa människors möjligheter att få fullgott ekonomiskt skydd har också försämrats beroende på förändringar i kvalificeringsvillkoren i olika transfereringssystem och strukturella förändringar på arbetsmarknaden. Dessa förändringar ökar risken för ekonomisk marginalisering och fattigdom vilket påverkar folkhälsan negativt.

### **Forskning**

Det finns få svenska studier om sambandet mellan människors försörjningssituation och hälsa. Sådan forskning bör därför byggas ut och inriktas på bl.a.

- spridning i ekonomisk standard och hälsoutfall,
- låga inkomster respektive inkomstförändringar och hälsoutfall.

Vidare bör forskningen ta fasta på hur ohälsa, sjukdom och funktionsnedsättningar påverkar berörda individers och hushålls ekonomiska situation. Forskningen bör avse såväl svenska förhållanden som jämförelser mellan svenska och utländska förhållanden.

### **Befintliga mål och strategier**

Arbetsmarknadssituationen har förbättrats för såväl män som kvinnor från årsskiftet 1997/98 genom att sysselsättningen har ökat och arbetslösheten har minskat. Denna förändring tillsammans med förbättringar från ungefär samma tidpunkt av den offentliga sektorns ekonomi innebär att vissa förändringar har kunnat ske av regler, åtgärder och mål med avseende på den ekonomiska politiken, arbetsmarknaden och socialförsäkringssystemen.

I den ekonomiska vårpropositionen som har godkänts av riksdagen (prop. 1998/99:100, bet. 1998/99:FiU20, rskr. 108) redovisades vissa åtgärder som direkt påverkar individers och grupperns försörjningssituation. De sammantagna åtgärderna är avsedda att framför allt gynna hushåll med låg ekonomisk standard. Vidare redovisades ett antal åtgärder på arbetsmarknads- och utbildningspolitikens område som ett

led i regeringens ansträngningar i att uppfylla målen avseende sysselsättning och arbetslöshet.

#### **Målförslag i avsnitt 4.3 i SOU 1999:137**

*1. Ökade inkomstklyftor bör motverkas*

- Skatter och transfereringar bör motverka ökade inkomstklyftor.

*2. Minskad relativ fattigdom*

- Försörjningssituationen för hushåll med låga inkomster bör förbättras.
- Möjligheter till eget arbete bör förbättras för personer som saknar arbete.
- Nya kvalifikationsvillkor för arbetslöshets- och sjukförsäkringen bör övervägas.
- Kompensatoriska åtgärder bör finnas för barn och ungdom i utsatta områden.
- Skuldsaneringen bör omfatta fler.

*3. "Skydd" mot otrygga anställningar och inkomstförsämringar*

- En fortgående kompetensutveckling i arbetet bör stimuleras för att skapa utveckling och trygghet.
- Arbetsvillkoren för anställda i vård-, omsorgs- och utbildningsyrken bör bli bättre.
- Socialförsäkringssystem bör vara trygga och förutsägbara med avseende på inkomstnivåer.

*4. Ekonomisk trygghet vid arbetshandikapp*

- Samordningen mellan sjukförsäkringen/förtidspensioneringen och arbetslöshetsförsäkringen bör bli bättre.

*5. Mer förebyggande inslag i socialförsäkringen*

- Nuvarande regler om förebyggande inslag bör tillämpas mer.
- Möjligheterna till förebyggande insatser bör vidgas.
- Försäkringskassorna bör vara aktiva i det lokala och regionala folkhälsoarbetet.

## 2.2.2 Kompletteringar

### Remissinstansernas synpunkter

#### *Allmänna synpunkter*

*Folkhälsoinstitutet* anser att målet om att motverka ökade inkomstklyftor är ett mycket viktigt mål, men att det bör tydliggöras för att undvika legitimitetsproblem. Institutet tror att det är svårt att få den ekonomiska politiken att underställa sig folkhälsopolitiken, men att det samtidigt är viktigt att den ekonomiska politiken utsätts för en granskning. Mått och indikatorer som följer utvecklingen inom detta område är därför väsentliga, och bör utvecklas så att de kan användas på såväl lokal som central nivå.

*Länsstyrelsen i Skåne* anser att den relativa fattigdomen är en stor fråga för folkhälsan. Styrelsen anser att en ökad jämställdhet mellan könen är en kärnfråga när det gäller att förbättra villkoren på arbetsmarknaden, något som man önskar att kommittén speciellt beaktar.

*Linköpings kommun* föreslår att målet att ökade inkomstklyftor bör motverkas ändras till "inkomstklyftorna skall minska".

*SACO – Sveriges Akademikers Centralorganisation* – är kritisk till kommitténs formulering av allmänna strategier som att ökade inkomstklyftor bör motverkas. Organisationen anser att "Sverige måste eftersträva en lönebildning som stimulerar till studier och kompetensutveckling, till vidareutveckling av yrken, till balans och flexibilitet på olika delarbetsmarknader samt till tillväxt och sysselsättning." Framtida välfärd måste enligt SACO grundas på hög kvalitet i fråga om utbildning, kunskap och kompetens.

Även *TCO – Tjänstemännens centralorganisation* – är fundersam över skrivningarna att inkomstklyftorna inte bör öka, eftersom alltför ambitiösa planer på minskade inkomstklyftor också kan ha en negativ inverkan. TCO vill att speciell uppmärksamhet fästs vid de mest utsatta för att undvika att en grupp människor fastnar i permanent bidragsberoende.

*Socialvetenskapliga forskningsrådet* anser att kommittén berör centrala frågor kring hur social segregation uppkommer och vidmakthålls, och efterlyser en tydligare problematisering än vad som görs i betänkandet.

*Riksförsäkringsverket* påpekar att man anser att inkomsttaket för ersättning av sjukförsäkringen bör höjas, så att även människor med en årsinkomst över 7,5 basbelopp kompenseras fullt ut vid sjukdom.

*Arbetslöshet som ohälsfaktor*

Flera remissinstanser anser att det är viktigt att ytterligare uppmärksamma den riskfaktor som arbetslösheten utgör. *Socialstyrelsen* lyfter fram denna diskussion, och varnar i sitt remissvar för två-tredjedels-samhället. Styrelsen vill uppmärksamma kommittén på diskussionerna om alternativ till lönearbete, liksom på de satsningar som genomförts för att få arbetslösa med ett långvarigt socialbidragsberoende i arbete. *Diskrimineringsombudsmannen* efterlyser konkreta strategier för att öka sysselsättningen bland invandrare.

Även *Sveriges Läkareförbund* varnar för hälsoriskerna bland de grupper som hamnar utanför arbetsmarknaden. Speciellt vill förbundet fästa kommitténs uppmärksamhet på vissa etniska grupper, exempelvis afrikanska invandrare.

*SIOS – Samarbetsorgan för Invandrarorganisationer i Sverige* – vill betona vikten av strategier som underlättar förverkligandet av målet ökad sysselsättning, framför allt vad gäller invandrare.

*Kommunförbundet i Värmland* betonar arbetslösheten som ett stort problem, speciellt i glesbygder. Förbundet anser dock att ett lokalt folkhälsoarbete som bygger på mobilisering kan fungera som en motvikt och ett sätt för människor och orter att bryta en negativ trend.

*Linköpings kommun* vill fästa uppmärksamheten på begreppet ”meningsfull sysselsättning”. Man önskar en fortsatt diskussion av vad begreppet står för och hur lösningar kan utvecklas som ger möjligheter för t.ex. äldre arbetskraft att utföra de arbetsuppgifter som kommunen menar finns. Liknande åsikter uttrycks från *Laholms kommun*, som menar att vi radikalt behöver förändra vår syn på arbete, och mer anpassa arbetslivet efter individernas förutsättningar och möjligheter.

*Förebyggande sjukpenning*

*Riksförsäkringsverket* delar kommitténs uppfattning att möjligheterna att få sjukpenning under behandling för att förebygga sjukdom som kan orsaka arbetsoförmåga, utnyttjas i alltför liten utsträckning. I dagsläget kan försäkringskassan betala sjukpenning i förebyggande syfte, men inte köpa behandlingar, t.ex. rökavvänjning, viktreduktion eller terapi. Detta beklagas av *Försäkringskasseförbundet* som efterlyser ”en friare rätt att disponera resurser för förebyggande insatser, som ur sjukförsäkringssynpunkt är angelägna”.

### Övriga synpunkter

*Konsumentverket* lyfter fram en effekt av den ökande fattigdomen bland barnfamiljer, nämligen att man inte har tid och ork att ta till sig information för att förebygga skador. Risken finns att man också köper billiga produkter av sämre kvalitet, samt att man inte anser sig ha råd att förse barnen med säkerhetsutrustning såsom cykelhjälm och flytvästar.

*Ungdomsstyrelsen* påpekar att ungdomar är en grupp med litet eget inflytande, och därför speciellt beroende av välfärdspolitikens utformning. Man uttrycker oro för den växande psykiska ohälsan bland unga, och funderar speciellt på den generation som växt upp under nittiotalets nedskärningar. Styrelsen vill också fokusera på ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper unga.

*Landstinget Sörmland* instämmer med kommittén om behovet av stöd till barnfamiljer, och anser att höjning av barnbidrag, maxtaxa i barnomsorgen och förbättrad föräldraförsäkring är angelägna åtgärder. Även *Landstinget i Västernorrland* uppmärksammar behovet av stöd till barnfamiljerna. *SKTF – Svenska kommunaltjänstemannaförbundet* – vill framför allt värna om ensamföräldrarna, som man anser vara speciellt utsatta medan *PRO – Pensionärernas riksorganisation* – vill speciellt värna om den grupp pensionärer som har den lägsta ekonomiska standarden.

### Andra uppdateringar av sakunderlaget

#### *Värdering av olika gruppers situation under 1990-talet*

Kommittén Valfärdsboksut konstatrar i delbetänkandet Valfärd vid vägskäl (SOU 2000:3) att krisen och de svåra påfrestningar svensk ekonomi och välfärd varit utsatta för under 1990-talet har resulterat i att det på många områden först skett en kraftig försämring i början av 1990-talet, därefter en stabilisering och till sist en måttlig förbättring, dock inte till nivån före krisen. Vissa grupper har inte fått del av de förbättringar som skett de senaste åren och inkomstskillnaderna ökar som kraftigast när konjunkturen förbättras. Ensamstående (i huvudsak kvinnor) med barn och gifta/samboende med många (tre eller fler) barn uppvisar de största relativa inkomstminskningarna. Barnen har drabbats hårt på många områden. Barnfamiljernas ekonomi har urholkats och deras relativa ekonomiska position har försämrats kraftigt.

Ungdomar, invandrare och ensamstående mödrar har fått se sina levnadsvillkor försämrats. Bland dessa grupper kan man se en ansamling av välfärdsproblem och andelen som har många problem har ökat

kraftigt. De har erfarit de största relativa försämringarna av sina inkomster och har haft svårast att komma in och hålla sig kvar på arbetsmarknaden. De utmärks också av att de inte tycks ha följt med när situationen förbättrats för de flesta övriga grupper under 1990-talets andra hälft. Ungdomar, invandrare och ensamstående mödrar har också påverkats mest av allt hårdare krav för att få socialbidrag och minskade bidragsnivåer. Trots dessa skärpningar har bidragstagarna under decenniet blivit fler samtidigt som bidragstiderna blivit längre.

Kommittén Velfärdsbokslut lyfter också fram de stora förändringar som har skett på socialförsäkringsområdet. Enligt kommittén kan man när det gäller utvecklingen för socialförsäkringar, arbetslöshetsförsäkring och familjestöd tala om en utveckling som från och med något år in på decenniet och till och med år 1997 framför allt kännetecknats av beslut som reducerar ersättningarnas nivåer och som skärper villkoren för att uppbära ersättning. Under 1998 och 1999 har det fattats ett antal beslut i motsatt riktning när det gäller nivåerna, men i regel utan att dessa fullt återställs till de nivåer som gällde i början av årtiondet.

Kommittén Velfärdsbokslut konstaterar också att det på många områden finns stora kunskapsluckor. Detta gäller framför allt konsekvenserna av samhällseliga åtgärder av olika slag, men också livsvillkoren för de mest utsatta grupperna i samhället. Vidare identifierar kommittén, mot bakgrund av barnfamiljernas försämrade position, ett antal relevanta frågeställningar, bl.a. frågan hur golv- och takproblemen i arbetslöshets- och sjukförsäkringen skall lösas.

#### *Inkomstspridningen under 1990-talet*

Finansdepartementet konstaterar i analyser av inkomstfördelning och marginalisering under 1990-talet<sup>37</sup> att spridningen i disponibla årsinkomster har varit ganska stabil under 1990-talet, men att det möjligen finns en tendens till ökad spridning under senare år. Finansdepartementet gör en annan bedömning än den som redovisas i SCB:s officiella statistik. Enligt den officiella statistiken finns en tydlig tendens till ökad spridning i disponibla inkomster justerade för försörjningsbörda. Gini-koefficienten ökade med drygt 11 procent (från 0,261 till 0,290) mellan åren 1991 och 1997. Finansdepartementets beräkningar visar på en ökning med knappt 4 procent. Skillnaden mot den officiella statistiken förklaras främst av att Finansdepartementet utgår från

<sup>37</sup> Underlagsmaterialet är hämtat från Finansdepartementets fördelningspolitiska redogörelse i prop. 1999/2000:100, bilaga 3.

”bostadshushåll” vid sin analys och har en annan metod för att justera för försörjningsbörda.<sup>38</sup> De framskrivningar av inkomstfördelningen som Finansdepartementet har gjort visar att spridningen i disponibla årsinkomster blir ganska oförändrad under åren 1998-1999.

Barnfamiljernas ekonomiska standard förefaller enligt Finansdepartementets bedömning ha förbättrats något relativt andra grupper under senare år. Barnfamiljernas genomsnittliga ekonomiska standard jämfört med hela befolkningen sjönk från 99 procent år 1991 till 91 procent år 1996. Den ogynnsamma inkomstutvecklingen torde till stor del bero på arbetslösheten. En viss relativ förbättring inträffade år 1997. Framskrivningen pekar på att förbättringen fortsätter och att barnfamiljernas relativa standard ligger runt 93 procent redan år 1999. Höjningen av barnbidragen och skattesänkningen år 2000 kan förväntas medföra att trenden fortsätter. Andelen barn som lever i familjer med svag ekonomi har trots detta ökat, vilket torde sammanhänga med den svaga inkomstutvecklingen ensamföräldrar haft under 1990-talet.

#### *Den senaste utvecklingen på arbetsmarknaden respektive utvecklingen avseende socialbidrag*

Utvecklingen på den svenska arbetsmarknaden har varit mycket positiv de senaste tre åren. Antalet sysselsatta uppgick i juni år 2000 till 4 295 000, vilket är 105 000 fler än i juni 1999. Huvuddelen av

<sup>38</sup> Finansdepartementets har för de egna beräkningarna gjort korrigeringar med avseende på SCB:s officiella statistik: ”Det är individernas ekonomiska välfärd som analyseras. Det innebär ett normativt ställningstagande att samtliga personer, barn som vuxna, ensamboende som samboende, skall ges lika stor tyngd när vi bedömer fördelningen av ekonomiska resurser. Den justerade disponibla inkomsten påförs samtliga familjemedlemmar. Den officiella statistiken visar fördelningen bland hushåll. Det innebär exempelvis att man ger fem gånger större vikt till vad som händer en ensamboende person än vad som vad händer personerna i en familj med två vuxna och tre barn.”

Fördelningen i Finansdepartementets beräkningar beskrivs för ”bostadshushåll”. Ungdomar som bor hemma räknas här till föräldrarnas hushåll. Även andra vuxna än gifta/samboende som lever tillsammans räknas till ett hushåll. I den officiella statistiken räknas hemmaboende ungdomar som egna hushåll, vilket innebär att standarden hos dem och deras föräldrar inte beräknas på rimligt sätt enligt Finansdepartementet.

”Bostadshushåll” som begrepp finns endast tillgängligt för åren 1991 samt 1993-1997. Begreppet ”kosthushåll”, som används fr.o.m. år 1997, är i stort sett detsamma som ”bostadshushåll” men med ytterligare en restriktion, nämligen att de som bor tillsammans måste ha en gemensam hushållsekonomi och kosthållning för att räknas som ett kosthushåll.

sysselsättningsökningen har skett bland kvinnorna. Hela ökningen har skett bland fast anställda och såväl bland hel- som deltidssysselsatta. Om man betraktar perioden juni 1997–juni 2000 kan man konstatera att antalet sysselsatta har ökat med ca 200 000 personer under dessa tre år. Antalet öppet arbetslösa har under samma treårsperiod minskat med drygt 40 procent (ca 160 000 personer). Under det senaste året är det framför allt arbetslösheten bland kvinnor som har minskat.

Denna positiva utveckling på arbetsmarknaden har satt sina spår också i socialbidragsstatistiken. Enligt den senaste statistiken från Socialstyrelsen (Statistik, Socialtjänst 2000:8) minskade antalet hushåll som någon gång under året 1999 fått socialbidrag med 50 600 eller med 14 procent jämfört med 1998. Under 1999 fick ca 313 000 hushåll och 581 000 individer socialbidrag någon gång under året. Samtidigt var den genomsnittliga bidragsperioden per hushåll i stort sett oförändrad jämfört med de två senaste åren (5,8 månader). Denna har ökat successivt sedan år 1990.

Cirka 28 procent av bidragshushållen var långtidsbidragstagande, dvs. hushåll som har erhållit socialbidrag minst tio månader under ett kalenderår. Å andra sidan låg andelen kvarvarande bidragshushåll, dvs. hushåll som fått bidrag två år i följd på 6 procent – den lägsta noteringen sedan år 1993. Den hushållstyp som hade störst andel socialbidragstagare var ensamstående kvinnor med barn där 29 procent av hushållen i befolkningen fick socialbidrag under år 1999. Sedan år 1998 har denna kategoris andel minskat med sex procentenheter.

#### *Nyheter inom skatte- och transfereringspolitiken*

Sedan delbetänkandet presenterats har riksdagen godkänt budgetpropositionen för år 2000 (prop. 1999/2000:1, bet. 1999/2000:FiU1) och den ekonomiska vårpropositionen (prop. 1999/2000:100, bet. 1999/2000:FiU20). I dessa har det redovisats ett antal olika åtgärder som direkt påverkar individers och grupperas försörjningssituation. Åtgärder som presenterades i budgetpropositionen för år 2000 kan sammanfattas som följer. Barnbidragen höjs i enlighet med tidigare beslut med 100 kronor den 1 januari år 2000. Flerbarnstilläggen höjs på motsvarande sätt. Löntagarna kompenseras från och med år 2000 för en fjärdedel av egenavgifterna till pensionssystemet genom en skattereduktion. Som en konsekvens av skattereduktionen minskas också avdragsrätten med en fjärdedel. Gränsen för inkomster som statlig inkomstskatt skall tas ut för höjs till 254 600 kronor fr.o.m. inkomståret 2000. Det innebär att färre behöver betala statlig inkomstskatt. Skatte-

reduktionen för låginkomsttagare, som maximalt uppgår till 1 320 kronor per inkomsttagare och år, förlängs till och med år 2000.

I den efterföljande ekonomiska vårpropositionen (prop. 1999/2000:100) presenterades ytterligare åtgärder som direkt påverkar hushållens och individers ekonomiska resurser. Barnbidrag och studiebidrag höjs med 100 kronor per månad den 1 januari 2001. Flerbarnstillägg höjs relativt sett lika mycket. Barn till arbetssökande ges rätt till barnomsorg från den 1 juli nästa år. Utformning av maxtaxan inom barnomsorgen som införs 2002 presenterades också. Barn till föräldrar som är föräldralediga med yngre syskon får rätt till barnomsorg från 2002. Föräldraförsäkringen förlängs med en månad från 2002. Samtidigt reserveras två månader för mamman respektive pappan, mot en i dag. Allmän förskola för 4–5-åringar införs 2003. Det innebär rätt till gratis förskola för alla 4–5-åringar tre timmar om dagen, dvs. samma rätt som 6-åringar har för närvarande.

Pensionärer med låg disponibel inkomst får en bättre ekonomi genom att bostadstillägget höjs. Bidraget skall med de nya reglerna utgöra 90 procent av hela hyran upp till 4 500 kronor per månad. Höjningen av pensionisttillskottet permanentas, och gränsen för skälig levnadsnivå i det särskilda bostadstillägget för pensionärer höjs.

#### *Utredningar, lagförslag m.m.*

Regeringen har tillsatt en utredning (dir. 2000:16) som skall göra en översyn av de ekonomiska familjestöden. Syftet med utredningen är att göra en analys av de samlade effekterna av de allmänna barnbidragen, underhållsstödet och bostadsbidraget till barnfamiljer. Här skall även förändringar som gäller avgifter i förskoleverksamheten och skolbarnomsorgen, skattesystemet samt andra faktorer som har betydelse för barnfamiljernas ekonomi vägas in.

Det konstaterades i delbetänkandet (SOU 1999:137) att det har blivit ett växande problem att fastställa den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) för personer med en lösare anknytning till arbetsmarknaden. Vissa åtgärder har sedan dess vidtagits för att underlätta detta. Riksdagen beslutade (bet. 1999/2000:SfU12) den 31 maj år 2000 att anta det förslag som regeringen redovisat (prop. Vissa socialförsäkringsfrågor 1999/2000:95) om vissa förändringar när det gäller korttidsanställdas rätt till sjukpenning. Regeringen har, som en följd av riksdagens beslut, utfärdat lag om ändring i socialförsäkringslagen (1999:799).

Lagen innebär att i de fall det inte kan fastställas hur mycket den försäkrade personen skulle ha arbetat under de första fjorton dagarna i

en sjukperiod skall sjukpenning kunna betalas ut efter vad som kan anses skäligt med ledning av hur personen har förvärvsarbetat före sjukperioden. Detta leder till en lägre ”tröskel” att komma in i sjukförsäkringen.

### *Internationella jämförelser*

OECD presenterade nyligen en studie om inkomstspridning och fattigdom<sup>39</sup> som omfattar 21 länder och baseras på nationella beräkningar för perioden från mitten av 1970-talet till mitten av 1990-talet. Enligt studien hade Sverige i mitten av 1990-talet fortfarande en internationellt sett mycket jämn fördelning av de ekonomiska resurserna och en låg andel ekonomiskt svaga. Barn i Sverige har fortfarande en god relativ standard i förhållande till hela befolkningen jämfört med andra länder. Barnfattigdomen är också mycket låg i Sverige. Yngre ålderspensionärer (65–75 år) har en god relativ standard i Sverige jämfört med andra länder medan de äldre pensionärernas (+75 år) relativa standard är internationellt sett genomsnittlig. Andelen fattiga pensionärer är mycket låg i Sverige. Inte heller är gruppen ensamstående föräldrar utsatta på det sätt som denna grupp är i flertalet länder. Den problemgrupp som identifieras som ekonomiskt eftersatt i Sverige är istället ungdomarna (18–25 år). Dessa har i Sverige lägre relativa inkomster och högre andel fattiga än i något annat undersökt land. Detta förhållande kvarstår även om de mätproblem som vanligen förknippas med denna grupp korrigeras.

Svensk inkomststatistik har tidigare betraktat dem som har fyllt 18 år som egna hushåll. Men de flesta ungdomar bor kvar hemma betydligt längre. Sedan en kort tid tillbaka finns det dock möjligheter att i inkomststatistiken definiera ett nytt hushållsbegrepp vid redovisningen av hushållens inkomster. Alla som bor ihop och har någon form av gemensam ekonomi tillhör då samma hushåll, ett s.k. kosthushåll. Detta ger bättre förutsättningar att göra jämförelser avseende inkomstspridning mellan Sverige och andra länder i och med att man i andra länder oftast använder ett hushållsbegrepp som även innefattar vuxna barn som bor kvar hos föräldrarna.

Enligt en artikel publicerad i VälfärdsBulletinen<sup>40</sup> reduceras inkomstspridningen i Sverige mätt med Gini-koefficienten mycket

<sup>39</sup> Förster M.: Trends in Driving Factors in Income Inequality and Poverty in the OECD Area. OECD/DEELSA. Labour Market and Social Policy Occasional Paper (publ. 2000).

<sup>40</sup> Kjell Jansson, VälfärdsBulletinen Nr 1 2000.

kraftigt om den nya definitionen används. År 1997 hamnar Gini-koefficienten för kosthushåll på 0,251 mot 0,290 om ungdomar över 18 år anses bilda egna hushåll. I artikeln konstateras att när hushållsdefinitionen anpassas till den som är den vanliga i internationella studier har Sverige den jämnaste inkomstfördelningen av jämförbara länder.<sup>41</sup>

Enligt en studie som UNICEF<sup>42</sup> presenterat där man har undersökt hur stor andel av barnen i OECD-länderna som lever i familjer med en inkomst som är mindre än hälften av medianinkomsten i landet, och därmed betraktas som fattiga har Sverige den lägsta andelen fattiga barn, (2,6 %). Därefter kommer Norge, Finland, Belgien, Luxemburg och Danmark. Störst är den "relativa" fattigdomen bland barn i USA med 22,4 procent och Mexico med 26,2 procent som lever i familjer med en inkomst som är mindre än hälften av medianinkomsten.

När det gäller Sverige kan det också konstateras att oavsett att Sverige har högst andel barn som lever med bara en förälder (21,3 %) är andelen barn med ensamföräldrar som hamnar under fattigdomsgränsen lägst i Sverige av alla OECD-länder (6,7 %).

### 2.2.3 Bedömning

Den ekonomiska utvecklingen – och fördelningen av resurserna – är av strategisk betydelse ur ett folkhälsoperspektiv. Det finns klara belägg för att dödlighet och självrapporterad hälsa är knuten till inkomst och att denna effekt finns över hela inkomstskalan och inte bara för dem med lägst inkomst. Vidare finns ett växande empiriskt stöd för att stora inkomstklyftor i sig kan vara en riskfaktor för människors hälsa av mycket stor betydelse. Växande inkomstklyftor är mot den bakgrunden ett observandum med avseende på hälsoutvecklingen.

Den samhällsutveckling som nu pågår, med tendenser till ökande ekonomiska skillnader, med växande segregation och otillräckliga gemensamma välfärdssystem är riskfaktorer från hälsosynpunkt. Växande klyftor mellan individer och mellan olika grupper i befolkningen minskar gemenskapen och tilliten till varandra. Med minskad gemenskap och tillit försvåras möjligheten till solidariska lösningar som ger välfärd åt alla.

<sup>41</sup> Detta efter en jämförelse med de nordiska länderna samt ytterligare några länder både inom och utanför EU. Länder som jämfördes var Sverige, Finland, Danmark, Norge, Kanada, Tyskland, Nederländerna, Storbritannien, USA.

<sup>42</sup> UNICEF International Child Development Centre, 2000: Child Poverty in Rich Nations. Innocenti Report. Card 1, UNICEF ICDC, Florence.

De som idag har det svårt ekonomiskt och socialt är de invandrargrupper som bor segregerat och inte har fått en fast förankring på arbetsmarknaden. Det gäller också ensamstående mammor som under 1990-talet ökade sitt långvariga socialbidragstagande kraftigt. Även långtidsarbetslösa, funktionshindrade och vissa äldre med låg pension som måste betala höga belopp för tjänster som de är beroende av har en utsatt situation. Dessa grupper har sämre hälsa än befolkningen i genomsnitt. Ungdomar har också fått det sämre ekonomiskt än tidigare. Arbetslösheten har slagit särskilt hårt mot unga korttidsutbildade och de ekonomiska villkoren för studerande är knappa.

Människors inkomstförhållanden avspeglar främst deras relation till arbetsmarknaden och det betalda arbetet. Därmed är det viktigt att få ett arbete och att kunna behålla ett arbete. Därigenom är full sysselsättning ett angeläget mål också för folkhälsopolitiken. Denna inriktning gäller inte minst med hänsyn till att flera remissinstanser anser att det är viktigt att ytterligare lyfta fram den riskfaktor som arbetslösheten utgör.<sup>43</sup> Flera remissinstanser pekar också på sysselsättningens och utbildningens vikt för att motverka ökande inkomstklyftor.

Några remissinstanser ifrågasätter målförslaget att motverka inkomstklyftor då sådana, enligt instanserna, kan påverka löner och ekonomisk tillväxt negativt. Uppfattningen bland forskare om inkomstspridningens effekter på ekonomisk tillväxt skiljer sig åt. Vissa hävdar att en större lönespridning måste tillåtas för att arbetsmarknaden skall fungera effektivt. Det är också angeläget att den enskilde uppfattar att det lönar sig att utbilda sig. Höga fördelningsambitioner via skatte- och transfereringssystemen och därmed högt skattetryck kan också vara hämmande på tillväxten.

Å andra sidan hävdas mot bakgrund av andra studier att länder med höga fördelningspolitiska ambitioner har minst lika hög ekonomisk tillväxt som länder med mycket liten omfördelning och större fattigdom. En aspekt på en jämlik fördelning är att denna kan gynna tillväxten genom att fler vågar satsa och att sysselsättningsbasen breddas. Vissa studier styrker även att jämlikhet i löner och inkomster har en positiv inverkan på ekonomisk tillväxt.<sup>44,45</sup> Med tanke på tillväxtens och inkomstfördelningens betydelse från hälsosynpunkt är det angeläget med mer forskning på dessa områden och att eventuella målkonflikter såväl på kort som på lång sikt analyseras.

<sup>43</sup> Det har också visats att själva hotet om arbetslösheten, oavsett om den blir verkställd eller inte, är en riskfaktor för hälsa.

<sup>44</sup> Benabou R. Unequal Societies. *American Economic Review* 2000 (march).

<sup>45</sup> Benabou R. Unequal Societies. *NBER Working Paper* 5583 1996 (may).

Socialförsäkringssystemet och arbetslöshetsförsäkringen är idag otillräckliga för att skapa trygghet vid inkomstbortfall för alla. En stor del av befolkningen har nu inkomster över det tak som finns för ersättningar. Andra har på grund av intjänanderegler svårt att alls komma in i systemet och står därmed utanför ett heltäckande ekonomiskt skydd. Det betyder att många känner att de inte får ett tillräckligt skydd vid inkomstbortfall, arbetslöshet och sjukdom. Dessa brister bör åtgärdas.

Personer som har en kraftig permanent skuldsättning har enligt undersökningar ofta olika allvarliga hälsoproblem. Det är angeläget att skuldsaneringslagen ses över så att fler människor kan få sin ekonomi sanerad och att handläggningstiderna kortas.

Barn är särskilt utsatta om familjen har ekonomiska svårigheter. Det finns tydliga samband mellan barns hälsa och föräldrarnas ekonomiska och sociala villkor, även i vårt land där inga barn lever i absolut fattigdom. Särskilt utsatta har ensamstående mammor och deras barn varit under 1990-talet. Eftersom de ekonomiska skillnaderna under det senaste decenniet ökat, finns det anledning att särskilt uppmärksamma förhållandena för ensamstående med barn.

För att i någon mån kompensera invånarna, framför allt barnen, i socialt utsatta områden är det viktigt att samhället ger mer stöd i form av olika insatser, som t.ex. skolor, kulturell verksamhet, föreningsstöd, verksamhet för barn och ungdom och utvecklad mödra- och barnhälsovård till dessa områden än till andra.

Många äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka har under senare tid fått betala allt högre avgifter för tjänster som de är helt beroende av – hälso- och sjukvård, läkemedel, färdtjänst, hemhjälp, träning, fotvård samt utgifter för särskilt boende. Varje avgift i sig kanske inte är så betungande, men eftersom det ofta är samma individer som är beroende av många olika avgiftsbelagda tjänster så kan summan bli avsevärd. Detta bör åtgärdas.

Det problem som nämns i delbetänkandet att arbetshandikappade personer i vissa fall riskerar att hamna i en gråzon utan ersättning från vare sig sjukförsäkringen eller arbetslöshetsförsäkringen kvarstår, varför det är angeläget att denna problematik följs upp och utvärderas.

I dagsläget kan försäkringskassan betala sjukpenning i förebyggande syfte, men inte köpa behandlingar, t.ex. rökavvänjning, viktreduktion eller terapi. Förslaget om mer förebyggande inslag i socialförsäkringen är mot den bakgrunden angeläget, men är egentligen inte ett förslag om ekonomisk trygghet, utan om försäkringskassans roll och ansvar inom folkhälsoområdet.

## 2.3 Socialt kapital, sociala nätverk och socialt stöd<sup>46</sup>

### 2.3.1 Sammanfattning av avsnitt 5.2 i SOU 1999:137

#### **Sambandet mellan sociala relationer och hälsa**

Under de senaste årtiondena har den s.k. stress-sjukdomshypotesen blivit den huvudsakliga teori som kommit att anknyta det sociala systemet med människors biologiska reaktioner.<sup>47</sup> Förändringar i människors sociala miljö påverkar i grunden balansen i samspelet mellan en rad olika fysiologiska system, t.ex. mekanismerna som styr blodtryck, blodsockeromsättning, smärtuppfattning och immunförsvar. När sociala relationer förändras på makronivån i form av det sociala kittet i samhället, på organisationsnivån genom de sociala band som finns mellan människor och på individnivån i relationerna mellan familjemedlemmar, bekanta osv, påverkas människors hälsa.

För att förstå sociala relationers betydelse för folkhälsan spelar begreppet socialt kapital en central roll och då inte bara på individnivån utan också för förståelsen av hur sociala strukturer fungerar för relationerna i lokalsamhället, bostadsområdet, etc. Begreppet kan definieras som resultatet av de resurser som investeras av individer, grupper, organisationer etc, för att utveckla goda sociala relationer som skapar tillit hos individerna.

På det psykologiska planet är begreppet coping ett nyckelbegrepp för förståelsen av sambandet mellan sociala relationer, stress och hälsa. Detta är ett begrepp som används för att beteckna hur individer hanterar potentiellt hotande situationer, där hotet kan vara av vilket slag som helst, socialt, psykologiskt eller materiellt. Coping översätts ibland som förmågan att hantera sin livssituation. En av de copingmöjligheter som står till buds för individen är att söka hjälp från sitt sociala nätverk i form av socialt stöd.<sup>48</sup> Här har både det sociala nätverkets storlek och

<sup>46</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Docent Per-Olof Östergren, Samhällsmedicinska institutionen, Lunds universitet, har biträtt sekretariatet med faktauppdateringar.

<sup>47</sup> Cannon WB. Stresses and strains of homeostasis. *Am J Med Sci* 1935; 189:1–14.

<sup>48</sup> Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976;38:300–14.

dess resurser en avgörande betydelse för kvaliteten av det sociala stödet. Denna kvalitet beror till stora delar på hur mycket resurser som finns i det sociala nätverket i form av trygga relationer, information eller materiella resurser. Det sociala nätverkets resurser är därför en mycket viktig del av det sociala kapitalet.

Genom detta inses den potentiella betydelsen av ett samhälles förmåga och villighet att investera i det sociala kapitalet. Detta genom insatser som syftar till att positivt utveckla resurserna i olika sociala nätverk och därmed förbättra dess medlemmars sociala stöd till varandra. Av detta inses också tydligare hur ekonomiska investeringar kan öka det sociala kapitalet, men också hur ekonomiska uttag kan göras från det.

Investeringar i fysisk planering av bostadsområden och i stödjande miljöer, i fritidsverksamhet för ungdomar, i integrationspolitik, arbetsmarknadspolitik etc, leder ofta till förbättrade förutsättningar för olika sociala nätverk, dvs. till ett ökat socialt kapital.

### *Socialt kapital och hälsans ojämlikhet*

Risken att det sociala kapitalet skall försämrats är uppenbart ojämlikt fördelad i olika sociala grupper i samhället. Detta kan bidra till en ökad ojämlikhet i folkhälsan via försämrade sociala relationer och ökad utsatthet för stress i vissa befolkningsgrupper.

Vidare har studier som genomförts av forskargrupper i England och USA visat att det finns ett kraftigare samband mellan dödlighetsnivån och den relativa skillnaden i inkomst inom ett visst geografiskt område, än mellan dödlighetsnivån och genomsnittlig inkomst i samma geografiska områden.<sup>49,50,51</sup>

### *Socialt kapital, föreningsliv och demokrati*

Välbefinnande och i förlängningen en god hälsa, är i många avseenden en fråga om att människor känner delaktighet i och uppfattar att de har möjligheter att påverka sina egna liv och samhällsutvecklingen. Kun-

<sup>49</sup> Kaplan GA, Marmor ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 1996;312:999-1003.

<sup>50</sup> Wilkinson RG. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.

<sup>51</sup> Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health* 1997;87:1491-1498.

skaper om både sig själv och omvärlden är nödvändiga för att detta skall kunna uppnås. I ett sådant perspektiv har folkrörelserna och folkbildningen spelat en viktig roll såväl i utvecklingen och förändringen av samhället som för den enskilde. Det är också i det perspektivet som mycket av folkrörelsernas styrka och originalitet ligger, dvs. som forum för utveckling av sociala relationer och vinnande av nya kunskaper och som arena för diskussioner om inriktningen av samhällsutvecklingen och ett socialt förändringsbehov i stort.

Folkrörelserna och föreningslivet i stort utgör med andra ord en viktig del av det sociala kapitalet i det svenska samhället och skapar på många sätt goda förutsättningar för en gynnsam allmän folkhälso-utveckling och minskade sociala hälsoklyftor.

### **Utvecklingen av sociala relationer och hälsa i befolkningen**

Under det senaste decenniet har informationsteknologin inneburit en ny och mycket omvälvande förändring av samhället, av arbetslivet och av människornas kommunikationsmönster. Vi är fortfarande i början av denna förändring.

De samhällsförändringar som har redovisats ovan har också inneburit stora förändringar för den enskilde med uppbrott från invanda miljöer, ändringar i livsstil och värderingar kombinerat med möjligheter att leva mer efter eget val. Familjens roll har på så sätt kommit att förändras i grunden och dess roll som försörjningsinstitution har starkt förändrats. En konsekvens av detta är en minskning av antalet äktenskap och nya former för samlevnad. Antalet skilsmässor har också ökat kraftigt under 1900-talet.

#### *Sociala relationer, kön, ålder och hälsa*

Då det inte finns några systematiska mätningar av sociala relationer i den svenska befolkningen är det svårt att exakt definiera vilka grupper som är mest utsatta för svaga sociala nätverk och ett svagt socialt stöd. Generellt sett anger män dock en sämre kvalitet i sina sociala relationer än kvinnor. Unga personer har ofta mycket stora sociala nätverk medan äldre har mindre. Antalet närstående personer i nätverket verkar vara mer konstant i alla åldersgrupper. Bland de äldre i befolkningen finns dock en med ålder ökande grupp med mycket små nätverk och svagt socialt stöd. Eftersom det oftast är maken/makan som är den viktigaste källan till det sociala stödet bland de allra äldsta, så utgör äldre ensamstående kvinnor en grupp som måste anses mycket sårbara i detta hän-

seende. Detta av rent demografiska skäl eftersom kvinnor vanligen gifter sig med något äldre män och männens medellivslängd i Sverige är närmare fem år kortare än kvinnornas.

Relativt lite är känt om tendenserna för barns och ungdomars sociala relationer och sociala kapital. Många forskare menar dock att det skett en ökning av just den typ av ohälsa som anses förknippad med sviktande copingförmåga och stress, dvs. nedsatt psykisk hälsa och psykosomatiska besvär som huvudvärk, magont, trötthet, koncentrationssvårigheter, etc.<sup>52</sup>

I den internationella litteraturen har framför allt unga lågutbildade kvinnor, särskilt ensamstående mödrar, utpekats som en riskgrupp för social isolering och mental ohälsa.<sup>53</sup> Aktuell forskning där dessa grupper jämförs mellan Sverige och Storbritannien, visar att hälsoeffekterna av dessa omständigheter är betydligt starkare i Storbritannien än i Sverige.<sup>54</sup> Detta tyder på att det finns avgörande skillnader mellan de båda länderna då det gäller dessa kvinnors sociala kapital.

### *Social klass, migration, familjeliv och hälsa*

Från internationella och svenska studier vet man också att det sociala nätverkets storlek varierar med socioekonomisk tillhörighet, då flera studier visar att arbetare tenderar att ha mindre nätverk än tjänstemän.<sup>55,56</sup> Emellertid så vet man samtidigt att enbart storleken på det sociala nätverket har ganska liten betydelse för hälsan. Det är i stället vissa kvaliteter i innehållet i de sociala relationerna som tycks ha större betydelse.<sup>57</sup> Dessa kvaliteter beror på nätverkets resurser och förmåga att förmedla materiella resurser, information och emotionellt stöd. Nätverk som utarmats på någon av dessa faktorer innebär att dess sociala

<sup>52</sup> Bremberg S (red). *Barnrapporten. Kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn och ungdomar i Stockholms län*. Stockholms läns landsting, 1998.

<sup>53</sup> Brown GW, Harvis T. *Social origins of depression*. New York: The Tree Press, 1978.

<sup>54</sup> Whitehead M, Burström B, Diderichsen F. Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. *Soc Sci Med* (in press).

<sup>55</sup> Syme SL, Berkman LF. Social class, susceptibility and sickness. *Am J Epidemiol* 1976; 104:1–8.

<sup>56</sup> Hanson BS. *Social network, social support and health in elderly men. A population study*. Doktorsavhandling vid Samhällsmedicinska institutionen, Lunds universitet. Studentlitteratur. Lund, 1988.

<sup>57</sup> Hanson BS. *Social network, social support and health in elderly men. A population study*. a.a.

relationer är mindre effektiva då det gäller att hjälpa individerna att hantera sin livssituation genom en bra coping, dvs. individerna löper risk att utsättas för stress.

I Sverige har det sociala kapitalets kvalitet i storstadsområdenas invandrartäta stadsdelar diskuterats. Den senaste folkhälsoundersökningen i Malmö visade t.ex. att de sociala relationerna bland stadens utlandsfödda är betydligt svagare än bland svenskfödda. Särskilt tydligt var detta för kvinnorna där upp till hälften uppgav att de saknade en nära vän som de kunde diskutera personliga problem med.<sup>58</sup>

Hälsoeffekterna av ombildade familjer är ofullständigt kända liksom effekterna av tätare barnafödande och av föräldrarnas ökade ålder då första barnet föds.

### *Effekter för individen av dåliga sociala relationer*

Om man antar att sociala relationer framför allt har relevans för hälsan genom att minska individens utsatthet för stress, så betyder detta att dåliga sociala relationer kan vara involverade i orsakskedjorna till en rad olika sjukdomstillstånd.

Det är också välbelagt att sociala relationer har stor betydelse för individers beteenden, inte minst sådana beteenden som kan innebära en ökad sjukdomsrisk – t.ex. rökvanor, alkoholvanor, kost och motionsvanor, sexualvanor och olika former av riskbeteende.<sup>59</sup>

### **Påverkansmöjligheter**

Eftersom sociala relationer är en integrerad del av ett samhälle finns det en oändlig mängd påverkansmöjligheter. Snart sagt alla insatser som förändrar samhället påverkar också de sociala relationerna. Det är dock sällsynt att sådana förändringar görs i det snäva syftet att förbättra folkhälsan. Vanligtvis har man bredare sociala och/eller ekonomiska mål för ögonen, t.ex. att öka välfärden för hela samhället eller för vissa grupper eller att öka den ekonomiska tillväxten för att ge utrymme för en ökad välfärd.

<sup>58</sup> Lindström M, Östergren P-O, Bexell A, Hanson BS. *Hälsorisker bland utlandsfödda malmöbor*. En rapportserie om malmöbornas hälsa nr 47. Samhällsmedicinska institutionen, Lunds universitet. Malmö 1997.

<sup>59</sup> Hanson BS. *Social network, social support and health in elderly men. A population study*. a.a.

De senaste årens forskning om sambandet mellan socialt kapital, sociala relationer och hälsa ger anledning till att involvera folkhälsoaspekten i de allmänpolitiska diskussionerna. För det första har den rent samhällsekonomiska betydelsen av folkhälsan uppmärksamrats allt mer. Inte bara så att många sjuka personer i ett samhälle medför större sjukvårdsutgifter. Det bör även tas med i beräkningen att barn med nedsatt hälsa inte tillgodogör sig kunskaperna i skolan lika bra. Människor med nedsatt hälsa är dessutom mindre produktiva i sitt arbete och fungerar sämre som resurs för sina barn, föräldrar och andra närstående. Detta har stor samhällsekonomisk betydelse.

### **Forskningsbehov**

Det finns ett stort behov av att operationalisera de grundläggande komponenterna i teorin om det sociala kapitalets roll för folkhälsan för att bedöma deras hållbarhet och hur de kan utvecklas. Särskilt viktigt är behovet av att hitta modeller som tillåter en analys av strategiska s.k. naturliga experiment, dvs. en utvärdering av effekterna av olika samhällsförändringar på folkhälsan via förändringar av det sociala kapitalet. Strategiska arenor mot vilka en sådan forskning kan riktas är arbetslivet, familjesfären, förskolan och skolan samt vård- och omsorgsområdet. I all forskning inom området sociala relationer och hälsa bör genus-, socialklass- och etnicitetsperspektivet tydliggöras.

Ett annat viktigt område för tillämpad forskning om sociala relationer och hälsa är arbetet med att ta fram instrument för att kunna värdera effekterna av politiska beslut på folkhälsan via förändringar av det sociala kapitalet. I detta ingår att utveckla metoder som folkhälsobokslut och hälsokonsekvensbeskrivningar.

### **Befintliga mål och strategier**

Man kan lätt konstatera att det för närvarande inte finns några uttryckliga mål eller strategier för att förbättra folkhälsan via förbättrade sociala relationer i hela befolkningen eller i delar av den, även om folkhälsoprogram på regional nivå ofta talar om behovet av att skapa stödjande miljöer.

**Målförslag i avsnitt 5.2 i SOU 1999:137***1. Segregationen i samhället skall minska*

- Den etniska segregationen på arbetsmarknaden bör minska.
- Den socioekonomiska, etniska och åldersmässiga segregationen i boendet bör minska.

*2. Det sociala kapitalet skall stärkas*

- Anställnings-/arbetsvillkoren bör ge möjligheter till utveckling av sociala relationer i arbetet.
- För att de sociala relationerna utanför arbetet skall kunna vidmakthållas får de arbetsrelaterade kraven inte leda till en destruktiv konkurrens om tid och psykisk energi.
- Föräldrar med småbarn bör ges ökade möjligheter att reducera sin arbetstid.

*3. Stödjande miljöer skall utvecklas**4. Kunskaperna om sociala relationers betydelse för förloppet av redan inträffad ohälsa skall användas bättre*

- Det behövs en policy för vård av sjuka där insatser för att förbättra patienternas sociala situation uppvärderas.
- Det bör skapas organisatoriska förutsättningar i vården för en bättre social miljö för patienter och anhöriga.

**2.3.2 Kompletteringar****Remissinstansernas synpunkter***Allmänt*

Ett stort antal myndigheter anger att uttrycket socialt kapital är relevant för deras respektive ansvarsområden. Det gäller *Arbetskyddsstyrelsen*, *Arbetslivsinstitutet*, *Arbetsmarknadsstyrelsen*, *Barnombudsmannen*, *Boverket*, *Glesbygdsverket*, *Handikappombudsmannen*, *Institutet för psykosocial medicin*, *Kriminalvårdsstyrelsen*, *Ombudsmannen för sexuellt likaberättigande (HOMO)*, *Ombudsmannen mot etnisk diskriminering*, *Skolverket*, *Statens institut för handikappfrågor i skolan*, *Folkhälsoinstitutet*, *Integrationsverket*, *Socialstyrelsen*, *Ungdomsstyrelsen*, *Landstingsförbundet* och *Svenska Kommunförbundet*.

*Folkhälsoinstitutet* anser att kommittén på ett förtjänstfullt sätt tydliggjort sambanden mellan fysisk och psykisk hälsa i detta avsnitt och

att en bas därmed har skapats för att rätt kunna förstå olika hälsobeteenden.

*HOMO* anser att kommittén i detta avsnitt ”slagit huvudet på spiken”, och belyser vikten av sociala relationer för att skapa en positiv identitet och känsla av samhörighet.

*Mälardalens högskola* framhåller värdet av att centrala förhållanden för förståelse av befolkningens hälsa nu lyfts fram. *Nordiska hälsovårdshögskolan* lyfter fram att sambanden med hälsan snarare är att betrakta som biopsykosociala än psykosociala.

#### *Att skapa delaktighet i boendet*

*Boverket* uppmärksammar behoven av delaktighet och social gemenskap i bostadsområdena, något som man menar har minskat under de senaste årtiondena. Boverket saknar strategier inom boendepolitiken, eftersom förändringar som åsyftas vad gäller gemenskap och social sammanhållning kräver insatser från olika politikområden. Man menar att kommittén inte tillräckligt behandlat dessa frågor. Boverket betonar betydelsen av att kommunerna har öppna planprocesser för att skapa delaktighet, att man främjar mötesplatser och samutnyttjar lokaler. Man menar att målen för folkhälsan tydligt bör markera betydelsen av delaktighet och att den starka kopplingen mellan boendepolitik och folkhälsa skall framgå.

*Glesbygdverket* vill påpeka de speciella svårigheter att skapa jämlikhet i hälsa som finns för boende i glesbygd, och pekar på de möjligheter som byalag, kooperativ och andra sammanslutningar ger för att skapa ett socialt kitt.

*Diskrimineringsombudsmannen* efterlyser strategier för att minska segregation och öka delaktigheten för invandrare. *Integrationsverket* lyfter fram behovet av att skapa möjligheter till gemenskap för personer med annan etnisk bakgrund, segregationen i samhället återspeglas också i folkrörelserna påpekar man.

*Helsingborgs kommun* anser att det lokala folkhälsoarbetet och arbetet med gemenskap, delaktighet och demokratiutveckling i mångt och mycket är gemensamma processer. *HSB:s Riksförbund* vill peka på verksamheten inom landets bostadsrättsföreningar som ett exempel i denna fråga. Här kombineras småskalighet i förvaltning med samverkan, vilket givet underlag till åtskilliga sociala initiativ. Även *Umeå kommun* vill se en närmare koppling mellan att skapa delaktighet och den fysiska planeringen i kommunen.

*Moderata kvinnoförbundet* anser att det är viktigt att minska segregationen och öka delaktigheten, men att kommittén väljer fel väg. Förbundet anser ”att kommittén inte på något vis försökt tänka i nya banor eller vilja gå de utsatta människorna till mötes, utan fortsätter på den väg som visat sig så ödesdiger för så många människor”.

*Sveriges läkarförbund* anser att social gemenskap och solidaritet har en svag koppling till hälsa. Förbundet anser att kommitténs resonemang är onyanserat avseende sambandet mellan relativ fattigdom, socialbidragstagande och hälsa eftersom kommittén inte har beaktat att ekonomisk stress beror på var i livscykeln man befinner sig och vilken försörjningsbörda man har.

### *Barn och ungdom*

*Skolverket* anser att skolans och förskolans roll som mötesplatser och utgångspunkter för att skapa sociala relationer inte nog kan poängteras. Verket vill därutöver peka på skolans viktiga arbete med demokratiska värderingar, vilket motverkar marginalisering och spelar en viktig roll för hälsoutvecklingen. Även *Läraryrket* uppmärksammar skolans möjligheter och vill betona behovet av ytterligare stöd till skolor och förskolor i socioekonomiskt underprivilegierade områden. *Lärarnas riksförbund* framför liknande synpunkter och påpekar att skolan måste ha ökade resurser för att kunna axla det ansvar som kommittén lägger på den.

*Barnombudsmannen* vill betona behovet av goda relationer och bra nätverk för alla barn. Man för särskilt fram att det behövs mer resurser för att öka kvaliteten i barns och ungdomars verksamheter och betydelsen av att kompensera dem som växer upp under ogynnsamma betingelser. BO påpekar kulturens betydelse och vikten av föreningslivet, förutsatt att t.ex idrottsrörelsens verksamheter inte blir så elitinriktade att de skrämmar bort många barn. BO vill strama upp mål om olika former av segregation.

*Ungdomsstyrelsen* lyfter fram det väsentliga i att ungdomar i större utsträckning bereds möjligheter till att delta i utformningen av de gemensamma åtagandena i samhället.

*Sundsvalls kommun* anser att detta avsnitt bör utvecklas. Arenaperspektivet bör lyftas fram och kommittén bör bli tydligare när det gäller att utveckla stödjande miljöer i bostadsområden och skolor.

*IOGT-NTO:s juniorförbund* vill markera den betydelse som de och andra ungdomsförbund har när det gäller att skapa social gemenskap och bidra till drogfrihet för barn och ungdom.

### *Social gemenskap*

*Botkyrka, Finspång, Karlstad, Umeå, Östhammar, Forshaga, Laholms och Kungälv kommuner* ser som en viktig uppgift för kommunerna att bidra till den sociala gemenskapen.

*Jämtlands läns landsting* vill fästa uppmärksamhet på hälsopolitiskt utsatta områden, t.ex i glesbygden.

*Landstinget i Gävleborg* vill uppmärksamma på att sociala gemenskaper inte alltid är av godo, det kan handla om värderingar och beteendenormer i olika nätverk som kan utgöra riskfaktorer för både medlemmarna själva och skada utomstående, som exempel tar man upp motorcykelgäng, veganer och vissa religiösa sekter.

*HOMO* påpekar att när det gäller socialt stöd och sociala relationer återstår mycket arbete för att utveckla ett klimat som är anpassat efter homo- och bisexuellas behov. Detta gäller inte minst yngre personer.

*Handikappförbundens samarbetsorgan*, liksom flera av deras medlemsorganisationer, påpekar att många funktionshindrade har svårigheter att delta i sociala gemenskaper och att kunna påverka sina liv. Det finns flera hinder, såväl psykologiska som fysiska. Att många funktionshindrade också har en begränsad ekonomi underlättar inte heller deltagandet.

*Verdandi* efterlyser ett tydligare perspektiv mot utsatta grupper i framtidens folkhälsoarbete.

### *Frivilligorganisationernas roll*

*Pensionärernas Riksorganisation* och *Sveriges Pensionärers Riksförbund* anser att det är viktigt att lyfta fram pensionärsorganisationernas arbete. Båda förbunden anser att utan nya resurser kan man inte åta sig nya uppgifter. *PRO* påpekar att redan idag utförs ett hälsofrämjande arbete, ytterligare engagemang måste ”komma från medlemmarna” och inte uppifrån.

*Handikappförbundens samarbetsorgan* lyfter fram handikapporganisationernas roll. De menar att människor kan mötas med liknande erfarenheter och därigenom stärkas. *Hjärt- och lungsjukas riksförbund* påpekar vikten av föreningslivet och att samhället stödjer verksamheter i syfte att stärka den sociala gemenskapen. *Riksförbundet för Social och Mental hälsa, RSMH*, välkomnar förslaget om att stödja självhjälpgrupper, liksom oberoende kriscentra.

*Riksidrottsförbundet* vill poängtera idrottens roll, inte bara som ett medel för fysisk aktivitet, utan för att skapa en kamratlig och trygg

gemenskap. Deras yttrande stöds av *Korpen* och *Selånger Bandy Ungdomsklubb*.

*SIOS* vill påpeka vikten av att människor får utveckla sin särart, som en viktig del i ett solidariskt samhälle och framhåller invandrar- och minoritetsorganisationernas arbete för att motverka segregation och förebygga ohälsa hos olika etniska grupper.

*Svenska kyrkan* finner det angeläget att kyrkornas och folkrörelsernas positiva betydelse för att skapa sociala nätverk och för att mobilisera socialt kapital uppmärksammas. Man trycker på behovet av samverkan, och uttrycker en förhoppning att samhället skall finna former för att stärka folkrörelserna i detta hänseende och att detta även kan gälla kyrkorna. Även *Pingstförsamlingarnas handikappverksamhet* vill uppmärksamma på den hjälp i folkhälsoarbetet som församlingarna utgör.

*Sällskapet Länkarna* vill lyfta fram folkrörelsernas roll, de efterlyser ökade resurser och att folkrörelsernas uppgifter i det lokala folkhälsoarbetet lyfts fram.

*Folkbildningsrådet*, *Rörelsefolkhögskolornas intresseorganisation*, *ABF* och *Studieförbundet Vuxenskolan* lyfter alla fram folkbildningens betydelse för hälsan. Inom folkbildningen finns möjligheter till att möta grundläggande behov av kunskapstillväxt och delaktighet genom att skapa broar mellan det civila och det offentliga samhället. *SV* beklagar att många kommuner skurit ned resurser till verksamheten. Ett ökat stöd är nödvändigt om man skall kunna fylla den funktion som kommittén önskar.

*Umeå* och *Vilhelmina kommuner* anser det viktigt att lyfta fram folkrörelsernas roll.

### Forskning

*Socialstyrelsen* anser att det är av speciellt intresse att studera effekterna av socialt stöd till utsatta grupper och uppmuntra till interventionsforskning. Man uppmanar också till forskning kring begreppet "sense of coherence".

*Socialhögskolan i Stockholm* understryker behovet av ytterligare forskning, bl.a en fokusering på vad i den sociala miljön som främjar hälsa.

*Socialvetenskapliga forskningsrådet* anser att man istället för genomgripande strategier inom detta område först bör ge stöd till interventionsstudier, eftersom kunskapsområdet är nytt.

Flera remissinstanser har förslag kring hur man kan mäta det sociala kapitalet. *Ungdomens Nykterhetsförbund*, *Landstinget i Halland*,

*Falkenberg, Forshaga och Karlstads kommuner* anser att föreningsaktivitet skall kunna ses som ett mått på social gemenskap. *Forshaga kommun* anser att man skall följa brottsutvecklingen, *Karlstads kommun* anser att sysselsättningsnivån är viktig, *Kungälv kommun* vill utveckla nyckeltal om gemenskap och tillit. *Sollefteå kommun* föreslår fysisk kontakt, närhet, samtal och hälsningar som mått på social gemenskap. *Göteborgs kommun* föreslår attityd- och levnadsnivåmätningar, samt mätningar av livskvalitet. *Helsingborgs kommun* pekar på möjligheten att genomföra välfärdsbokslut. *Sundsvalls kommun* anser att bostadsområdet kan bli en måttenhet och där kvarboende är en viktig faktor.

*Landstinget i Västmanland* föreslår att ett mått kan vara antalet vänner som en individ har, *Landstinget i Jönköping* anser antalet mötesplatser är en "kramfaktor". *Landstinget Östergötland* pekar på ett lokalt använt begrepp som man mäter – "sedd-respekterad-behövd-faktor". *Landstinget i Örebro* trycker på behovet av nya kreativa lösningar att mäta inom områden som man normalt inte förknippar med ohälsa eller hälsa.

*Socialhögskolan i Stockholm* menar att frågan om social gemenskap måste lösas genom att metoder för att genomföra kvalitativa studier utvecklas. *Hälsouniversitetet och Folkhälsovetenskapligt Centrum* (båda i Linköping) anser att det är förvånande att kommittén inte uppmärksammat de möjligheter som finns att mäta social integrering som utvecklats i landstingets befolkningsenkäter.

## Andra uppdateringar av sakunderlaget

### *Begreppet socialt kapital*

Begreppet socialt kapital har kunnat synliggöra att skenbart olika ansatser inom socialepidemiologin, som tidigare levt ganska separata liv, mycket tydligt hänger samman. Det kunde exempelvis demonstreras redan i den kända Alameda County-studien<sup>60</sup>, som har varit ett slags avstamp för forskningen om socialt nätverk/stöd och hälsa, att det fanns ett mycket starkt samband med hög socioekonomisk status och

<sup>60</sup> Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol* 1979;109:186-204.

ett stort socialt nätverk<sup>61</sup>. Detta har bekräftats även i svenska studier<sup>62</sup> dock utan att det lett till några mer uttalade försök att integrera dessa observationer i en övergripande teori om mekanismerna för hälsans sociala ojämlikhet.

Vidare så erbjuder begreppet socialt kapital nya möjligheter att förstå mekanismerna bakom de måttligt lyckade försöken att förbättra individers hälsa, och särskilt förbättra hälsans jämlikhet, genom att inter文enera på lokalsamhällenivå. Exempelvis gäller detta Kirsebergsprojektet i Malmö där man i den utvärdering som gjordes kunde konstatera att projektets insatser främst fångats upp av redan resursstarka individer i området och att en avgörande faktor just var medlemskap och aktivt deltagande i viktiga sociala nätverk i detta lokalsamhälle.<sup>63</sup>

Resurssvaga individer befann sig helt enkelt utanför sådana nätverk och hamnade vid sidan av de sociala processer som skapades av projektet, vilka i sin tur var viktiga bärare av den information och de normer som var kärnan i projektets intervention.<sup>64</sup> Det kunde därför konstateras att en intervention på lokalsamhällenivå i värsta fall kunde öka hälsans ojämlikhet, trots starka intentioner att åstadkomma motsatsen.<sup>65</sup>

Putnam pekar på tillit som en grundkomponent i det sociala kapitalet. Tillit underlättar samarbete vilket i sin tur leder till ökad tillit på grund av ett ökat ömsesidigt beroende. Tillit har sitt ursprung i gemensamma normer, ömsesidighet och deltagande i civilsamhällets sociala nätverk, t.ex. grannskapsföreningar, kooperativ, idrottsföreningar och politiska partier. Dessa horisontella sociala nätverk skapar gemensamma normer samt underlättar kommunikation och informationsflöde.<sup>66</sup>

<sup>61</sup> Syme SL, Berkman LF. Social class, susceptibility and sickness. *Am J Epidemiology* 1976;104:1-8.

<sup>62</sup> Hanson BS. *Social network, social support and health in elderly men. A population study.* a.a.

<sup>63</sup> Göransson M, Hanson B, Lindbladh E, Östergren P-O. Using socioeconomic differences in knowledge and attitudes to shape community alcohol programmes. Experiences from the Kirseberg Project. *Health Promotion Int* 1996;11:95-103.

<sup>64</sup> Lindbladh E, Hanson BS. A critical analysis of different leadership approaches to community health work in Kirseberg, Sweden. *Health promotion Int* 1993;8:291-7.

<sup>65</sup> Lindbladh E, Hanson BS. Community-based prevention and the health equity aim - an ideal match? An evaluation of the Kirseberg Community Action Project. *Int Quartely Community Health Education* 1994;14:221-235.

<sup>66</sup> Putnam RD. *Making democracy work.* Princeton: Princeton University Press, 1993.

Putnams definition av socialt kapital som deltagande i nätverk där både normer och information förmedlas, passar mycket väl in på observationerna från utvärderingen av Kirsebergsprojektet, liksom den starkt påminner om terminologi som har använts i forskningen om socialt nätverk/stöd och hälsa. Socialt nätverk har i denna forskning bl.a. delats upp i dimensionerna socialt deltagande och social förankring medan socialt stöd definierats som emotionellt stöd, informativt stöd och materiellt stöd.<sup>67 68</sup>

Putnam har i en nyligen utkommen bok – *Bowling Alone – The collapse and revival of american community* – definierat två typer av socialt kapital, dels ”bonding social capital” som innebär att socialt kapital håller samman en specifik grupp, dels ”bridging social capital” som överbryggar klyftor mellan grupper.<sup>69</sup> I boken pekar Putnam också på negativa aspekter av socialt kapital, nämligen i form av sammanhållning inom t.ex. ”antisociala” organisationer. En närmare redovisning av de två typerna av socialt kapital görs i kapitel 20.

### *Den hälsopolitiska debatten om socialt kapital*

Den hälsopolitiska debatten kring begreppet socialt kapital och dess användbarhet har varit intensiv med starka ideologiska förtecken. Begreppets kritiker har reagerat mot det ”ekonomistiska” synsätt på hälsa där en utilitaristisk, marknadsekonomisk rationalitet på ett mer eller mindre förtäckt sätt tränger ut andra värdegrunder i hälsopolitiken. Ett annat inslag i debatterna har varit huruvida socialt kapital kan anses vara en produkt av staten/myndigheternas ingripande eller en produkt av civilsamhället utan motsvarande inblandning.

I USA och i Kanada har kritikerna av begreppet socialt kapital framför allt reagerat mot en mycket uttalad tolkning av begreppet i termer av att det skulle vara en produkt av civilsamhället som bäst utvecklas i frånvaro av statligt/myndighetsingripande. Följaktligen är man rädda att begreppet socialt kapital kan bli ett viktigt argument för statsapparaten att *avstå* från att stärka svaga befolkningsgruppers situation. Denna debatt är en del av den aktuella allmänpolitiska

<sup>67</sup> Hanson BS. *Social network, social support and health in elderly men. A population study.* a.a.

<sup>68</sup> Östergren P-O. Psychosocial resources and health. With special reference to social network, social support and cardiovascular disease. (Doktorsavhandling). Lund: Studentlitteratur, 1991.

<sup>69</sup> Putnam RD. *Bowling Alone – the collapse and revival of American community.* New York. Simon & Schuster 2000.

debatten i USA om graden av statens engagemang för att åstadkomma större jämlikhet och rättvisa.

I Europa, kanske i synnerhet i de nordiska länderna, har begreppet socialt kapital uppfattats som positivt värdeladdat och förhållandevis okontroversiellt. Det verkar som den starka politiska polarisering som blivit tydlig, framför allt i Nordamerika, inte har kommit till stånd i de nordiska länderna, men en klar tendens till detta finns i den brittiska debatten.

Detta visar på ett tydligt samband mellan den politiska och vetenskapliga debatten vilket möjligen kan förklara den kraftiga polarisering som skett i den sistnämnda.

### *Mätning av socialt kapital*

Olika försök har gjorts att definiera och operationalisera begreppet socialt kapital för att kunna göra empiriska studier.

Socialt kapital i empiriska forskningssammanhang har definierats dels som lokalsamhällets sociala kapital (engelska *communitarian social capital*), dvs. lokala normer, kunskaper och sociala relationer, dels som det institutionaliserade sociala kapitalet, dvs. som välfärds-samhällets samhälleliga institutioner.

En tredje vanlig definition av begreppet har varit i termer av socialt nätverk/socialt stöd utgående ifrån en relativt omfattande socialepidemiologisk forskning om betydelsen av dessa faktorer för individens hälsa.

Utifrån dessa mer övergripande definitioner har en rad olika försök gjorts att mer detaljerat operationalisera begreppet socialt kapital så att det skall kunna mätas empiriskt för att testa olika hypoteser, t ex hur det hänger samman med hälsa och hälsans ojämlikhet. Exempel på sådana mått som använts hittills är: Vissa gruppkaraktäristika som t.ex. utbildningsnivå, inkomstnivå etc. i olika grupper eller i geografiskt definierade områden, förekomst av generaliserade normer, socialt kitt, "togetherness", vardagssolidaritet, grannskapsrelationer, frivilliga initiativ och graden av tillit.

I socialepidemiologiska studier har framför allt vissa gruppkaraktäristika och graden av tillit mellan individer och variabler som mäter olika aspekter av socialt nätverk/stöd använts. Flertalet av dessa studier har varit s.k. ekologiska studier (studier av populationer) men under senare tid har även metoder för multinivåanalys använts. Sådana metoder kan kort uttryckt användas till att utröna om skillnader i hälsa mellan olika områden beror på skillnader i individuella riskfaktorer hos individerna i dessa områden, eller om det beror på skillnader i områ-

desanknutna förhållanden, t.ex. socialt kapital i form av någon av de nämnda definitionerna.

### 2.3.3 Bedömning

Ett stort antal myndigheter anser att socialt kapital och sociala relationer är viktigt inom deras respektive områden, särskilt de myndigheter som har ansvar inom planering och boende samt för frågor som gäller barn och ungdom. De kommunala remissvaren talar bl.a. om ansvaret för mötesplatser, stödjande miljöer och delaktighet. Flera av de kommunala remissvaren tar också upp behovet av undersökningar av social gemenskap och ger förslag på hur man skulle kunna mäta denna faktor. Även en del av landstingens remissvar pekar på detta. Universitet, högskolor och forskningsråd tar alla upp behovet av fortsatt forskning inom området.

Frivilligorganisationernas remissvar handlar i princip om de potentiellt hälsofrämjande effekterna av socialt deltagande, kunskapsspridning (folkbildning) och positiv normbildning. Patient- och klientorganisationerna talar om behovet att underlätta det sociala deltagandet för personer med nedsatt hälsa eller funktionshinder.

Begreppet socialt kapital är inte helt entydigt. Nationella folkhälsokommittén ser socialt kapital som ett samlingsbegrepp för social gemenskap och ett socialt kitt i samhället. Detta sociala kitt skapas både horisontellt och vertikalt. Civilsamhället och olika grupperingar och nätverk inom det skapar förtroende på den horisontella nivån. Men dagens samhällen fungerar inte isolerade från varandra, det räcker inte med en gemenskap i det lilla – det måste finnas en vertikal gemenskap och samhörighet i hela samhället för att tilliten i stort skall fungera. En sådan tillhörighet skapas i ett demokratiskt samhälle där medborgarna är solidariska med varandra och ömsesidigt beroende av varandra, bl.a. genom gemensamt finansierade och väl fungerande skolor, hälso- och sjukvård och välfärdssystem. Stora inkomstklyftor och hierarkier skapar mer misstro och rädsla mellan medborgarna än samhällen där de sociala skillnaderna inte är omfattande.

Det är därför viktigt att främja social gemenskap i hela samhället. Att upprätthålla en välfärdsstruktur som gör det möjligt för alla medborgare att känna trygghet och tillit – samhället är "vårt" – är också en del i det demokratiska deltagandet som kan skapa en känsla av sammanhang.

Det är också viktigt att motverka en ökande etnisk och ekonomisk boendesegregation. Människor som bor i områden där många har sociala och ekonomiska problem, har svårare att ge varandra ett positivt

stöd. Att ha tillgång till goda sociala nätverk, är en viktig förutsättning för att vi som individer skall klara påfrestningar i livet. Barn blir särskilt utsatta, eftersom det finns färre vuxna som positivt kan stödja barnet. Den etniska och språkliga segregation som nu utvecklats försvårar ytterligare för både barn och vuxna att bli en del av det svenska samhället. Diskriminering och utanförskap är tydliga riskfaktorer för ohälsa.

För att i någon mån kompensera invånarna, framför allt barnen, i socialt utsatta områden är det viktigt – som framhålls i avsnittet om ekonomisk trygghet – att samhället ger mer stöd i form av olika insatser, som t.ex. skolor, kulturell verksamhet, föreningsstöd, verksamhet för barn och ungdom och utvecklad mödra- och barnhälsovård till dessa områden än till andra. Det är en fråga om solidaritet mellan olika samhällsgrupper, som framför allt gynnar hälsoutvecklingen hos dem som har störst risker i sina livsvillkor för att utveckla ohälsa. Det är också solidaritetshandlingar som på sikt gynnar alla gruppers hälsa, eftersom det sociala kittet och gemenskapen förstärks i hela samhället.

Civilsamhället bör stödjas i skapandet av social gemenskap och tillit mellan människor. Det handlar om att främja organisationer, nätverk och stödjande miljöer. I dagens samhälle är det viktigt att uppmärksamma att stark social gemenskap i en isolerad grupp också kan fungera isolerande och skapa normer och värderingar som inte främjar en humanistisk människosyn. Att stärka civilsamhället handlar om att värna det öppna, demokratiska samhället och göra individerna starka och med ett utvecklat civilkurage.

På individnivå är det belagt att ensamhet skapar en större sårbarhet för olika situationer i livet och sämre copingförmåga. De sociala livsvillkoren avspeglas också i människors sociala kontaktnät och vänskapsband. Även på det här området har människor i socialt gynnade positioner fler vänner och ett starkare kontaktnät än andra. Det finns därför mycket starka skäl för samhället att på alla nivåer främja stödjande miljöer som kan bryta isolering och ge människor möjlighet att ingå i en gemenskap. Att undervärdera behovet av gemenskap kan resultera i både mänskligt lidande och ekonomiskt dyrbar sjukvård.

För dem som vistas hela dagarna i sitt bostadsområde eller grannskap är behovet av stödjande nätverk särskilt tydligt, inte minst för barnen. Bland de äldre finns en grupp som med stigande ålder har mycket små nätverk och svagt socialt stöd. Förtidspensionärer och långtids-sjuka kan ibland vara i samma situation. De är ensamstående oftare än andra och uppger att de umgås med vänner mer sällan än befolkningen i övrigt. Ensamstående män tenderar att ha både sämre fysisk och psykisk hälsa än andra män och lever mer isolerat. Invandrare som bor i starkt segregerade områden kan uppleva en isolering från samhället i

övrigt och att de egna nätverken inte ger tillräckligt stöd för att de skall bli delaktiga i det svenska samhället. Flyktingar som kommer till vårt land måste få ett respektfullt och gott bemötande för att kunna etablera sig i samhället och få nya sociala nätverk.

För att må bra har människor behov av att känna delaktighet och möjlighet att påverka sina egna liv och samhällsutvecklingen. Känsla av sammanhang och meningsfullhet är begrepp som ofta återkommer när det gäller förståelsen av varför vissa människor klarar påfrestningar bättre än andra. En viktig del i att kunna se ett sammanhang och en meningsfullhet är kunskaper om sig själv och omvärlden. I det moderna informations- och kunskapssamhället är individens behov av bildning, kunskap och personlig kompetens stort.

Att på olika sätt stödja bildningssträvanden genom den folkbildning som varit unik för Sverige är ett sätt att stärka människors möjlighet att se sammanhang och samtidigt få tillit till andra människor. Folkbildningen kan också ge människor makten över kunskapen. Att minska utbildnings- och bildningsklyftor mellan människor är i sig ett sätt att främja gemenskapen i samhället. Direkta kulturaktiviteter i vården har gett positiva resultat för patienternas hälsa. Kulturen som både en skapande och läkande kraft är underskattad.

Folkrörelsernas betydelse för folkhälsan har varit stor. Förutom att man gett individen tillhörighet så har många av organisationerna haft en direkt påverkan på hälsan, som nykterhetsrörelsens betydelse för att minska alkoholmissbruket, kooperationens för säker och bra mat och fackföreningsrörelsens påverkan när det gäller att förbättra arbetslivets förhållanden.

Det är väsentligt att forskning kring det som kallas för socialt kapital utvecklas. Mycket talar för att kärnan till förståelsen av varför vissa samhällen skapar mindre ohälsa än andra, trots att genomsnittsinkomster och utbildningsnivåer inte skiljer sig så mycket åt, handlar om det sociala kapitalet. Sverige har haft små inkomstskillnader, ett starkt välfärdssystem och ett omfattande föreningsliv – alla viktiga komponenter för att hålla det sociala kittet starkt, både vertikalt och horisontellt. Att Sverige samtidigt har en mycket god folkhälsa internationellt sett har med all sannolikhet starka samband med dessa komponenter.

### 3 Miljöfaktorer, mat och fysisk aktivitet

#### 3.1 Miljöfaktorer<sup>1</sup>

##### 3.1.1 Sammanfattning av kapitel 6 i SOU 1999:137

##### **Förekomst och hälsoeffekter av riskfaktorer i inomhus- respektive yttre miljö**

##### *Inomhusfaktorer*

Det svenska bostadsbeståndet har i allmänhet en hög standard. Under de senaste decennierna har dock frågor om bristande inomhusklimat och bristande luftkvalitet i icke-industriella inomhusmiljöer fått ökad aktualitet. De faktorer som man särskilt har betonat är förekomst av radon, fukt och otillräcklig ventilation samt utsatthet för passiv rökning.

##### *Radon*

Radon är en radioaktiv gas som kommer från marken och från vissa byggnadsmaterial. Radongashalterna har ökat i bostäderna under de senaste decennierna som en följd av att luftomsättningen minskat när husen har tätats för att spara energi. År 1993 uppskattades att radonhalten i 70 000–120 000 småhus och i 20 000–80 000 lägenheter låg över Socialstyrelsens riktvärde (400 Bq/m<sup>3</sup> luft).<sup>2</sup> Sedan dess har hus åtgärdats, men långt ifrån i en omfattning som är tillfredsställande.

<sup>1</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Enhetschef Martin Eriksson, Socialstyrelsen, har biträtt sekretariatet med faktauppdateringar.

<sup>2</sup> Statens institut för byggnadsforskning, rapport TN:30, 1993.

### *Ventilation och fukt*

Generellt sett har luftomsättningen i våra bostäder minskat på grund av att hus har tätats för att spara energi. Hälften av skolorna, förskolorna och lägenheterna i flerbostadshus bedömdes ha en ventilation som inte uppfyller Boverkets och Socialstyrelsens normer. I fyra av fem småhus uppfylls inte ventilationsnormerna. Cirka 10 procent av bostadsbeståndet bedöms ha fuktskador som omgående borde åtgärdas. Bristfällig ventilation är den viktigaste riskfaktorn för uppkomst av fuktiga byggnader. Fukt gynnar tillväxt av mögel och andra mikroorganismer samt ökar förekomsten av husdammskvalster.

### *Passiv rökning*

Enligt en undersökning som genomförts av Miljömedicinska enheten vid Stockholms läns landsting exponeras ca 20 procent av Stockholms läns invånare dagligen för passiv rökning.<sup>3</sup> Även om detta är en otillfredsställande hög siffra kan det konstateras att den visar på en kraftig minskning jämfört med motsvarande undersökning i Stockholms län fem år tidigare.

De sjukdomar och besvär som är aktuella till följd av exponering för radon, otillräcklig ventilation, fukt och passiv rökning är främst astma och andra luftvägsbesvär (tobaksrök, fukt, dålig ventilation), lungcancer (radon, passiv rökning), hjärt- och kärlsjukdom (passiv rökning) samt allmänna symtom till följd av bristfälligt inomhusklimat. Cirka 400 000–500 000 svenskar upplever sig vara så besvärade av inomhusklimatet att de får symtom.<sup>4</sup> En förklaring till så kallade sjuka-hus-symtom kan vara förhöjda halter av vissa kemiska ämnen i inomhusluften samt fuktiga och dåligt ventilerade byggnader. Symtomen hos de som påverkas är irritation från ögon, näsa, svalg och de nedre luftvägarna, hudreaktioner, överkänslighet, trötthet, huvudvärk, illamående och yrsel.

<sup>3</sup> Stockholms läns landsting, *Miljöhälsorapport 1998*.

<sup>4</sup> Statens institut för byggnadsforskning, rapport TN:30, 1993.

## **Faktorer i den yttre miljön**

### **Vatten**

Tillgången till dricksvatten i Sverige är god, men det finns fortfarande en del problem med vattenkvaliteten. Mikrobiella föroreningar i dricksvatten förekommer i viss omfattning med utbrott av mag- och tarmsjukdomar som följd. Förhöjda nitrathalter i jordbruksbygder samt radon i borrhållsbrunnar är andra exempel på hälsorisker. Vårt dricksvatten kan också vara en bärare av olika kemiska ämnen. Cirka 1,3 miljoner glesbygdsboende och 1,2 miljoner fritidsboende personer har vatten från enskilda brunnar. Det har uppskattats att ca 25 procent av de enskilda brunnarna i glesbygdsboende har en vattenkvalitet som är otillfredsställande. De vanligaste problemen är förhöjda halter av nitrat, nitrit, mikroorganismer, fluorid eller radon.<sup>5</sup> Under åren 1992–1997 registrerades i Sverige 26 större utbrott av smittsamma sjukdomar orsakade av kommunalt vatten och 13 utbrott från enskilda brunnar. Ett flertal studier, både svenska och utländska, har undersökt vattenkvalitetens betydelse för förekomst av hjärt- och kärlsjukdomar. Mycket talar idag för att hårt vatten är en skyddsfaktor mot hjärt- och kärlsjukdom. Enligt nya bedömningar kan även förtäring av radonhaltigt vatten vara en hälsorisk.

### **Luft**

Tillgången till frisk luft är en väsentlig naturresurs som är av stor betydelse för folkhälsan. Miljöhälsoutredningen (SOU 1996:124) betonade att de två stora globala miljöhoten är utsläppen av koldioxid från förbränning av fossila bränslen, som ger upphov till växthuseffekten, och utsläppen av främst freoner, som påskyndar uttunnningen av det skyddande ozonskiktet. Hälsoriskerna med luftföroreningar är dock i högsta grad ett tätortsproblem med många lokala källor som trafiken, energiförsörjning, uppvärmning och industriell verksamhet. Vedeldning är en annan viktig källa till hälsofarliga föroreningar i luften. De viktigaste riskfaktorerna för påverkan på luftvägarna är kvävedioxid, ozon och partiklar. Kvävedioxid är den kväveoxid som har störst betydelse från hälsosynpunkt. De mest utsatta grupperna är boende i tätorter, särskilt storstäder. Känsliga grupper är bl.a. barn och astmatiker. Personer med allergisk astma löper en ökad risk för att få mer besvär i tätort och i

<sup>5</sup> SOU 1995:45. *Grundvattenskydd*. Betänkande av Grundvattenutredningen. Stockholm 1995.

trafikmiljö jämfört med vistelse i renare luft. Luftföroreningarna i landets tätorter uppskattas orsaka ca 100 lungcancerfall per år.

### *Buller*

Buller är kanske den miljöfaktor som berör störst antal människor. De största källorna till bullerstörningar är trafiken, störande grannar och buller från olika tekniska installationer i byggnader som t.ex. fläktmotorer och ventilationssystem. Naturvårdsverket beräknar att ungefär 1,5 miljoner människor i landet utsätts för bullernivåer från trafiken utanför sin bostad som överstiger 55 dBA, vilket är det långsiktiga målet för högsta värde för buller utomhus. Besvärstudier uppskattar att ungefär 5–10 procent av landets befolkning är mycket störda av trafiken och ungefär 2–6 procent är mycket störda av buller från grannar. Buller från restauranger och nattklubbar och buller från verkstäder, industrier och byggarbetsplatser ger upphov till betydande störningar. Kontinuerligt lågfrekvent ljud från verksamheter utanför bostaden kan också utgöra ett problem i boendemiljön. Höga ljudnivåer för besökare av t.ex. konserter och diskotek kan leda till skador på hörseln. Buller är också en stor arbetsmiljöfråga. Studier av yrkesmässigt exponerande tyder på att buller kan vara en riskfaktor för högt blodtryck.

### *Svårnedbrytbara ämnen*

En potentiell risk för hälsan, t.ex. genom påverkan på immunförsvar och hormonsystem, reproduktionsstörningar, njurskador, skador på nervsystem och cancer, är upplagringen av svårnedbrytbara ämnen i miljön och i människokroppen. Det gäller tungmetaller som kadmium och kvicksilver samt olika klorerade eller bromerade organiska ämnen. Metylkviksilverhalterna i fet ostkustfisk och i insjöfisk, främst gädda, gös, lake, abborre och ål är så höga att gravida eller ammande kvinnor samt kvinnor som planerar att snart skaffa barn helt bör avstå från att äta dessa fiskarter. Trenden är att situationen har förvärrats på grund av den pågående förurning. Miljöhälsoutredningen uppskattade att mindre än 5 procent av landets befolkning äter insjöfisk en gång i veckan eller oftare. Om kvicksilverhalterna är höga i den fisk som denna grupp konsumerar är säkerhetsmarginalerna små avseende fosterskador. Kadmiumhalterna i svenskt spannmål är höga och ligger nära de nivåer där hälsoeffekter kan uppstå. Trots erfarenheterna av de miljö- och hälsorisker som klorerade och bromerade föreningar för med sig, har man i allt större utsträckning börjat framställa och använda

bromerade föreningar som flamskyddsmedel i t.ex. textilier och elektronisk utrustning. Den trend man nu kan se, att förekomsten av bromerade flamskyddsmedel ökar i bröstmjölk, är mycket allvarlig. Några tydliga effekter på svenska folkets hälsa som en följd av exponering för dessa ämnen kan idag i praktiken inte ses men vi ligger mycket nära de nivåer där hälsoeffekter befaras kunna uppstå och de potentiella effekterna är mycket allvarliga.

### **Befintliga mål och strategier**

I den miljöpolitiska propositionen, Miljö för ett hållbart Sverige (prop. 1997/98:145) anges 15 övergripande miljökvalitetsmål som vägledning för landets miljöpolitik. I direktivet till Miljömålskommittén anges att Miljöhälsoutredningens betänkande och det handlingsprogram med mål och åtgärdsinriktningar som Miljöhälsoutredningen föreslog skall beaktas i genomförandet av de 15 miljökvalitetsmålen. Enligt den miljöpolitiska propositionens mål för "God bebyggd miljö" skall "städer, tätorter och annan bebyggd miljö utgöra en god och hälsosam livsmiljö samt medverka till en god regional och global miljö. Människor skall inte utsättas för skadliga luftföroreningar, bullerstörningar, skadliga radonhalter eller andra oacceptabla hälso- eller säkerhetsrisker".

### *Lagstiftning med avseende på inomhusmiljön*

De lagstiftningar som står till buds för att åstadkomma en bättre inomhusmiljö är främst plan- och bygglagstiftningen och miljöbalken. Plan- och bygglagstiftningen gäller vid nybyggnad och den ställer krav på att byggnaders skick och egenskaper skall upprätthållas. I övriga fall kan bygglagstiftningen inte tillämpas. Miljöbalken började gälla den 1 januari 1999 och kan användas både i fråga om brukande av byggnad och för sådana frågor som rör byggnadsrelaterade hälsorisker som inte kan hanteras med stöd av bygglagarna. Enligt miljöbalken ligger ansvaret fullt ut på fastighetsägaren eller t.ex. lägenhetsinnehavaren när det gäller att se till att man inte orsakar olägenheter för människors hälsa.

### *Vatten*

Miljöhälsoutredningen föreslog ett övergripande mål att "Ingen skall bli sjuk av vatten från allmänna anläggningar eller enskilda vattentäkter". I de nya nationella miljömålen (prop. 1997/98:145) mål för giftfri

miljö anges att "Miljön skall vara så fri från ämnen och metaller som skapats i eller utvunnits av samhället och som kan hota människors hälsa eller den biologiska mångfalden. Halterna av ämnen som förekommer naturligt i miljön skall vara nära bakgrunds nivåerna. Halterna av naturfrämmande ämnen skall vara nära noll."

### *Luft*

Av de nya nationella miljömålen mål för frisk luft framgår att "Luften skall vara så ren att människors hälsa samt djur, växter och kulturvärden inte skadas. Halterna av luftföroreningar överskrider inte fastställda lågrisknivåer för cancer, överkänslighet och allergi eller sjukdomar i luftvägarna" (prop. 1997/98:145). I sammanfattningen av regeringens proposition 1997/98:56 om transportpolitik för en hållbar utveckling, framhålls att transportpolitiken skall bidra till en socialt, kulturellt, ekonomiskt och ekologiskt hållbar utveckling. I propositionen förs det fram att man skall använda ekonomiska styrmedel för att uppnå de transportpolitiska målen.

### *Buller*

I de nya miljömålen anges att följande delmål bör gälla: "Trafikbullret i tätorter bör minska så att det underskrider gällande riktvärden." I den handlingsplan mot buller som antogs av riksdagen år 1994 är det övergripande målet att bullerstörningarna i samhället skall begränsas kraftigt avseende såväl ljudnivåernas höjd som antalet människor som utsätts för buller. En byggherre/beställare har ansvar för att kraven i byggreglerna på god ljudisolering infrias i nya hus. Sedan 1 januari 1999 gäller strängare byggregler för bullerdämpning vid nybyggnad. Miljöhälsoutredningen föreslog som övergripande mål att "Bullerstörningarna i samhället skall kraftigt begränsas." Som miljökvalitetsmål föreslogs att "Bullernivåer i tätorter bör understiga 55 dBA som ekvivalent ljudnivå utomhus och 30 dBA som ekvivalent ljudnivå inomhus". Dessa värden motsvarar Naturvårdsverkets mål för buller utomhus och Socialstyrelsens riktvärde för buller inomhus.

### *Svårnedbrytbara ämnen*

För att nå de nya nationella miljömålen mål för giftfri miljö föreslås bl.a. att all användning av bly avvecklas, att användningen av kvicksilver inom kloralkaliindustrin avvecklas senast år 2010 och att

användningen av kvicksilver i övrigt avvecklas år 2000. Vidare föreslås att PCB-haltigt material i samhället skall kartläggas och så långt som möjligt omhändertas, att användningen av bromerade flamskyddsmedel begränsas samt att all användning av ftalater och andra mjukgörare med skadliga eller misstänkt skadliga hälso- eller miljöeffekter avvecklas på frivillig väg. Miljöhälsoutredningen föreslog som miljö-kvalitetsmål att "Halten av miljöföroreningar i föda skall minska till en nivå där kostrekommendationer inte är nödvändiga". Vidare föreslogs långsiktiga mål på kvicksilverhalt i fisk (0,2 mg/kg färskvikt) och kadmiumhalt i spannmål (0,1 mg/kg).

### **Målförslag om inomhus- och yttre miljö i kapitel 6 i SOU 1999:137**

#### *1. Antalet sunda hus skall öka*

- Kriterier bör utarbetas för vad som kännetecknar sunda hus.
- Funktions- och emissionskrav för byggnader och byggmaterial bör anges.
- Bristfällig ventilation, fuktiga byggnader och höga radonhalter bör åtgärdas.
- Byggmaterial som inte avger hälsofarliga ämnen bör användas.

#### *2. Kunskaper om brister i inomhusmiljön skall öka*

- Utbildning, information, opinionsbildning och forskning bör utvecklas.
- Bostäder bör miljödeklareras.

#### *3. Exponeringen för passiv rökning skall minska*

- Information och opinionsbildning bör förstärkas.
- Tobakslagen bör skärpas och tillämpas mer kraftfullt.

#### *4. Hälsofarliga luftföroreningar skall minska*

- Kollektivtrafiken skall förbättras så att fler väljer att åka kollektivt.
- Kraven på vedpannor och vedeldning skall höjas.
- Nya fordonsbränslen och avgasrening skall utvecklas liksom alternativa energikällor.

#### *5. Hälsofarliga svårnedbrytbara ämnen skall minska*

- Användningen av de hälsofarligaste svårnedbrytbara ämnena bör avvecklas helt.
- Skadliga ämnens förekomst i samhället skall kartläggas.
- Områden som är förorenade av skadliga ämnen skall saneras.

#### 6. Exponeringen för buller skall minska

- Tystare trafik skall utvecklas.
- Kraven på bullerisolering av byggnader skall höjas.

### 3.1.2 Kompletteringar

#### Remissinstansernas synpunkter avseende inomhusförslagen

*Folkhälsoinstitutet* anser att det är viktigt att poängtera de psykologiska och stressrelaterade faktorerna i målen och strategierna för yttre miljö samt inomhusmiljö. *Vårdalstiftelsen* påpekar att det behövs mer forskning och utvecklingsarbete för att på ett brett sätt kunna utveckla en sund inomhusmiljö. Stiftelsen pekar på egna erfarenheter kring att skapa Det Sunda kontoret. Även Byggforskningsrådet påtalar behovet av ytterligare forskning och vill speciellt lyfta fram insatsområdet "Det Sunda Huset".

*Konsumentverket* ser positivt på att kommittén föreslår förbättringar vad gäller inomhusmiljön och att de fyra faktorerna radon, fukt, ventilation och passiv rökning uppmärksammas speciellt. Verket föreslår en försiktigare formulering i strategin om hälsovådliga ämnen i byggmaterial, eftersom ämnen som är helt utan fara knappast förekommer. Slutligen välkomnar verket initiativet till en gemensam miljödeklaration av bostäder.

*Hyresgästernas riksförbund* anser att det är hög tid för ett nytt sätt att se på planering, byggnation och förvaltning av såväl bostadsområden som enskilda fastigheter. Förbundet efterlyser större medinflytande från de boende och en tydligare anknytning till Agenda 21. Här pekar man samtidigt på kommunernas ansvar.

Även *Länsstyrelsen i Skåne* tar upp problemen med att använda begreppet hälsovådliga byggmaterial. Även bra material kan bli hälsovådliga genom att de hanteras fel. Det är därför viktigare att fokusera på hela byggprocessen, anser länsstyrelsen. *Hyresgästernas riksförbund* vill göra kommittén uppmärksam på de deklarationer av byggmaterial som förekommer idag. Dessa baseras ofta på facktermer och kemiska namn, vilket gör det omöjligt för en lekman att ta ställning till eventuell hälsovådlighet. Även från *HSB* lyfter man fram exempel på utvecklingsarbete i syfte att förbättra miljön, exempelvis genom att använda färre kemikalier.

*Läkemedelsverket* har i princip inget att invända mot de föreslagna målen, men anser att läkemedel bör beaktas särskilt.

*Strålskyddsinstitutet* pekar på de speciella problem som hör ihop med radon, och vill göra kommittén uppmärksam på att regeringen tillsatt en speciell utredning för att analysera problemen med radon i bostäder. Det är viktigt att kommitténs förslag samordnas med såväl denna utredning, som med det arbete som bedrivs av Miljömålskommittén. Behovet av att stämma av mot Miljömålskommittén framhålls även av *Uppsala läns landsting och landstinget i Västernorrland*, som föreslår att kommittén tar initiativ till ett samarbete.

*Sundsvalls kommun* anser att mål, mått och riktlinjer inom detta område är begränsade, och behöver ses över. Bland annat saknar kommunen en diskussion om hur jämlikhet i hälsa skall uppnås.

*Astma- och Allergiförbundet* föreslår ett antal tillägg när det gäller att förbättra inomhusmiljön;

- att vid projektering av byggnader skall en hälsokonsekvensbeskrivning avseende allergiker vara obligatorisk
- nationella minimikrav på städning
- mål, råd och riktlinjer för att komma till rätta med pälsdjursallergen
- information, forskning och riktlinjer för att komma till rätta med överkänslighet för starka dofter.

*Föreningen för el- och bildskärmsskadade* efterlyser ett särskilt kapitel som tar upp elöverkänslighet, och att detta ges samma dignitet som radon, buller och tobak. Liknande åsikter framförs även från ett mindre antal privatpersoner.

*Tandvårdsskadeförbundet* vill uppmärksamma kommittén på det miljöhot som man anser att de tunga metaller som används inom tandvården är.

*Boverket* anser att skrivningen "Antalet sunda hus skall öka" bör ersättas av "Antalet osunda hus skall minska".

*Folkhälsoinstitutet* föreslår ytterligare ett delmål, nämligen "Ingen skall bli sjuk eller få symtom av brister i produkter och varor som används i hushåll och i fritidsaktiviteter".

*Arbetskyddsstyrelsen* finner det angeläget att ventilationen i bostäder och arbetsplatser förbättras, för att bl.a. förebygga allergier. *Umeå kommun* efterlyser riktlinjer för godtagbar ventilation.

*Västra Götalandsregionen* trycker på värdet av ventilation och städning i miljöer där barn och ungdomar vistas, och vill att kommittén speciellt uppmärksammar detta.

*Hyresgästernas Riksförbund* vill uppmärksamma kommittén på ett utvecklingsarbete som förbundet driver tillsammans med SABO och Sveriges fastighetsägarförbund, där man tillsammans arbetat fram en metod för att inventera inomhusmiljön. Metoden, MIBB, bygger på

aktivt deltagande från de boende och innebär att förutom kartläggning får de boende större kunskap och möjligheter att påverka inomhusmiljön.

*Folkhälsoinstitutet* anser att målet i strategikapitlet "Ingen skall bli sjuk eller få symptom till följd av brister i inomhusmiljön" inte stämmer överens med innehållet i betänkandets kapitel om inomhusmiljö och utemiljö. *Folkhälsoinstitutet* föreslår därför att målet formuleras om till "Ingen skall bli sjuk eller få symptom på grund av brister i miljön."

### Remissinstansernas synpunkter avseende yttre miljö

*Boverket* menar att det redan idag finns ett stort antal föreskrifter som reglerar de verksamheter som behandlas i detta avsnitt. Mycket kan vinnas om dessa föreskrifter följs, att den redan existerande verksamheten kvalitetssäkras, samt genom en omfattande kunskapsspridning. Verket anser vidare att kommitténs skrivningar är alltför onyanserade, och inte tar hänsyn till modern teknikutveckling. *Boverket* anser också att kommittén bör överväga betydelsen av samhällsplaneringen inom detta målområde. Bland annat finns behov av metodutveckling inom plan- och bygglagstiftningens tillämpning. Att genomföra sociala och hälsomässiga konsekvensanalyser inom detta område vore önskvärt. Dessutom bör kommittén fundera över möjligheterna att koppla samman detta målområde med det pågående miljömålsarbetet.

Även *Kommunförbundet i Örebro län* anser att de frågor som behandlas inom detta avsnitt på ett tydligare sätt måste kopplas till det arbete som redan pågår inom kommunerna, såväl Agenda 21-arbete, som arbetet med plan- och bygglagstiftning.

*Naturvårdsverket* har svårt att finna ett systematiskt angreppssätt till avsnittet, och önskar att kommittén valt att utgå från den struktur som presenterades i miljöpolitiska propositionen (prop. 1997/98:145). Verket anser att följande miljökvalitetsmål bör behandlas mer utförligt:

- ingen övergödning
- levande skogar
- ett rikt odlingslandskap
- säker strålmiljö
- skyddande ozonskikt
- begränsad klimatpåverkan

*Forshaga kommun* pekar på att en del av målen handlar om miljöbalkens efterlevnad, och att kommunerna i stor utsträckning saknar medel till denna typ av verksamhet. Kommunen anser också att miljöarbetet

försvåras genom en kombination av samhällets tröghet och individernas begränsade ekonomi. *Miljö- och hälsoskyddstjänstemannaförbundet* pekar också på svårigheterna att efterleva den lagstiftning som faktiskt finns. För att den lokala tillsynen skall fungera krävs resurser och organisation av en omfattning som kommunerna idag ofta saknar. Förbundet efterlyser ett klargörande av den lokala tillsynens roll. Även *SKTF* tar upp denna fråga och anser att miljö- och hälsoskyddsarbetet måste få en fristående ställning i förhållande till andra kommunala verksamheter.

*Svensk Yrkes- och Miljömedicinsk förening* anser att kommittén ytterligare bör belysa riskerna med metaller, främst koppar, aluminium, arsenik och mangan, som kan lösas ut i dricksvatten.

*Barnombudsmannen* önskar att barns och ungdomars exponering för buller uppmärksammas. Såväl fritids- som skolmiljöer blir allt bullrigare, och många barn och ungdomar söker idag läkarvård på grund av hörselproblem. Även *Kommunförbundet i Örebro län* vill uppmärksamma bullerstörningarna och dess koppling till det ökande antalet tinitusskadade. Även *landstinget i Halland* önskar att kommittén behandlar tinitusskadorna. *Forshaga kommun* önskar att kommittén diskuterar flyget som störningskälla och orsak till buller.

*Boverket* anser att det finns behov av att klargöra de riktvärden som nyligen inrättas för buller, och att hanteringen av buller i samhällsplaneringen måste komma till tydligare uttryck än i kommitténs förslag.

*Länsstyrelsen i Skåne* påpekar att om bullerexponeringen skall minskas är det viktigt att tystare trafik utvecklas, och kravet på bullerisolering av byggnader höjs.

*Boverket* påpekar att i det transportpolitiska delmålet "En god miljö" finns fastställda etappmål för utsläpp och buller. Dessa måste koordineras med mål från andra utredningar. Vad gäller förändringar i transportpolitiken anser Boverket att en utbyggnad av kollektivtrafiken är önskvärd, något som emellertid kommer att kräva omfattande insatser. Detta måste i sin tur ses som en del i ett långsiktigt hållbart transportsystem, och bygga på utvecklad samordning mellan aktörer i olika samhällssektorer.

Även *Folkhälsovetenskapliga rådet* efterlyser en satsning på bättre kollektivtrafik. Detta är viktigt i hela landet, även i glesbygden, anser rådet. Många glesbygdsbor tvingas idag använda bil eftersom inga alternativ finns.

*Socialvetenskapliga forskningsrådet* anser att trafikmiljö är ett mycket viktigt område, som dock har hamnat mellan stolarna i kommitténs diskussioner om miljö respektive skador. Rådet uppmanar kommittén att i slutbetänkandet ge mer utrymme åt trafikmiljö och trafikskador.

Länsstyrelsen i Örebro anser att det behövs tydligare centrala riktlinjer för vedeldning, eftersom bedömningarna idag skiljer sig åt mellan olika landsdelar och kommuner.

Synskadades Riksförbund vill lägga till ett mål som handlar om att miljön bör vara utformad så att synskadade inte riskerar skador genom trafik eller andra hinder.

## Andra uppdateringar av sakunderlaget

### Miljömålskommittén

Miljömålskommittén har i betänkandet "Framtidens miljö – allas vårt ansvar" (SOU 2000:52) redovisat vad som krävs för att till nästa generation kunna överlämna ett samhälle där de stora miljöproblemen är lösta. Detta betänkande är en precisering av den miljöpolitiska propositionen "Svenska miljömål – Miljöpolitik för ett hållbart Sverige (prop. 1997/98:145). Kommittén lägger fram en rad förslag som anger vad som skall uppnås till åren 2020-25, dvs. på en generations sikt. Kommittén har också tagit fram ett 70-tal etappmål som skall nås till en viss tidpunkt dessförinnan, oftast till år 2010.

Tre åtgärdsstrategier förs fram för att förverkliga miljömålen.

- Effektivisering av transporter samt av energiomvandling och energianvändning.
- Giftfria och effektiva kretslopp. Farliga ämnen skall fasas ut, märkning ske av alla varor, producentansvaret utvidgas och varukretsloppen göras material- och energieffektiva. Övergödningen kräver en rad insatser inom bl.a. jordbruket och fortsatt utbyggnad av avloppsrening.
- Hushållning med mark, vatten och den bebyggda miljön.

Bland annat föreslås utredningar om mer målinriktade ekonomiska styrmedel. Kommittén föreslår att miljöbalken och plan- och bygglagen får en tydligare koppling till miljömålen. Forsknings- och utvecklingsbehovet specificeras för att kunskapsluckor inte skall stå i vägen för möjligheterna att uppnå målen. Sektorsmyndigheternas arbete med sektorsmål har granskats. Länsaktörer och kommuner har en viktig roll i genomförandet. Kommittén pekar ut en rad indikatorer i ett väl utvecklat uppföljningssystem.

### *Hälsoskyddsfrågor i miljömålsarbetet*

Skyddet av människors hälsa är en av de grundläggande värden som miljömålen vilar på. Viktiga hälsoskyddsfrågor i miljömålsarbetet innefattas främst i målområdena "Frisk luft", "Giftfri miljö", "Säker strålmiljö" samt "God bebyggd miljö". I det följande redovisas Miljömålskommitténs förslag till mål och etappmål som berör de frågeställningar som tas upp i Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande.

### **God bebyggd miljö**

Miljökvalitetsmål:

Städer, tätorter och annan byggd miljö skall utgöra en god och hälsosam livsmiljö samt medverka till en god regional och global miljö. Natur- och kulturvärden skall tas tillvara och utvecklas. Byggnader och anläggningar skall lokaliseras och utformas på ett miljöanpassat sätt och så att en långsiktig god hushållning med mark, vatten och andra resurser främjas.

Miljökvalitetsmålet innebär:

- Människor utsätts inte för skadliga luftföroreningar, bullerstörningar, skadliga radonhalter eller andra oacceptabla hälso- eller säkerhetsrisker.
- Boende och fritidsmiljön, utomhus- och inomhus, uppfyller höga krav på frihet från buller, tillgång till solljus och ren luft.
- Mark- och vattenområden är fria från gifter, skadliga ämnen och andra föroreningar.
- Transporter- och transportanläggningar lokaliseras och utformas så att skadliga intrång i stads- eller naturmiljön begränsas och så att de inte utgör hälso- eller säkerhetsrisker eller i övrigt är störande för miljön.
- Miljöanpassade kollektivtrafiksystem av god kvalitet finns tillgängliga och förutsättningarna för säker gång- och cykeltrafik är goda.

Etappmål:

- Senast år 2015 har alla byggnader en tillfredsställande inomhusmiljö, vilket innebär att:
- olägenheter som orsakas av fukt- och mögelskador är avhjälpda. Återkommande skadefall är högst 1/10 av nivån år 2000,
- inomhusluften är av fullgod kvalitet och ventilationen är ändamålsenlig

Antalet människor som utsätts för trafikbullerstörningar överstigande de riktvärden som riksdagen beslutat om för buller i bostäder har minskat med 10 procent till år 2010 och med 80 procent till år 2020 jämfört med år 1998.

### ***Säker strålmiljö***

Miljökvalitetsmål:

Människors hälsa och den biologiska mångfalden skall skyddas mot skadliga effekter av strålning i den yttre miljön.

Miljökvalitetsmålet innebär:

- Stråldoser begränsas så långt det är rimligt och möjligt.
- Radonhalten inomhus i alla bostäder, förskolor och fritidshem och skolor underskrider 200 Bq/m<sup>3</sup> år 2020. På längre sikt bör ingen individ utsättas för radonhalter överstigande 50 Bq/m<sup>3</sup>. Radonhalten i samtliga enskilda brunnar är lägre än 1000 Bq/m<sup>3</sup>.
- Senast år 2005 är alla skolor, förskolor, och fritidshem med radonhalter i inomhusluften överstigande 400 Bq/m<sup>3</sup> och hälften av alla enskilda brunnar med dricksvatten över 1000 Bq/m<sup>3</sup> åtgärdade. År 2010 är alla bostäder med radonhalter överstigande 400 Bq/m<sup>3</sup> åtgärdade.

### ***Frisk luft***

Miljökvalitetsmål:

Luften skall vara så ren att människors hälsa samt djur, växter och kulturvärden inte skadas.

Miljökvalitetsmålet innebär:

- Halterna av luftföroreningar överskrider inte lågrisknivåer för cancer eller riktvärden för skydd mot sjukdomar i luftvägarna eller påverkan på växter, material och kulturvärden. Riktvärdena skall sättas med hänsyn till överkänslighet och allergi.
- Halterna av marknära ozon överskrider inte de gränsvärden som satts för att hindra skador på människors hälsa, djur, växter, kulturvärden och material.

**Etappmål:**

- Halterna för svaveldioxid och kvävedioxid, enligt tabell, är i huvudsak uppnådda i samtliga kommuner redan år 2005 respektive år 2010.
- Halterna av marknära ozon överskrider inte 120 mikrogram/m<sup>3</sup> som 8-timmars medelvärde, i samtliga kommuner år 2010.
- År 2010 har utsläppen av flyktiga organiska ämnen i Sverige, exklusive metan, minskat med minst 55 procent från 1995 års nivå till 220 000 ton.
- Senast år 2005 skall ett etappmål för partiklar mindre än 2,5 mikrometer (PM 2,5) fastställas. Vid samma tidpunkt skall också en första revidering ske av generationsmålen för luftkvalitet.

***Giftfri miljö*****Miljökvalitetsmål:**

Miljön skall vara fri från ämnen och metaller som skapats i eller utvunnits av samhället och som kan hota människors hälsa eller den biologiska mångfalden.

**Miljökvalitetsmålet innebär:**

- Halterna av ämnen som förekommer naturligt i miljön är nära bakgrundsnivåerna.
- Halterna av naturfrämmande ämnen i miljön är nära noll.
- Den sammanlagda exponeringen i arbetsmiljö, yttre miljö och inomhusmiljö är för särskilt farliga ämnen nära noll och för övriga ämnen inte skadliga för människor.

**Etappmål:**

År 2010 är varor försedda med hälso- och miljöinformation.

Nyproducerade varor är i huvudsak fria från;

- cancerframkallande, arvsmassepåverkande och fortplantningsstörande ämnen senast år 2007,
- mycket långlivade ämnen och mycket bioackumulerande ämnen senast år 2010,
- kvicksilver senast år 2003 samt kadmium och bly senast år 2010.

Sådana ämnen används inte heller i produktionsprocesser på ett sådant sätt att hälsa och miljö kan komma till skada.

Hälso- och miljörisker med användningen av kemiska ämnen har minskat fortlöpande fram till år 2010 enligt indikatorer/nyckeltal som fastställts av berörda myndigheter, liksom förekomst och användning av kemiska ämnen som försvårar återvinning av material.

Förorenade områden är identifierade samt undersökta och minst 30 procent av områden av riskklass mycket stor och stor är åtgärdade senast år 2010.

### **Radon i bostäder**

Regeringen har tillsatt en särskild utredare med uppdrag att analysera problemet med radon i bostäder och lokaler där människor mer varaktigt vistas (Dir. 1999:102). I uppdraget ingår att presentera förslag till ändamålsenliga och effektiva statliga åtgärder som i rimlig tid kan få ner radonhalterna under gällande gränsvärden. Utredningsarbetet skall enligt direktiven vara slutfört under år 2000.

### **Miljödeklaration av bostäder, skolor och daghem**

Regeringen har beslutat att uppdra åt Boverket att genomföra en försöksverksamhet med miljö- och kvalitetsdeklaration av bostäder, skolor och daghem. En miljö- och kvalitetsdeklaration kan innehålla uppgifter om t.ex. ventilation, energianvändning, radon, buller och miljöstörande ämnen. På grundval av erfarenheterna från försöksverksamheten skall Boverket föreslå utformning av en deklaration som kan användas i större omfattning. Avsikten är att deklarationen skall upprättas och tillhandahållas av byggnadsägarna. Uppdraget skall redovisas senast den 30 juni 2001.

### **Kemikalieutredningen**

Kemikalieutredningen föreslår i betänkandet "Varor utan faror – förslag till genomförande av nya riktlinjer inom kemikaliepolitiken" (SOU 2000:53) att de nya riktlinjerna inom kemikaliepolitiken i huvudsak bör genomföras inom EU. Kemikalieutredningen föreslår också bl.a. att kunskapskraven om kemiska ämnens hälso- och miljöegenskaper bör utvidgas, att långlivade och bioackumulerande ämnen bör avvecklas och att cancerframkallande, arvsmassepåverkande och fortplantningsstörande ämnen bör avvecklas. Utredningen föreslår bl.a. följande:

Kunskapskravet bör utvidgas. Idag finns en mycket stor kunskapsbrist om hälso- och miljöegenskaper för de kemiska ämnen som finns på marknaden sedan gammalt.

Långlivade och bioackumulerande organiska ämnen bör avvecklas. Kemiska ämnen som är mycket långlivade och som i hög grad ansamlas i organismer (är bioackumulerande) får från och med år 2010 inte finnas i kemiska produkter eller i andra varor, såsom kläder, bilar och mobiltelefoner. Från och med år 2015 får varor inte heller innehålla övriga långlivade och bioackumulerande ämnen.

Cancerframkallande, arvsmassepåverkande och fortplantningsstörande ämnen bör avvecklas. Idag finns redan ett förbud inom EU som innebär att kemiska ämnen som är cancerframkallande, arvsmassepåverkande och fortplantningsstörande inte får finnas i konsumenttillgängliga kemiska produkter. Utredningen föreslår att förbudet från och med år 2007 utvidgas till att även omfatta andra varor än kemiska produkter. För hormonstörande ämnen föreslår utredningen bl.a. att arbetet bör inriktas på att möjliggöra identifiering av hormonstörande ämnen genom att testmetoderna för fortplantningsstörning utvecklas.

Utredningen lämnar förslag till fortsatt avveckling av kvicksilver, kadmium och bly. Dessutom måste övriga metaller användas på ett sådant sätt att de inte kommer ut och förorsakar skador på miljö eller människor

### 3.1.3 Bedömning

Merparten av det arbete som bedrivs för att förebygga och undanröja hälsorisker i miljön som nämns i detta avsnitt sker med utgångspunkt från främst miljöbalken, miljömålsarbetet och kemikaliearbetet. De operativt aktiva är kommuner, länsstyrelser, centrala tillsynsmyndigheter, sektorsmyndigheter och företag som bedriver verksamhet som omfattas av miljöbalken och miljömålen. Flera remissinstanser har mot den bakgrunden fört fram att frågorna om miljö och hälsa bör samordnas med miljömålsarbetet.

De prioriteringar och målformuleringar som föreslagits av Nationella folkhälsokommittén i SOU 1999:137 stämmer väl överens med de prioriteringar som gjorts i miljömålsarbetet genom Miljömålskommitténs betänkande "Framtidens miljö – allas vårt ansvar" (SOU 2000:52) samt Kemikalieutredningens betänkande "Varor utan faror – förslag till genomförande av nya riktlinjer inom kemikaliepolitiken" (SOU 2000:53). I Miljömålskommitténs betänkande har kommittén preciserat av riksdagen tidigare beslutade nationella miljö kvalitetsmål som avses att nå inom en generation samt föreslagit åtgärdsstrategier, styrmedel

och ansvarsfördelning beträffande genomförande och uppföljning m.m. I Kemikalieutredningens betänkande föreslås bl.a. ökad kunskap om kemiska ämnens hälsopåverkande egenskaper och att bioackumulerande ämnen inte skall finnas i kemiska produkter.

Mot bakgrund av att frågorna om miljö och hälsa är väl integrerade i miljöbalken och miljömålsarbetet finns det inte skäl att starta parallella aktiviteter inom miljö-hälsaområdet utifrån mål och strategier som kommittén tar fram särskilt. Det är istället angeläget att utgå från de förslag som Miljömålskommittén fört fram. Inom ramen för dessa förslag är det dock särskilt angeläget att antalet sunda hus ökar genom funktions- och emissionskrav och att antalet hus med radonförekomst minskar. Vidare är det angeläget att bostäder miljödeklarerar och att allergisäkerheten ökar i förskolor, skolor, på arbetsplatser och i övriga miljöer som allmänheten har tillträde till. När det gäller yttre miljö är det viktigt att marknära ozon, luftföroreningar och buller minskar.

Ett önskemål när det gäller den fortsatta beredningen av Miljömålskommitténs förslag är att etappmålen ses över i vissa fall vad gäller tidpunkt för uppfyllelse så att nationella mål som berör människors hälsa kan följas upp år 2010, dvs. det år som är Nationella folkhälsokommitténs referenspunkt för uppföljning. Att vissa mål även följs upp före respektive efter detta årtal utgör inget problem i sammanhanget.

Miljömålskommittén har inte redovisat något eget förslag om passiv rökning med hänvisning till att Nationella folkhälsokommittén behandlar frågan. Målet om att minska exponeringen för passiv rökning intar därmed en särställning eftersom den frågan inte tas upp i miljömålsarbetet eller hanteras enligt miljöbalken eller plan- och bygglagen. Avsikten bör mot den bakgrunden vara att minska den passiva rökningen bl.a. genom lagförslag om rökfrihet på restauranger, kaféer och andra matställen som allmänheten har tillträde till.

Slutsatserna i övrigt är att det finns skäl för ett engagemang lokalt och regionalt inom ramen för folkhälsoarbetet och Agenda 21-arbetet med syftet att motivera politiker och beslutsfattare att hålla ambitionsnivån hög inom miljö-hälsaområdet. Folkhälsoarbetets och Agenda 21-arbetets roll blir då bl.a. att väcka politiskt engagemang och allmänhetens engagemang i frågorna. Detta arbete kan stärkas om folkhälsoarbetet och Agenda 21-arbetet integreras med varandra.

## 3.2 Grönområdets betydelse för rekreation<sup>6</sup>

### 3.2.1 Sammanfattning av avsnitt 7.2 i SOU 1999:137

#### Inledning

Rekreation handlar om att människor skall få tillfälle till återhämtning från krav i arbete och hem, stimulans till nya tankar och aktiviteter samt till fysisk aktivitet. Rekreativa aktiviteter och miljöer finner vi bl.a. inom konst, litteratur, musik, hus- och landskapsarkitektur. I vardagslivet är det viktigt att människor kan finna möjligheter till rekreation utan att tid och kraft behöver spillas på att uppsöka rätt miljö och/eller innehåll. Studier har visat att rekreation är viktigt för att motverka en lång rad sjukdomar. Fysisk aktivitet och dagsljus, natur och kultur är betydelsefulla på olika sätt.<sup>7</sup> Fysisk aktivitet motverkar olika folksjukdomar (se avsnitt 3.4) Dagsljus har effekter på bl.a. skelettuppbyggnad och kan motverka nedstämdhet.<sup>8</sup> Kultur kan få människor att få distans till sig själva på samma gång som man vilar ut och återhämtar sig från arbete och sysslor i hemmet.<sup>9</sup> I kapitel 10 beskrivs kulturens betydelse. Grönska och natur har visat sig vara verksamma inom flera områden: Dels kan grönområden, rätt planerade, leda till att fler människor lockas att gå ut och ta en promenad, få dagsljus och motion.<sup>10</sup> Dels kan grönområdena i sig motverka stress, då det visat sig

<sup>6</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Docent Patrik Grahn, Institutionen för landskapsplanering, Sveriges lantbruksuniversitet, Alnarp, har biträtt sekretariatet med faktauppdateringar.

<sup>7</sup> Fysisk aktivitet. Sid 34-51 i *Levnadsvanor 2*. Nationella Folkhälsokommittén, underlagsrapport nr 6, 1999.

<sup>8</sup> Küller R. & Wetterberg L. The subterranean work environment: impact on wellbeing and health. *Environment International*. 22, pp 33-52. 1996.

<sup>9</sup> Rapp, B. Kultur i vården visavi vården som kultur. Stockholm, 1999.

<sup>10</sup> Berggren-Bärring A-M & Grahn, P. *Grönstrukturens betydelse för användningen*. Licentiatavhandling för Berggren-Bärring. Sveriges Lantbruksuniversitet, Institutionen för landskapsplanering. Alnarp. Ultuna 1995.

Grahn, P. & Berggren-Bärring, A-M. Experiencing parks. Man's basic underlying concepts of qualities and activities and their impact on park design. *Ecological Aspects of Green Areas in Urban Environments*. Pp 5.97-5.101. IFPRA World Congress Antwerp Flanders Belgium 3-8 September 1995.

att natur ger en förhållandevis snabb återhämtning från stressande upplevelser.<sup>11</sup>

Den svenska allemansrätten är värdefull att bevara, inte minst ur ett jämlikhetsperspektiv. Allemansrätten medverkar till att flertalet människor på ett relativt enkelt sätt kan komma ut i naturen utan allt för långa transporttider.

## Förekomst och effekter

### *Bostadsområden*

Människor som bor i villor och radhus i mindre tätorter eller i större tätorters ytterområden har i de flesta fall en god tillgång till återhämtande grönområden. För flerfamiljshusen är skillnaderna i tillgång mer betydande.<sup>12</sup> Inne i de centrala delarna av tätorterna är utbudet av park- och rekreationsområden ofta inte tillräckligt. Områdena ligger ofta mer än fem minuters promenadväg från hemmen, vilket betyder att de sällan utnyttjas under vardagar. Studier visar att grönområden inom fem minuters promenadavstånd används flitigt. Fem minuter är ett tröskelvärde, då bara någon minuts längre promenad sänker användningen dramatiskt. Det kan också vara så att områdena störs kraftigt av buller.

Enbart hälften av boende i flerbostadshus använder den gemensamma gården under ett år. Studier har visat att de som helt saknar egen gård är mycket lite ute i natur, parker och grönområden. De som har en bra gård, som de är nöjda med, går också mest ut i annan natur och grönområden.<sup>13</sup>

Detta nyttjandemönster går igen när man studerar förskolor, skolor och vårdinstitutioner. Ju sämre gården är, desto mindre är man ute överhuvudtaget. En bra skolgård, förskolegård eller gård vid äldreboende ger däremot upphov till en relativt omfattande utevistelse, inte bara på den egna gården utan också i stadens parker, grönområden och

<sup>11</sup> Ulrich, R. Effects of gardens of health outcomes. Pp 27-86 in Cooper Marcus, C. & Barnes, M. (eds) *Healing Gardens*. 1999.

<sup>12</sup> *Gröna områden i planeringen*. Boverket. Karlskrona. 1999. Bucht E. *Public Parks in Sweden, 1860–1960*. Agraria 56. Ultuna. 1997. Berggren-Bärring A-M & Grahn P. *Grönstrukturens betydelse för användningen*. SLU, Inst för landskapsplanering, Rapport 95:3. Alnarp. 1995.

<sup>13</sup> Grahn P. Om parkers betydelse. *Stad & Land* 93. Alnarp. 1991. Grahn P. & Larsson C. *Stadens grönområden. Hur de används och vad som tilltalar besökarna*. SLU och Byggnadsforskningsrådet. Alnarp. 1997.

naturområden.<sup>14</sup> Detta betyder att gårdsmiljöerna är av avgörande betydelse för utevistelsens omfattning. Ser man till vissa utsatta grupper, som patienter inom den psykiatriska vården, handlar det om mer än 100 procents högre vistelse i parker, om det finns en bra gård, och för boende inom äldreomsorgen ligger siffran på drygt 400 procent fler besök.<sup>15</sup>

Enda avvikelserna från detta nyttjandemönster gäller boende i 1960- och 1970-talens flerbostadshusområden. Invånarna där utnyttjar inte de egna gårdarna speciellt mycket. Däremot används de grönområden som ligger alldeles invid gårdarna flitigt.

### *Åldersgrupper och kön*

Undersökningar visar att barn upp till tolv års ålder är den åldersgrupp som mest nyttjar stadens grönområden. Därefter kommer tonåringar, följt av pensionärer mellan 65 och 75 års ålder. Minst utnyttjar äldre över 75 år grönområden.

För kvinnor är den upplevda bristen på trygghet i parkerna en begränsande faktor och kvinnor anger denna orsak sju gånger oftare än män. För äldre över 75 år är det framför allt tillgängligheten, som rädslan att inte hitta en bänk att sitta på, och tryggheten som begränsar.<sup>16</sup>

### *Skolan och förskolan*

Förskolornas gårdar är av mycket skiftande kvalitet och generellt sett har förskolorna och skolorna i innerstaden små ytor med mycket asfalt. De egna gårdarna används idag mer än tidigare, eftersom lägre personaltäthet och mindre pengar till transporter gjort utflykter till andra naturmiljöer allt svårare att genomföra.<sup>17</sup>

<sup>14</sup> Grahn P. *Egen härd – Guld värd*. SLU, Inst för landskapsplanering, 88:8. Alnarp. 1988.

<sup>15</sup> Ottosson J. & Grahn P. Utemiljöns betydelse för äldre med stort vårdbehov. SLU, *Stad & Land* 155. Alnarp. 1998.

<sup>16</sup> A.a.

<sup>17</sup> Grahn P. *Egen härd – Guld värd*. SLU, Inst för landskapsplanering 88:8. Alnarp. 1988. Grahn P, Mårtensson F, Lindblad B., Nilsson P. & Ekman A. Ute på dagis. SLU, *Stad & Land* 145. Alnarp. 1997. Grahn P. Om parkers betydelse. SLU, *Stad & Land* 93. Alnarp. 1991.

Skolornas bristfälliga utemiljö har uppmärksamrats under ett antal år och skolgårdarna har på många orter blivit bättre. Men trots olika insatser är skolgården på de flesta håll fortfarande en tom asfaltyta.<sup>18</sup>

Studier har visat påtagliga samband mellan utevistelse och hälsotillstånd hos förskolebarn. De hälsotillstånd som avses gäller i första hand infektioner,<sup>19</sup> stressåkommor, grovmotorisk förmåga och koncentrationsstyrka. Det finns även studier som pekar på att utevistelse skulle kunna medföra att färre barn får allergi.<sup>20</sup> Vidare visar barngrupper i goda lekmiljöer tecken på att kunna hantera konflikter bättre.

### Äldre

Forskning visar att äldre i högre grad än yngre är beroende av dagsljus för sin vitaminstatus och för att skelettet inte skall urkalkas.<sup>21</sup> Motion är också i högsta grad nödvändigt för att bibehålla muskelmassa och rörlighet. Ny forskning visar också att blodtrycket kan påverkas gynnsamt av utevistelse och att detta i synnerhet kan gälla personer över 80 år.<sup>22</sup> Studien visar dessutom att äldre som har möjlighet att vistas ute en timme under dagen förbättrar sin koncentrationsförmåga. Daglig utevistelse gör att kroppen bättre kan klara såväl fysisk som psykisk påfrestning.<sup>23,24</sup> Ändå är många äldre ofta hänvisade till att vara inomhus.<sup>25</sup>

Ett nätverk av terapeutiska trädgårdar håller på att byggas upp över landet, dvs. trädgårdar som ger möjlighet till träning av exempelvis minnesfunktioner, armar och rygg eller som ger möjlighet till kontemplation.

<sup>18</sup> Lindholm G. Skolgården – vuxnas bilder – barnets miljö. SLU. *Stad & Land* 129. Alnarp. 1995.

<sup>19</sup> Söderström M. & Blennow M. Barn på utedagis hade lägre sjukfrånvaro. *Läkartidningen* 15, pp 1670–1672.

<sup>20</sup> von Mutius E. Towards prevention. *Lancet* 350 Suppl 2:SII14–7. 1997. Von Mutius E, Weiland S.K, Fritzsche C, Duhme H. & Keil U. Increasing prevalence of hay fever and atopy among children in Leipzig, East Germany. *Lancet* 351, 9106, pp 862–866. 1998.

<sup>21</sup> Küller R. & Küller M. *Stadens grönska, äldres utevistelse och hälsa*. Byggnadsforskningsrådet R24:1994. Stockholm. 1994.

<sup>22</sup> Ottosson J. & Grahn P. Utemiljöns betydelse för äldre med stort vårdbehov. SLU. *Stad & Land* 155. Alnarp. 1998.

<sup>23</sup> Küller R. & Küller M. *Stadens grönska, äldres utevistelse och hälsa*. Byggnadsforskningsrådet R24:1994. Stockholm. 1994.

<sup>24</sup> A.a.

<sup>25</sup> Gora M. & Nordström M. Äldres liv och nära omgivning. SLU. *Stad & Land* 133. Alnarp. 1995.

### Befintliga mål

Tidigare normer och detaljlagar upphävdes till stor del i och med att den nya plan- och bygglagen (PBL) trädde i kraft år 1987. Detta fick störst inverkan på regleringen av stadens grönområden, då alla normer som reglerade ytor och utrymmen för lek försvann. Förtätningarna accelererade.

Under senare delen av 1990-talet har två lagar stärkt grönområdenas ställning i tätorterna: plan- och bygglagen<sup>26</sup> och miljöbalken<sup>27</sup>. Dessa två lagar ger tillsammans ett utrymme för kommuner och andra myndigheter att skydda och utveckla grönområden i städer och tätorter.

I samband med revideringen av PBL utreddes stadens grönområden särskilt. Förslaget finns presenterat som bilaga i SOU 1994:36, och där talas om behovet av grönstrukturprogram och grönplaner. Den nya PBL ger nu också kommunerna en möjlighet att upprätta en grönstrukturplan. Något krav på kommunerna att göra sådana planer finns inte, även om PBL anger att behovet av parker och andra grönområden skall tillgodoses.

Miljöbalken anger att alla skall ha tillgång till natur, till en hälsosam miljö samt att behovet av grönområden i tätorten och i närheten av tätorten särskilt skall beaktas. I proposition 1998/99:107 om motion och idrott för 2000-talet gör regeringen den bedömningen att det är angeläget att samhällsplaneringen, inte minst i storstadsregionerna, beaktar människors behov av grönområden och andra fria ytor som gör det möjligt för människor i alla åldrar att motionera utomhus.

När det gäller barns lekmiljöer har länder som Tyskland, England, Danmark och Norge betydligt fler såväl kvantitativa som kvalitativa krav än Sverige.

### Forskningsbehov

Det behövs mer forskning kring hur ljus och grönska påverkar människor fysiskt och psykiskt samt hur man i planering, byggande och lagstiftning skall påverka stadsbyggnad och friskvård. Kunskapen om vad leken fordrar i form av fysisk omgivning är otillräcklig. Dessutom behöver kunskapen om sambanden mellan en väl fungerande lekmiljö och barns hälsa förbättras.

<sup>26</sup> SOU 1994:36. *Miljö och fysisk planering*. Delbetänkande av Plan- och byggutredningen. Stockholm. 1994.

<sup>27</sup> SOU 1996:103. *Miljöbalken*. Huvudbetänkande av Miljöbalksutredningen. Stockholm. 1996.

Forskningen måste särskilt belysa vilka kvaliteter i utemiljön som leder till gynnsamma effekter. Exempelvis gäller detta hur utemiljön vid särskilda boendeformer skall utformas, samt hur bostadsområdenas egna gårdar respektive närparker skall vara beskaffade.

Det finns behov av att utreda samband mellan miljökvaliteter, människors beteenden och hälsa. Fram till idag har endast något tvärfackligt projekt mellan läkare, landskapsarkitekter, sjukgymnaster och psykologer undersökt sådana samband.

### **Målförslag i avsnitt 7.2 i SOU 1999:137**

1. *Alla bör ha tillgång till bullerfria och trafiksäkra grönområden nära bostaden*
  - Förskole- och skolgårdar skall vara planerade och utformade så att de tillgodoser barns och ungdomars behov av lek, rörelse, stimulans och avkoppling.
  - Miljön i anslutning till bostaden skall vara planerad och utformad så att den är tillgänglig för äldre och funktionshindrade och ger dem stimulans och avkoppling.
  - Alla som bor i särskilda boendeformer skall ha tillgång till en stimulerande utemiljö.
2. *Kommunerna bör i sina översiktsplaner särskilt redovisa grönsstrukturen*
  - En separat redovisning bör göras av hur förskole- och skolgårdar och särskilda boenden är utformade.
3. *Regionala grönsplaner och grönsstrukturprogram bör upprättas där tillgången på områden för friluftsliv är begränsad*
  - Allemansrätten måste försvaras, särskilt i storstadsområden och i slättbygderna.

## **3.2.2 Kompletteringar**

### **Remissinstansernas synpunkter**

Ett flertal remissinstanser, såsom *Barnombudsmannen*, *Boverket*, *Naturvårdsverket*, *Örnsköldsviks kommun*, *Östhammars kommun*, *Riksidrottsförbundet* och *Riksförbundet Hälsofrämjandet* ställer sig i huvudsak bakom kommitténs ställningstaganden.

### *Barn i hem och skola*

*Barnombudsmannen* vill särskilt uppmärksamma att utevistelsen för barn inte i första hand handlar om rekreation, utan om nödvändiga villkor för barns utveckling.

När det gäller barns lek anför *Boverket* svårigheterna och oklarheterna med sin nuvarande roll, att följa upp plan- och bygglagens krav på att tillräckligt stora och lämpliga fria ytor avsätts för lek. *Boverket* anser att ansvaret för de allmänna lekplatserna skall förtydligas.

*IOGT-NTO junior i Sollefteå* betonar problematiken med skolgårdarna, som alltför ofta består av asfalt.

### *Grönstruktur och hållbar utveckling*

*Barnombudsmannen* önskar särskilt uppmärksamma den gröna strukturen; behovet av närhet mellan hem/skola och grönområden. *BO* önskar att grönplaner upprättas i kommunerna.

*Boverket* ser den gröna strukturen ur flera aspekter: rekreation, biologisk mångfald samt kretsloppslösningar och kommunalteknik. Sverige har, påpekar *Boverket*, skrivit på Riokonventionen. Den stadgar, förutom planering av god hälsa, att vi skall bedriva en planering som syftar till att värna om ekosystemens långsiktiga produktionsförmåga. Städernas obebyggda mark är en värdefull resurs för detta. I den fysiska planeringen finns möjligheter att reglera hur gröna områden skall utvecklas. För att uppnå en hållbar utveckling måste den gröna strukturen behandlas tillsammans med övriga struktur- och markanvändningsfrågor i den översiktliga planeringen. *Boverket* anser att genom detaljplaner och områdesbestämmelser skall regleringar kunna göras bindande. Detaljplaner är ett bra sätt att säkra förekomsten av gröna områden i tätorter.

*Naturvårdsverket* framhåller vikten av en god grön struktur med tillgänglighet till en rik och varierad omgivning. I rapporten "Sektorsmål för friluftsliv och naturturism" finns detta närmare belyst. Man menar att tillgång till fria, tätortsnära naturområden är lika viktiga delar av en god tätortsmiljö som funktionella trafiksystem och bostäder m.m. Därför anser man att kommunerna bör skydda dessa områden i sin kommunala planering genom exempelvis att avsätta dem som kommunala naturreservat.

*Riksidrottsförbundet* påpekar att regeringens idrottspolitiska proposition "En idrottspolitik för 2000-talet" ligger i linje med kommitténs mål. I propositionen slås fast att "samhällsplaneringen bör beakta människors behov av grönområden och fria ytor".

*Naturvårdsverket och Boverket* önskar att perspektivet om biologisk mångfald av grönområdena lyfts fram särskilt.

#### *Kvaliteten på grönområdena*

*Umeå kommun* betonar två viktiga kvaliteter i grönområdena: Trygghet och tystnad. Vidare önskar man att det nära staden finns "stimulerande" naturområden. *Folkhälsoinstitutet* tar upp trygghetsaspekten. Framför allt kvinnor vågar sig inte ut i vissa rekreationsområden på grund av rädsla för överfall eller ofredande. Man framhåller att bättre belysning, planering av vägar och buskage samt information om när rekreationsområden är befolkade är viktigt. *Barnombudsmannen* önskar mer stimulerande grönområden vid bostadsområdena. Särskilt stort, hävdar man, är detta behov i förorter som vuxit upp under 1960- och 1970-talen. *Fritidsodlingens Riksorganisation och Västra Götalandsregionen* saknar diskussioner om koloniträdgården. Den egna odlingens betydelse för särskilt äldre är en hälsofrämjande faktor.

#### *Grönområden som delar av fritidsutbudet*

*Landstinget i Gävleborg* samt *Riksidrottsförbundet* önskar båda en fördjupad analys om den samlade kulturens betydelse för folkhälsan. *Landstinget i Uppsala* är inne på samma linje, men uttrycker det som den samlade fritidens betydelse för folkhälsan.

*Landstinget i Jämtlands län* hävdar att man inte bara bör koppla samman grönområden och landskapsarkitektur med folkhälsan, utan allt byggande och arkitektur. Det gäller framför allt att bevara och utveckla goda och mänskliga stadsmiljöer och över huvudtaget bygga miljöer så att människor är aktiva och mår bra.

#### *Strategier*

*Landstinget i Västernorrlands län* beklagar att det inte finns någon skrivning om möjligheterna till rekreation bland kommitténs förslag till övergripande strategier. *Universitetet i Örebro* efterlyser också konkreta strategier för genomförandet. Hur skall alla kunna ta sig till rekreationsområden inom fem minuter när utvecklingen idag är sådan att städerna blir allt trängre?

När det gäller strategier efterlyser flera remissinstanser diskussioner utifrån jämlikhetsaspekter bland olika grupper i fråga om rekreation:

*Barnombudsmannen* lyfter fram de funktionshindrade barnen och deras svårigheter att ta sig ut i naturen. *Socialvetenskapliga forskningsrådet* betonar vikten av att människor med skilda sociala förutsättningar kan få rekreation. *Handikappombudsmannen* samt *Riksförbundet för trafik och polioskadade* tar upp allas rätt att kunna ta sig ut i naturen. RTP efterlyser också krav på att funktionshindrade skall kunna ta sig ut i parker och grönområden i närmiljön liksom att de har svårt att vara med i lägerverksamhet o.dyl.

*Socialvetenskapliga forskningsrådet* efterlyser fler vetenskapliga källor till grönområdenas betydelse.

## **Andra uppdateringar av sakunderlaget**

### *Forskning*

När det gäller människors utnyttjande av och preferenser för skilda grönområden i Sverige är forskningen inom området sedan ett par decennier i huvudsak lokaliserad till SLU, Alnarp. En sammanfattning av denna forskning återfinns i Grahn & Larsson, 1997: Stadens grönområden samt Boverket 1999: Gröna områden i planeringen. Under år 2000 skall ett projekt startas som handlar om en jämförelse mellan danskars och svenskers utnyttjande av och preferenser för skilda typer av grönområden.

Forskning om grönområdenas effekter på människors upplevelser och hälsa är knuten till amerikanska universitet och till svenska. I Sverige har vi i högre utsträckning studerat effekter på friska människor; grönområdenas betydelse i vardagslivet, medan man i USA har fokuserat sin forskning på sjuka, framför allt de som drabbats av mental fatigue, stresstillstånd, "utbrändhet" och koncentrationsstörningar. En del av forskningen har även gällt träningsträdgårdar vid sjukhem, sjukhus och äldreboende, s.k. horticultural therapy.

### *Återhämtning från stress*

Hur kan det komma sig att naturen har en så snabb inverkan på återhämtning från stress? Utvecklingen inom modern antropologi, där bl.a. jämförelser av gener görs, visar att människan under miljontals år av

utveckling anpassats för ett liv i en särskild typ av miljö.<sup>28</sup> Det finns anledning att misstänka att den miljö som människan utvecklats till att fungera optimalt i är att betrakta som människans urhem. Vissa forskare hävdar också att ju mer vår fysiska omgivning avviker från "urhemmet", desto mer blir vi människor känsliga för stress. Omvänt skulle då gälla att en fysisk miljö som liknar urhemmet mycket snabbt gör att vi återhämtar oss från stress. Det finns idag forskning som stöder den hypotesen.<sup>29</sup> Ett flertal studier visar också att natur- och grönområden i människors vardagsmiljöer har stor betydelse för stressnivåer och hälsa. Tillgången på sådana områden är därför att betrakta som friskfaktorer i vardagen.

### Kultur

Den 18–22 juni 2000 hölls den andra internationella forskningskonferensen "On Health and Design" i Stockholm.<sup>30</sup> Värddar var Texas A&M University och Karolinska institutet. Konferensen tog upp betydelsen av rekreation – i betydelsen konst<sup>31</sup>, musik<sup>32</sup> och litteratur, samt inte minst arkitektur, natur och trädgård.

Konferensen omfattade flera viktiga aspekter av ämnet. Rekreation handlar om att kroppen skall få tillfälle till återhämtning från krav, till fysisk aktivitet och till stimulans till nya tankar och aktiviteter. Rekreativa miljöer skall således bygga upp kropp och medvetande. Studier

<sup>28</sup> Orians, G.H. 1986. An Ecological and Evolutionary Approach to Landscape Aesthetics. In E.C. Penning-Roswell and D. Lowenthal (Eds.) *Meanings and Values in Landscape*. London, pp., 3-25. Ulrich, R.S. 1993, Biophilia, Biophobia and Natural Landscapes. In S.R. Kellert and E.O Wilson (Eds.) *The Biophilia Hypothesis*, pp 73-137.

<sup>29</sup> Ulrich, R.S., Simons, R.F., Losito, B.D., Fiorito, E., Miles, M.A. & Zelson, M. 1991. Stress Recovery During Exposure to Natural and Urban Environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11, pp. 201-230. Hartig, T., Böök, A., Garvill, J., Olsson, T. & Gärling, T. 1996. Environmental Influences on Psychological Restoration. *Scandinavian Journal of Psychological Restoration* 37, pp. 378-393

<sup>30</sup> The 2<sup>nd</sup> International Conference on *Health and Design*. Integrating Design and Care in Hospital Planning for the New Millennium. 18-22 June 2000 in Stockholm, Sweden (DCHP 2000). Book of Abstracts.

<sup>31</sup> Kaye, C. & Blee, T. (Eds.) 1997. *The Arts in Health Care*. London

<sup>32</sup> Caine, J. 1991 The Effects of Music on the Selected Stress Behaviors, Weight, Caloric and Formula Intake, and Length of Hospital Stay of Premature and Low Birth Weight Neonates in a Newborn Intensive Care Unit. *Journal of Music Therapy* 18, pp. 180-182

under det senaste decenniet belägger att det finns ett samband mellan människans nervsystem och immunsystem.<sup>33</sup> Den s.k. psykoneuro-immunologiska forskningen pekar bl.a. på kopplingen mellan stress och infektioner. Barn löper mindre risk att drabbas av infektioner om de mår bra, som t.ex. att ej utsättas för onödig stress.

Iakttagelser visar att aktiviteter inom kultur- och fritidsområdena ger positiva hälsoeffekter, såsom snabb återhämtning från stress och förnimmelse av mindre smärta. Sammantaget visar detta att människans psyke och kropp är integrerade delar av varandra.<sup>34</sup> Humaniora och medicin har genom dessa studier kommit att närma sig varandra och integreras allt mer i forskningen. Det innebär en mindre teknisk och mer holistisk syn på begreppet hälsa.<sup>35</sup> I kapitel 10 redovisas olika aspekter på kultur och hälsa mer utförligt.

### 3.2.3 Bedömning

Människor har ett stort behov av återhämtning från krav i arbete och familj. Vistelse i natur, parker och grönområden ger förutsättningar för återhämtning. Det är därför viktigt att den typen av omgivning finns tillgänglig.

Det finns ett tydligt samband mellan användning av grönområden för rekreation mer allmänt och tillgången till en grön omgivning i det egna bostadsområdet. De som har en inbjudande gård vistas ute mer än de som inte har det. De som har en bra gård vistas också mer i parker eller grön områden längre bort. Studier visar att grönområden inom fem minuters promenadavstånd från bostaden används flitigt. Behovet av kommunala grönpåsar påtalas av flera remissinstanser. Den gröna strukturen bör behandlas tillsammans med övriga struktur- och mark-användningsfrågor i den översiktliga planeringen. Genom detaljplaner och områdesbestämmelser är det möjligt att göra planer bindande. Grönområdena bör, som sägs i kommitténs målförslag, vara bullerfria och trafiksäkra. De bör också vara säkra i det avseendet att alla kategorier av människor skall kunna känna trygghet när de använder områ-

<sup>33</sup> Hansson, L.Å. Psykoneuroimmunologi. *Svensk Medicin* no 52. 1996. Kiecolt-Glaser, J.K., Page, G.C., Marucha, P.T., MacCallum, R.C. & Glaser, R. Psychological Perspectives on Surgical Recovery: Perspectives from Psychoneuroimmunology. *American Psychologist*, 52, 1209-1218.

<sup>34</sup> Ulrich, R. Effects of gardens of health outcomes. Pp 27-86 in Cooper Marcus, C. & Barnes, M. (eds) *Healing Gardens*. 1999.

<sup>35</sup> Konarski, K. *Jordmån för ett gott liv*. Idéskrift från Folkhälsogruppen, nr 16. Stockholm 1992.

dena. Det kan t.ex. handla om bra belysning och att omgivningen kan överblickas lätt.

Tillgång till gröna utemiljöer i det egna grannskapet och vid förskolor och skolor är viktigt för barns utveckling och hälsa. Det finns påtagliga samband mellan utevistelse hos förskolebarn och antalet infektioner och stressrelaterade tillstånd som drabbar dem. Barns grovmotorik och koncentrationsförmåga påverkas positivt av utevistelse. Forskning visar också att det kan finnas samband mellan minskad allergiförekomst hos barn och utevistelsens längd, liksom mellan utevistelse och förmågan hos barn att kunna hantera konflikter. Det är därför angeläget att skapa stimulerande gårdar vid förskolor och skolor. Det saknas idag riktlinjer för vilka riktlinjer som bör gälla för barns offentliga lekmiljö och utomhusvistelser i förskola och skola. Sådana riktlinjer bör utarbetas.

Äldre är i högre grad än yngre beroende av dagsljus för sin vitaminstatus och för att skelettet inte skall urkalkas. För att bibehålla muskelmassa och rörlighet är det nödvändigt med motion. Förutsättningarna för äldre att vara aktiva bör uppmärksammas och i många fall förbättras. Lämpliga åtgärder i miljön är t.ex. att kommunerna regelbundet ser över sina gångstråk, trottoarer och parkmiljöer. Miljöerna skall vara säkra både när det gäller beläggningen och eventuell fordonstrafik. Vidare är det viktigt att miljöerna "inbjuder" positivt till promenader, jogging, boulespel m.m. och att det finns bänkar utsatta vid promenadvägar med jämna mellanrum och inom lagom avstånd så att äldre personer kan sätta sig och vila vid promenader m.m.

Äldre och funktionshindrade med nedsatt rörlighet är mer beroende än andra av bra och tillgängliga gårdar nära hemmet. Detsamma gäller dem som vistas kortare eller längre perioder på sjukhus eller i särskilt boende. Många som idag bor i särskilda boendeformer kommer sällan ut. Möjligheten att komma ut styrs både av att det rent faktiskt finns en grön och tillgänglig gård i närheten, och att det finns stöd och hjälp för att komma ut. Äldre och funktionshindrade med nedsatt rörlighet bör ha rätt att komma ut varje dag. Det är viktigt för såväl deras fysiska som psykiska hälsa.

Allemansrätten till naturområden ger möjlighet för alla människor oberoende av social tillhörighet att komma ut i naturen. Andelen män och kvinnor som promenerar i skog och mark ökar i alla befolkningsgrupper och bland såväl svenska som utländska medborgare. Friluftsliv har en stor potential att bli en hälsofaktor som ökar i betydelse. Samtidigt är det många människor som inte utnyttjar allemansrätten. Det kan bero på att det finns ekonomiska eller andra hinder för att ta sig till ett naturområde eller att engagemanget hindras av andra faktorer som

t.ex. att det egna bostadsområdet saknar gröna omgivningar och stimulans för annan naturkontakt.

Betydelsen av rekreation i form av trädgårdsodlingar framhålls av flera remissinstanser. Sådan odling tillhör de vanligaste fritidssysselsättningarna och är näst promenader den vanligaste fritidsaktiviteten. Med odlingsintresset följer att man rör sig utomhus, och får motion. Att få tillgång till en kolonilott om man bor i flerbostadshus kan också skapa social gemenskap i närområdet. Möjlighet till odling är särskilt viktig för de grupper som inte har tillgång till fritidshus. Det är angeläget att kommunerna ökar möjligheterna för människor att själva odla.

### 3.3 Mat och matvanor<sup>36</sup>

#### 3.3.1 Sammanfattning av avsnitt 8.2 i SOU 1999:137

##### **Inledning**

En riktigt sammansatt kost har en stor betydelse för hälsan – både genom att främja och bevara god hälsa och genom att förebygga sjukdomar. Maten och våra matvanor har en viktig funktion som kulturbärare, mötesplats och källa till njutning.

Tillgång till säker och hälsosam mat är en mänsklig rättighet, vilket understryks i WHO:s dokument Hälsa 21.<sup>37</sup> Ett folkhälsoarbete inriktat mot mat i vid bemärkelse bör därför omfatta både aspekterna säkra livsmedel och hälsosamma matvanor.

##### **Matvanor**

De flesta konsumenter är i dag väl medvetna om vikten av att äta varierat, sänka fett- och sockerintaget samt öka frukt- och grönsakskonsumtionen för att motverka sjukdomar och ohälsa senare i livet.<sup>38</sup>

<sup>36</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Avdelningsdirektör Liselotte Schäfer Elinder, Folkhälsoinstitutet, har biträtt sekretariatet med uppdateringar av sakunderlaget.

<sup>37</sup> WHO, *Hälsa 21. Hälsa för alla på 2000-talet*. WHO 1998.

<sup>38</sup> Becker W, Enghardt H, Robertson A-C. *Kostundersökningar i Sverige 1950–1990*. Livsmedelsverket, Uppsala 1994.

Konsumtionen av frukt och grönt har ökat kraftigt under de senaste decennierna, men fortfarande äter vi genomsnittligt för lite grönt, för lite fibrer och för mycket socker och fett för att det långsiktigt skall vara bra för hälsan. Sju av tio svenskar anser sig inte behöva ändra sina matvanor, eftersom man tycker att man äter hälsosamt.<sup>39</sup> Rökning och mindre hälsosamma matvanor följs ofta åt. Rökare äter mindre frukt och grönsaker och har ett lägre intag av vitamin C och karotenoider.<sup>40</sup>

Intresset för mat och matlagning har under de senaste åren ökat markant både bland ungdomar och vuxna, men delar av den yngre generationen anser sig inte ha tillräckliga kunskaper i att laga mat. Invandringen och svenskarnas ökade utlandsresande har bidragit till en större variation i utbudet av mat. Det är även en trend att köpa mer färdiglagad mat och laga mindre mat hemma. Reklamen och det kommersiella inflytandet inom livsmedelsområdet har ökat.

### *Matvanor i olika grupper*

Kvinnor är mer hälsomedvetna än män och mer benägna att ändra inköps- och matvanor. De har också mer hälsosamma matvanor. Kunskap och medvetenhet om matvanor är något lägre bland lågutbildade än bland högutbildade<sup>41</sup>. Högutbildade äter mer grönsaker och frukt och de högutbildade männen har ett lägre fettintag än de lågutbildade. Ungdomar använder i huvudsak magra alternativ av mjölk- och matfettprodukter. Däremot tenderar de att äta mindre frukt och grönsaker än barn och vuxna.<sup>42</sup> Barn och ungdomar äter också mer godis, glass och läsk än vad vuxna gör.

Studier av äldres matvanor pekar på betydande förändringar sedan 1970-talet, med ökad konsumtion av grönsaker, spannmålsprodukter, magra mjölk- och matfettprodukter.<sup>43</sup> Friska äldre har generellt sett ett

<sup>39</sup> Kearney M, Gibney MJ, Martinez JA, de Almeida MDV, Friebe D, Zunft HJF, Widhalm K, Kearney JM. Perceived need to alter eating habits among representative samples of adults from all member states of the European Union. *Eu J Clin Nutr.* 1997;51, suppl 2, 30–35.

<sup>40</sup> Becker W. *Befolkningens kostvanor och näringsintag i Sverige 1989*. Livsmedelsverket, Uppsala 1994.

<sup>41</sup> Becker W, Enghardt H, Robertson A-C. *Kostundersökningar i Sverige 1950–1990*. Livsmedelsverket, Uppsala 1994.

<sup>42</sup> Becker W. Må bra med frukt och grönt! Ger ett positivt kostbudskap bättre resultat? *Vår föda.* 1995;7:26–30.

<sup>43</sup> Expertgruppen för kost- och hälsofrågor. Verksamhetsberättelse januari 1997–december 1998. *Vår föda.* 1999;3.

bra intag av energi och näringsämnen.<sup>44</sup> Näringsbrist och undernäring förekommer främst bland äldre på institutioner och inom slutenvård.<sup>45,46,47</sup> Riskgruppen för undernäring bland hemsjukvårdspatienter är äldre som har kort utbildning eller låg inkomst, ensamboende, personer med funktionshinder samt personer med depression eller andra psykiska åkommor.<sup>48</sup>

### Vad påverkar matvanorna?

Det som människor själva upplever som hinder för att äta hälsosamt är framför allt brist på tid, att man inte vill avstå från mat man tycker om samt att man saknar praktisk kunskap eller möjligheter att tillaga och förvara mat.<sup>49</sup> Grupper med lägre socialgruppsstillhörighet anger att priset är en av de faktorer som har störst betydelse när man skall välja mat.<sup>50</sup> Undersökningar av europeiska konsumentattityder visar också att priset styr människors val av livsmedel i mycket stor utsträckning.<sup>51</sup>

Internationell framtidsforskning pekar mot att industrin och s.k. professionella matlagare kommer att ta över rollen som hemmets producenter av mat.<sup>52</sup> Samtidigt visar forskning att konsumenten misstror

<sup>44</sup> Rothenberg E, Bosaeus I, Steen B. Intake of energy, nutrients and food items in an urban elderly population. *Ageing: Clinical and Experimental Research*, 5, (2) 105–116.

<sup>45</sup> Elmståhl S. *Hospital nutrition in geriatric long-stay medicine. Dietary intake, body composition and the effects of experimental studies*. Lund 1987.

<sup>46</sup> Unosson M. *Malnutrition in hospitalised elderly patients*. Linköping 1993.

<sup>47</sup> Cederholm T. *Protein-energy malnutrition in chronic disease. Clinical and immunological studies in elderly subjects with non-malignant disorders*. Karolinska institutet. Stockholm 1994.

<sup>48</sup> Socialstyrelsen. *Näringsproblem bland hemsjukvårdspatienter*, Äldreuppsdraget 1998:12

<sup>49</sup> Lappalainen R, Saba A, Holm L, Mykkanen H, Gibney MJ. Difficulties in trying to eat healthier: descriptive analysis of perceived barriers for healthy eating. *Eu J Clin Nutr*. 1997;51, suppl 2, 36–40. 1997.

<sup>50</sup> Pan-EU Study on Diet and Nutrition. Tabular Report Sweden. March 1996. Dublin: Taylor Nelson AGB. 1996.

<sup>51</sup> Lennernäs M, Fjellström C, Becker W, Giachetti I, Schmitt A, Remaut de Winter A, Kearney M. Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union. *Eu J Clin Nutr*. 1997;51:8–15.

<sup>52</sup> Menell S, Murcott A, Otterlo van A.H. *The sociology of food, eating, diet and culture*. Sage Publication. London 1993.

livsmedelsindustrin i allt högre grad.<sup>53,54,55,56</sup> Under senare år har livsmedelsproducenterna intensifierat sin marknadsföring av s.k. funktionella livsmedel. Det är vanliga livsmedel som har modifierats i ett eller annat avseende för att ge hälsomässiga fördelar, t.ex. finns produkter med tillsatta bakteriekulturer. Det är okänt hur en ökad användning av dessa livsmedel kommer att påverka matvanorna i stort. I princip är det inte tillåtet att marknadsföra produkter med s.k. hälsopåståenden, dvs. formuleringar som anger att produkten har en viss effekt på hälsan.

Kvaliteten på skolmaten varierar avsevärt mellan olika kommuner.<sup>57</sup> Från skolor i vissa områden finns positiva erfarenheter av att göra frukost tillgänglig för skolbarnen.

Ett framgångsrikt projekt är det s.k. Vägkrogsprojektet riktat till yrkesförare, som initierades av Livsmedelsverket och som har genomförts i brett samarbete med olika aktörer. Syftet var att ge utbildning till restaurangpersonal för att de skulle kunna erbjuda lastbilschaufförer mindre fet och mer hälsosam mat.<sup>58</sup>

Erfarenheter från det s.k. Norsjöprojektet visar på möjligheter att påverka befolkningens matvanor genom en kombination av arbete på befolkningsnivå, studiesatsningar och primärvårdsarbete på individnivå.

Sverige har världens äldsta befolkning, 17,9 procent är över 65 år, och en ökande andel av befolkningen i glesbygd är äldre. Glesbygdsverket arbetar för att lokal livsmedels- och övrig serviceförsörjning skall upprätthållas och utvecklas.

Matvanor är en del av människors totala livsstilsmonster.<sup>59</sup> Erfarenheter från folkhälsoarbete visar att man med enbart informationsinsatser kan förvärra ojämlikheten i hälsa. Ett framgångsrikt sätt är att arbeta med målgrupper och arenor.

<sup>53</sup> Giddens A. Living in post-traditional society, In: Beck U, Giddens A, Lash S. *Reflexive Modernisation. Politics, tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Polity Press. Cambridge 1994.

<sup>54</sup> Fjellström C. Maten i det moderna samhället. Risk eller njutning? *Scandinavian Journal of Nutrition* Vol, 42:112–115. 1998.

<sup>55</sup> Sjöberg L. *Kost och hälsa – riskuppfattningar och attityder*. Rapport 1/96. Uppsala, Livsmedelsverket 1996.

<sup>56</sup> Grove-White R, Macnaghten P, Mayer S, Wyman B. *Genetically Modified Organisms. Food and Public Attitudes in Britain*. Lancaster University. 1997.

<sup>57</sup> *Vår föda*. 1999;1;18–20.

<sup>58</sup> Pearson M. Maten och jobbet. Lastbilsförarens attityder till maten och jobbet. Kvantitativ studie inom Projekt Vägkrogen. Livsmedelsverkets rapport 5/98.

<sup>59</sup> Forskningsrådsnämnden. *Familjen och hjärtat: en litteraturöversikt*. Rapport 98:10. Stockholm. 1998.

## Hälsoeffekter

Mat har främst hälsobringande effekter. Nyare forskning tyder på att personer som äter mycket frukt och grönsaker har lägre risk att drabbas av bland annat cancer och hjärtinfarkt.

Amning har stor betydelse för spädbarnets hälsa beroende på bröstmjölkens unika egenskaper. En stark uppgång har skett av amningsfrekvensen vid 6 månaders ålder till 73 procent, vilket bedöms vara den högsta nationella genomsnittsfrekvensen bland i-länder.<sup>60</sup>

Sjukdomar som har samband med matvanor, främst hjärt- och kärlsjukdomar, står för 22 procent av förlorade år vid dödsfall före 65 års ålder hos män.<sup>61</sup> Regionala skillnader i matvanor, avseende konsumtion av matfett, frukt och grönsaker, grovt bröd och rökt mat, har kunnat relateras till dödlighet i hjärtinfarkt och magsäckscancer.<sup>62</sup> De senaste decenniernas nedgång i förekomst av hjärt- och kärlsjukdomar kan till stor del förklaras med sänkta kolesterolvärden, sänkt blodtryck och minskad rökning.

Övervikt och framför allt fetma är ett snabbt ökande hälsoproblem i Sverige och övriga västvärlden. Övervikt och fetma är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän.<sup>63</sup> Kraftig övervikt, fetma, i sådan omfattning att den kan förväntas förkorta den beräknade livslängden, har nu blivit så vanlig att man räknar med att 7 procent av alla vuxna svenskar tillhör den riskgruppen. Det är särskilt anmärkningsvärt att andelen med fetma och övervikt även ökar bland yngre.

Ätstörningar (anorexi, bulimi och närliggande tillstånd) är allvarliga hälsoproblem bland tonåringar och unga vuxna. Man kan räkna med att 1,5–2 procent av tonårsflickor och unga kvinnor vid en given tidpunkt är drabbade av anorexi eller bulimi.<sup>64</sup>

Insjuknande i åldersdiabetes ökar globalt under de senaste decennierna. En av orsakerna till detta är troligen den kraftiga ökningen av kroppsvikten. I Sverige har uppskattningsvis 3–4 procent av befolkningen sjukdomen. Diabetes innebär en ökad risk för andra sjukdomar, främst hjärt- och kärlsjukdomar.

<sup>60</sup> Socialstyrelsen. *Statistik – Hälsa och sjukdomar 1999:1*. Amning av barn födda 1996.

<sup>61</sup> Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18. Stockholm 1997.

<sup>62</sup> Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum, Cancerregistret.

<sup>63</sup> Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18. Stockholm 1997.

<sup>64</sup> Socialstyrelsen. *RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling*. 1999.

Det uppskattas att under 1994 drabbades 500 000 personer av matförgiftningar. Hälften av dessa ansåg sig ha blivit sjuka av mat som de ätit hemma och hälften av mat som de ätit ute.<sup>65</sup>

### Forskningsbehov

Befolkningens matvanor studeras sporadiskt i nationella och regionala studier. Avsaknaden av regelbundna undersökningar och det ökande bortfallet i studierna gör att vi i dag inte har tillräckligt goda möjligheter att bedöma hur matvanorna förändras och hur eventuella förändringar är kopplade till hälsoutvecklingen. Signaler om alltmer dioxin och PCB i maten måste uppmärksammas. Ökad forskning behövs om metoder för att förebygga och åtgärda övervikt och fetma. Det vore angeläget att få reda på vilken inverkan undervisning i hemkunskap har på skolungdomars matvanor och kunskaper i matlagning. Forskning behövs om invandrargrupperns somatiska hälsa, näringstillstånd och tillgång till information.

### Befintliga mål

De näringsmässiga riktlinjerna för en bra kost är formulerade i de Svenska Näringsrekommendationerna (SNR).<sup>66</sup> År 1995 fastställde regeringen den Nationella handlingsplanen för nutrition. Folkhälsoinstitutet och Livsmedelsverket har med utgångspunkt i handlingsplanen utarbetat ett strategidokument innehållande operationella mål för myndigheternas arbete för att främja matvanorna och folkhälsan.<sup>67</sup> Dokumentet har en bred befolkningsansats och ett hälsofrämjande perspektiv. Det innehåller också utmaningar till andra aktörer på regional och lokal nivå. Mål och insatser anges inom fyra områden: utbildning, stöd till lokalt och regionalt arbete, konsumentstöd och storhushåll. Totalt sju nationella myndigheter har åtagit sig ett ansvar för det statliga tvärsektoriella nutritionsarbetet.

<sup>65</sup> Lindqvist R, Andersson Y, de Jong B, Norberg P. *A summary of reported food borne diseases in Sweden 1992 to 1997*, draft April 1999. Livsmedelsverket.

<sup>66</sup> Svenska näringsrekommendationer (SNR). *Vår Föda* 1997;48:7–14.

<sup>67</sup> Nationella mål och strategier för nutrition 1999–2004. Livsmedelsverket och Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1999.

**Målförslag i avsnitt 8.2 i SOU 1999:137**

1. Alla skall ha ekonomisk, fysisk och kunskapsmässig tillgång till ett livsmedelsutbud som främjar god hälsa
2. Alla skall ha tillgång till opartisk, konkret, saklig och tillämpbar information om säkra livsmedel samt hälsosamma matvanor
3. Jordbruks-, skatte- och prispolitik (nationell och inom EU) skall främja säkra livsmedel samt hälsosamma matvanor
4. Övervikt skall förebyggas
5. Barn och ungdomar skall få tillräckligt med erfarenheter, kunskaper och färdigheter för att göra hälsosamma val av mat och måltider
6. Amning skall främjas
7. Utbudet av mat i storhushåll skall främja en god hälsa

**3.3.2 Kompletteringar****Remissinstansernas synpunkter***Allmänt*

Generellt anser remissinstanserna att det är värdefullt att staten ger ut kostbudskap, så länge de står på vetenskaplig grund. Många påpekar att det är viktigt med stödjande miljöer. Här nämns storhushåll och skolan speciellt.

*Barnombudsmannen* ställer sig bakom kommitténs förslag och vill speciellt rikta uppmärksamheten på att tidigt grundlägga goda matvanor, samt på skolmåltidens stora betydelse. *Konsumentverket* understryker betydelsen av att hälso- och näringseffekter ges väsentlig betydelse när jordbruks-, skatte-, och prispolitik utformas. Verket är tveksamt till förenklade kostbudskap till konsumenterna.

*Västerås kommun* anser att det behövs metodutveckling angående hur man sprider budskap om goda kostvanor. *Sollentuna kommun* anser att det är viktigt att informera om goda matvanor, framför allt bland de egna personalgrupperna. *Falkenbergs kommun* och *Hallands* och *Örebro läns landsting* anser att kommittén borde göra en starkare koppling mellan områdena mat och miljö. *Örnsköldsviks kommun* och *landstingen i Västernorrland* och *Örebro* påpekar att de nationella folkhälsomålen bör stämma överens med de nationella målen och strategier för nutrition som nyligen antagits. *Jämtlands läns landsting* anser att kommittén kunde ha varit tuffare och bland annat föreslagit skattesänkningar på nyckelhålmärkta livsmedel. Även *Landstinget*

Sörmland och Riksföreningen Företagssköterskor anser att frukt och grönsaker borde subventioneras.

*Handikappförbundens samarbetsorgan* vill uppmärksamma det stora behov som finns av att ytterligare markera allas möjlighet till den goda måltiden, oavsett ekonomiska och sociala omständigheter. *Föreningen Osteoporotiker* önskar en massiv informationsinsats till såväl allmänhet som beslutsfattare om sambanden mellan hur benskörhet förebyggs och förekomsten av goda kost- och motionsvanor. *Tandvårdsskadeförbundet* efterlyser ytterligare forskning om sambanden mellan tungmetallskador och förekomsten av fria radikaler, samt möjligheterna att via antioxidanter i kosten förebygga sjuklighet.

*Centerkvinnorna* pekar på förbundets långsiktiga arbete för säkra och hälsosamma livsmedel, och anser att Sverige har ett stort ansvar även gentemot EU att driva en hälsofrämjande mat- och jordbrukspolitik. *Hjärt-lungfonden* menar att skolan har en viktig roll. *Idrotts-högskolan* vill att kommittén poängterar individens ansvar för sina kostvanor och därmed den egna hälsan.

#### *Livsmedelsindustrins roll*

*Konsumentverket* delar uppfattningen att livsmedelsindustrin kan bidra positivt till att utveckla väl sammansatta färdigrätter, men är tveksam till om marknadsföring av enskilda livsmedel kan bidra till en förbättrad hälsa. *Nordiska hälsovårdshögskolan* påpekar att livsmedelsindustrin ofta agerar stick i stäv med folkhälsomålen, och ger exempel på marknadsföring av sötade mjölkprodukter, juice, kakor, läsk och godis. *KF* lyfter fram konsumentkooperationens roll i arbetet kring mat och hälsa, och pekar bland annat på de förbättringar inom varuhantering och livsmedelshygien som genomförts.

*Livsmedelsindustrierna* uppger att de vill bidra till hälsosamma matvanor genom att utveckla produkter som underlättar bra val för konsumenten, ta hänsyn till myndigheternas näringsrekommendationer i produktutveckling och marknadsföring, medverka till god kunskap, främja nutritionsforskning, tillhandahålla god näringsinformation samt arbeta för en fortsatt god kvalitet i livsmedlen. Man är kritisk till kommitténs skrivning om höga svenska matpriser och menar att prisökningstakten sjunkit. Man håller inte heller med om att svenska konsumenter misstror svenska livsmedel. Vidare anser man att mycket av den information som industrin förser exempelvis småbarnsföräldrar med är både saklig och uppskattad.

### *De offentliga måltiderna*

Umeå kommun anser att det finns ett stort behov av att kompetensutveckla personalen som arbetar med att framställa och servera den offentliga maten. Västerås kommun och Landstinget Sörmland lyfter fram skolmåltidernas betydelse.

Idrottshögskolan vill ha en samhällsekonomisk analys av de kostnader som krävs för att förbättra maten i storhushåll, bl.a. genom utbildningsinsatser, gentemot de vinster man kan göra i bättre hälsa. Sveriges Hotell och Restaurangföretagare påpekar vikten av arbetsmåltiderna, vilka ofta intas på restaurang. Man påtalar att i alla andra länder i västvärlden finns någon form av skattemässig subvention av arbetsmåltider och man önskar att kommittén behandlar det man uppfattar som en orimlig beskattning i Sverige.

Hjärt-lungfonden framhåller hur restauranger genom "Väggkrogsprojektet" kan utveckla ett hälsofrämjande arbetssätt. Centerkvinnorna uppmärksammar de larmrapporter som kommit kring undernäring av gamla.

### *Hemkunskap*

Umeå kommun, Uddevalla kommun, Landstinget Sörmland och Centerkvinnorna lyfter alla fram nödvändigheten av att stärka undervisningen i hemkunskap.

### *Övervikt*

Landstinget i Kronoberg anser att det faktum att vi blir allt fetare också är ett hot mot den psykiska hälsan. Nordiska hälsovårdshögskolan vill starkare poängtera den klassmässiga fördelningen av fetma. Man tror inte att primärvården kan påverka överviktsepidemin särskilt mycket.

Socialvetenskapliga forskningsrådet saknar en diskussion om internationella erfarenheter av att förändra matvanor i befolkningen. Man vill också uppmärksamma problematiken kring ätstörningar.

Dietisternas Riksförbund är positiva till primärvårdens roll när det gäller att bota och förebygga fetma och vill lyfta fram dietisternas roll. Centrum för Tillämpad näringslära påpekar att fetma inte bara ska ses som en riskfaktor för diabetes utan som en folksjukdom i sig.

### *Livsmedelsrisker*

*Uddevalla kommun* anser att skolorna ska servera jordnötsfri mat. *Astma och Allergiförbundet* liksom *Sveriges Konsumentråd* efterlyser en tydligare märkning än den nuvarande "kan innehålla spår av". Man vill att kryddor bör anges som ingredienser och att fetters ursprung bör deklarerar.

## **Andra uppdateringar**

### *Livsmedelssäkerhet*

Efter ett antal livsmedelsskandaler i Europa har EU-kommissionen tagit fram en vitbok om livsmedelssäkerhet.<sup>68</sup> För att återvinna konsumenternas förtroende för europeiska livsmedel föreslås inrättandet av en oberoende europeisk livsmedelsmyndighet. Uppgifterna för denna myndighet föreslås bli att ge vetenskapliga råd till kommissionen om livsmedelssäkerhet, att inrätta snabba larmsystem, kommunikation med allmänheten om säkerhet och hälsa samt att arbeta i nätverk med nationella myndigheter. Vitboken talar också om att kommissionen ska framlägga en europeisk nutritionspolitik.

### *Matpriser*

Enligt Pensionärernas Riksorganisations senaste varukorgsundersökning är de regionala skillnaderna i matpriser alltför stora. Således är samma varukorg i Jämtlands län 13 procent dyrare än i Södra Älvsborg.

### *WHO:s handlingsplan*

Dokumentet vilar på tre ben: 1) en nutritionsstrategi som speciellt tar hänsyn till kritiska livsperioder och utsatta grupper, 2) en livsmedels-säkerhetsstrategi samt 3) en strategi för ett uthålligt jordbruk. WHO föreslår att en "task force" inrättas med representanter från de stora organisationerna EU, Europarådet, relevanta FN-organ såsom UNICEF och FAO, miljöorganisationer samt andra internationella myndigheter och frivilligorganisationer. Betydelsen av tvärsektoriellt samarbete betonas.

<sup>68</sup> Commission of the European Communities. White paper on food safety. COM (1999) 719 final.

### *Gymnasieelevernas matvanor*

Gymnasieelever från arbetarklassen äter inte frukost lika ofta som övriga. Elever som regelbundet äter skollunch har bättre kondition än elever som sällan äter lunch.<sup>69</sup>

### *Amning*

Sverige har sedan 1970-talet haft en kraftig uppgång av hur många som ammar och hur lång tid man gör det. Alla förlossningssjukhus är nu registrerade som amningsvänliga. Trots detta finns stora regionala och lokala skillnader. Lågutbildade, unga kvinnor ammar minst. Vissa etniska grupper föredrar att ge tidiga kosttillskott och slutar därmed att enbart amma. Den långa barnledigheten i Sverige jämfört med andra länder och den svenska koden om marknadsföring av modersmjölksersättningar är exempel på positiva policyfaktorer.<sup>70</sup>

### *Ätstörningar*

Tillgängliga studier tyder på en ökning av antalet personer med bulimi, medan omfattningen av anorexi förefaller vara relativt stabil sedan ca 25 år.<sup>71</sup> Frågan om ätstörningar och möjligheten att minska förekomsten av dem handlar också om människors förhållningssätt till kropp och ätande i vidare mening. I kapitel 12 behandlas ätstörningar mer utförligt.

### *Hälsopåståenden*

Regeringen gav i november 1999 Livsmedelsverket i uppdrag att ta fram ett underlag kring "functional foods". Man ville bl.a. ha en definition av det man kallar produktspecifika hälsopåståenden. I uppdraget ingick att utreda konsumenternas attityder till och den eventuella nyttan med dessa livsmedel. I rapporten, som nu avlämnats, visas att konsumenterna generellt sett är skeptiska till hälsopåståenden. Vissa anser

<sup>69</sup> Nordlund G, Jacobson T. Gymnasieelevernas matvanor. Umeå universitet, pedagogiska rapporter, nr 58.

<sup>70</sup> Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA; Current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutrition*, in press.

<sup>71</sup> *Ett liv av vikt – fem år senare*. Folkhälsoinstitutet 1999:7.

till och med att införandet av produktspecifika hälsopåståenden motverkar det traditionella kostbudskapet om att äta varierat. I rapporten ges också uttryck för att effekten på folkhälsan sannolikt blir försumbar. Det finns till och med en risk att ojämlikheten i hälsa ökar därför att svaga konsumenter skulle kunna betrakta dessa livsmedel som hälsopiller som kan uppväga en mindre hälsosam kost. Livsmedelsverket är ändå positivt till införandet av hälsopåståenden under förutsättning av att produkterna främjar bra matvanor.<sup>72</sup>

#### *Att påverka matvanor*

En effektiv folkhälsostrategi måste fokusera på befolkningen som helhet, det räcker inte med högriskgrupper. De analyser som har gjorts om hälsokonsekvenserna av olika interventioner för att främja goda kost- och motionsvanor visar att de mest framgångsrika karakteriseras av 1) ett integrerat och multidisciplinärt angreppssätt 2) en bred handlingsplan 3) att de arbetar på alla nivåer från den individuella till den politiska.<sup>73</sup>

#### *Sapere*

I projektet "God mat i skolan" prövas en ny metod för att positivt påverka elevers attityder till mat och att integrera skolmåltiderna i det övriga pedagogiska arbetet.<sup>74</sup> Metoden utvärderas under våren 2000.

### 3.3.3 Bedömning

Dagens matvanor är en kombination av kulturella faktorer och av de samhällsförändringar som har skett. Utbudet av kaloririka livsmedel har ökat, marknadsföring av vissa produkter är internationell och arbetslivet har förändrats, familjelivet ser helt annorlunda ut idag jämfört med tidigare, jordbrukspolitiken är inte längre en nationell angelägenhet. Allt har sammantaget påverkat människors matvanor.

<sup>72</sup> Livsmedel för hälsa och långt liv? – utredning om produktspecifika hälsopåståenden. Rapport 6-2000. Livsmedelsverket.

<sup>73</sup> Eurodiet project. Working party 3: Foods and people. <http://eurodiet.med.uoc.gr>

<sup>74</sup> Mat för alla sinnen. Sensorisk träning enligt Sapere metoden. Livsmedelsverket/Stiftelsen Måltidsforskning. Januari 2000.

Matvanorna skiljer sig åt mellan människor med olika kulturell och social bakgrund, mellan könen, mellan ung och gammal och mellan olika delar av Sverige. Kunskap och medvetenhet om matens betydelse för hälsan är något lägre bland människor som är korttidsutbildade jämfört med dem som har längre utbildningar. Kvinnor äter mer hälsosamt än män och är mer benägna att förändra sina matvanor. Ungdomar äter magrare mjölkprodukter men mindre frukt och grönsaker än vuxna. Barn och ungdomar äter mer godis, glass och läsk än vuxna. Friska äldre äter generellt sett balanserat, men näringsbrist och undernäring förekommer inom särskilda boendeformer och bland vissa ensamboende äldre.

De flesta konsumenter är medvetna om betydelsen för hälsan av att äta varierat, sänka fett- och sockerintaget och att öka frukt- och grönsakskonsumtionen. Det som människor själva upplever som hinder för att äta hälsosamt är framför allt brist på tid, att man inte vill avstå från mat man tycker om samt att man saknar praktisk kunskap eller möjligheter att tillaga och förvara mat. Grupper med lägre socialgruppsstillhörighet anger att priset är en av de faktorer som har störst betydelse för valet av livsmedel.

Överkänslighet mot födoämnen är vanligare bland barn än hos vuxna. Bland barn upp till sex års ålder och bland tonåringar och unga vuxna är omkring 10 procent överkänsliga eller allergiska mot något födoämne.

Övervikt och i synnerhet fetma är ett snabbt ökande hälsoproblem som är socialt snedfördelat. Problemet är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Nästan hälften av den vuxna befolkningen är överviktiga eller feta. Man räknar med att 10 procent av alla vuxna har så kraftig övervikt att de löper risk att få ett kortare liv till följd av detta. Andelen med övervikt och fetma ökar bland yngre, vilket är anmärkningsvärt. Vidare har insjuknandet i åldersdiabetes ökat.

Ätstörningar är ett problem bland yngre, särskilt hos flickor. Uppgifter om ätstörningar redovisas i kapitel 12.

Amning och bröstmjölk är mycket positivt för barnet. Det har skett en kraftig uppgång av antalet kvinnor som ammar och amningstidens längd under de senaste decennierna. Det finns dock stora regionala skillnader i hur mycket och hur länge mödrarna ammar. Unga, korttidsutbildade kvinnor ammar minst.

För att förbättra matvanor bland dem som behöver det mest är det viktigt med stödjande miljöer som bra utbud i lunchrestauranger, i skolan och inom olika vårdformer. I skolan är det dessutom väsentligt att undervisning om mat och hälsa integreras, eftersom ohälsosamma matvanor ofta är associerade med andra livsstilsrisker. Metoder för detta

bör utvecklas. Samhället har ett ansvar för att den mat som serveras inom olika offentliga institutioner är god och hälsosam.

Äldre som inte längre kan laga sin mat själva bör i vissa fall få sin mat tillagad hemma, på samma sätt som svårt funktionshindrade idag kan få det genom personliga assistenter. Det är vanligt att personer med utvecklingsstörning eller psykiska funktionshinder både äter ohälsosam mat och lever inaktiva liv, med övervikt och dålig hälsa som följd. De kan i vissa fall behöva ha stöd till bra matvanor.

Livsmedelsindustrin har ett stort ansvar för att stödja goda matvanor genom att utveckla ett näringsriktigt produktsortiment. Det är angeläget att vara uppmärksam på utvecklingen av s.k. functional foods, dvs. livsmedel som har modifierats för att ge hälsomässiga fördelar, eftersom det också finns invändningar mot dessa nya produkter. Det är ännu okänt hur en ökad användning av dessa livsmedel kommer att påverka matvanorna i stort. I USA, där man har haft dessa hälsopåstående sedan tio år, förefaller polariseringen i matvanor vara stor.

Sverige behöver mer specialiserade kostundersökningar för att kunna identifiera riskgrupper, följa trender och uppnådda effekter av folkhälsoarbetet över tid. Idag finns ingen självklar finansiär av nutritionsforskning utöver livsmedelsindustrin. Den forskning som gränsar till samhällsvetenskap, sociologi, psykologi och beteende är otillräcklig. Mycket av arbetet för bättre matvanor har inte utvärderats på ett ändamålsenligt sätt och det behövs en högre lokal och regional kompetens.

Matvanorna påverkas av politiken i stort. Hälsokonsekvensbedömningar bör göras av alla politikområden som påverkar matvanorna. Det finns en nationell handlingsplan för nutrition antagen, som det är viktigt att stödja. Idag beslutas viktiga delar av jordbruks- och livsmedelspolitiken på EU-nivå. Den nuvarande politiken tar delvis andra hänsyn än sådana som är bra för befolkningens hälsa. Det är angeläget att Sverige aktivt engagerar sig i det internationella nutritionsarbetet.

Samhället har ett stort ansvar för att se till att de livsmedel som finns är säkra och att livsmedelsmärkningen fungerar. En säker och heltäckande livsmedelsmärkning är synnerligen viktig för hälsan hos människor med födoämnesallergi eller överkänslighet.

### 3.4 Fysisk aktivitet<sup>75</sup>

#### 3.4.1 Sammanfattning av avsnitt 8.3 i SOU 1999:137

##### **Inledning**

De dagliga aktiviteterna i det moderna samhället ställer allt mindre krav på fysisk ansträngning. Detta avspeglas bl.a. i en stadigt ökande förekomst av övervikt i befolkningen.<sup>76</sup> För de flesta människor innebär arbete idag mindre fysiska ansträngningar än förr. Den moderna västerlänningen måste därför ta särskilda initiativ på fritiden för att upprätthålla en god fysisk funktionsförmåga. Härigenom uppstår och utvecklas olika kulturformer som individen måste förhålla sig till. Dagens stora intresse för kroppen gäller till stor del utseendet, inte primärt fysiologiska eller medicinska aspekter. Kroppens utseende och vad man skall använda kroppen till är i högsta grad kulturellt präglat.<sup>77</sup>

Betydelsen av fysisk aktivitet för god hälsa och livskvalitet är vetenskapligt underbyggd. Fysisk inaktivitet är en mycket stor medicinsk riskfaktor.<sup>78</sup>

##### **Fysisk aktivitet i olika grupper**

Två svenska studier har undersökt motionsvanor, fysisk prestationsförmåga och hälsotillstånd i ett urval av befolkningen.<sup>79,80</sup> Sammantaget

<sup>75</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Avdelningsdirektör Liselotte Schäfer Elinder, Folkhälsoinstitutet, har biträtt sekretariatet med faktauppdateringar.

<sup>76</sup> *A Pan-Eu Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health*. The Institute of European Food Studies. Trinity College. Dublin. Ireland, 1998. (BMI=vikten i kg dividerat med längden i meter i kvadrat).

<sup>77</sup> Shilling C. *The Body and Social Theory*. London: Sage 1993; Turner B.S. *The Body & Society*. London: Sage 1996;. Fagrell B. och Nilsson P. (red.) *Talet om kroppen*. Stockholm: HLS Förlag 1998.

<sup>78</sup> *Fysisk aktivitet för nytta och nöje*. Folkhälsoinstitutet 1999:8.

<sup>79</sup> Engström L.-M., Ekblom B., Forsberg A., v Koch M. och Seger J. *LIV 90. Livsstil – Prestation – Hälsa. Motionsvanor, fysisk prestationsförmåga och hälsotillstånd bland svenska kvinnor och män i åldrarna 20–65 år*. FOLKSAM, 1993.

<sup>80</sup> Engström L.-M. *Idrottsvanor i förändring*. HLS Förlag, 1989 samt Engström L.-M. *Idrott som social markör*. HLS Förlag, 1999.

visar dessa studier att minst en fjärdedel av vuxna kvinnor och män i åldrarna 20 till 65 år är så fysiskt inaktiva att de befinner sig i en hälsomässig riskzon. Det visas också att om man definierar motion som att man minst två gånger i veckan gör något med en ansträngningsnivå motsvarande snabb promenad, så är könsskillnaderna små men åldersskillnaderna uttalade. Omkring hälften av 20–29-åringarna var med denna definition motionärer, men endast en femtedel i åldrarna mellan 50 till 65 år. Med denna ganska generösa definition kan man säga att en tredjedel av den vuxna befolkningen är motionsutövare.

Motionsvanor avspeglar levnadsvillkor och social position. Bland medelålders visade det sig i en nyligen rapporterad studie att den egna utbildningsnivån, bostadsorten och vänners motionsutövning var mycket tydligt relaterade till benägenheten att ägna sig åt motion.<sup>81</sup> Under de senaste decennierna har också andelen motionsutövare ökat betydligt mer bland tjänstemän än bland arbetare. Högutbildade motionerar betydligt mer än lågutbildade.

Motionsvanor är kopplade till livsstilen i stort. Oavsett utbildningsnivå har de som motionerar en mer hälsofrämjande livsstil än de som inte motionerar. De som är fysiskt aktiva tänker oftare på att äta näringsriktigt och röker också betydligt mindre än de som är fysiskt inaktiva.

### *Barn och ungdom*

Idrott är den i särklass populäraste organiserade fritidsaktiviteten bland barn och ungdom.<sup>82</sup> Pojkar är oftare medlemmar i idrottsföreningar än flickor. Sedan slutet av 1960-talet har idrottsutövningen blivit allt mer institutionaliserad. Barns idrottande kräver större föräldramedverkan, vilket leder till en viss social snedrekrytering. Det finns också stora skillnader i idrottsvanor beroende på bostadsort/boendemiljö. En studie på fyra utvalda orter i Sverige visade mycket stora skillnader både vad gäller medlemskap i idrottsförening och regelbunden fysisk träning på fritiden.<sup>83</sup> Barns och ungdomars idrottsvanor är tydligt relaterade till sociala, ekonomiska, etniska och kulturella förhållanden. Genomgående är pojkarna mer aktiva än flickorna.

Antalet barn och ungdomar som inte alls ägnar sig åt regelbunden idrottsutövning har ökat under de senaste decennierna. Den s.k. spontanidrotten hade nästan försvunnit i slutet av 1980-talet men under

<sup>81</sup> Engström L.-M. *Idrott som social markör*. HLS Förlag, 1999.

<sup>82</sup> Nilsson P. *Fritid i skilda världar*. Ungdomsstyrelsen, 1998.

<sup>83</sup> Larsson B. och Nilsson P. Ungdom – fritid – drott. *Svensk Idrottsforskning*, 3, 1997.

1990-talet tycks en viss ökning ha ägt rum, nu i helt nya former som skateboard- och inlineåkning. Även om skolans idrottsundervisning medräknas kan konstateras att många barn inte får en tillräcklig fysisk träning.

Den sammanlagda obligatoriska tiden för ämnet "idrott och hälsa" under grundskolans nio år är 500 timmar (à 60 minuter), vilket motsvarar ungefär två 40-minuters lektioner per vecka. I vissa skolor har den enskilda eleven möjlighet att välja till fysisk aktivitet utöver detta. Sverige tillhör de nationer i Europa som har minst antal obligatoriska timmar i ämnet "idrott och hälsa" i grundskolan. Antalet lektioner i detta ämne har minskat under de senaste decennierna samtidigt som friluftsdagarna kraftigt reducerats. På vissa skolor förekommer ingen friluftsverksamhet av betydelse.

Sammanfattningsvis kan konstateras att idrotts- och motionsutövning är ojämnt fördelad i den svenska befolkningen. De nya motionsaktiviteterna tycks mest attrahera unga vuxna och yngre medelålders i de övre samhällsskikten.

### Hälsoeffekter

Det finns ett mycket tydligt samband mellan omfattning av fysisk aktivitet och hälsotillstånd.<sup>84,85,86,87</sup> Fysisk inaktivitet ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom, icke-insulinberoende diabetes, benskörhet och vissa cancerformer. Det har visat sig att fysisk inaktivitet har samma styrka som andra kända riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom såsom höga halter av blodfetter, rökning och högt blodtryck. Fysisk aktivitet har i vissa fall också visat sig ha en positiv effekt på milda former av depression.

De allra flesta som ägnar sig åt motion uppger att de gör det för att få rekreation och bli "avstressade".<sup>88</sup> Att idrott, motion och friluftsliv

<sup>84</sup> Fentem P.H, Bassey E.J. and Blecher A. *The case for exercise*. Sports Council, 1978.

<sup>85</sup> Powell. Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Ann. Rev. Public Health*, 8, p 253–287, 1987.

<sup>86</sup> Pate R. Physical activity and Public Health. *JAMA*, 273, p 402–407, 1995. U S Department of Health and Human Services.

<sup>87</sup> *Physical Activity and Health. A report of the Surgeon General*. GA. Superintendent of Documents. USA, 1996.

<sup>88</sup> Engström L.-M. *Idrott som social markör*. HLS Förlag, 1999. Engström L.-M, Ekblom B, Forsberg A, v Koch M. och Seger J. *LIV 90. Livsstil – Prestation – Hälsa. Motionsvanor, fysisk prestationsförmåga och hälsotillstånd bland svenska kvinnor och män i åldrarna 20–65 år*. FOLKSAM, 1993.

tillhör de populäraste fritidsaktiviteterna talar också för att fysisk aktivitet har stor betydelse för många människors välbefinnande och livskvalitet.

### **Ofullständig kunskap och forskningsbehov**

Ökad kunskap om människors totala fysiska aktivitet är en förutsättning för att kunna studera relationen till det allmänna hälsotillståndet och till vissa specifika sjukdomar. Idag vet vi en hel del om människors motionsvanor, men betydligt mindre om hur mycket man rör sig totalt. Det är viktigt att ha kunskap om omfattningen och inriktningen av idrotts- och motionsaktiviteter i befolkningen samt vilka förändringar som sker över tid. Vi vet mycket lite om de yngre barnens fysiska och motoriska aktivitet och möjligheter till utelek, samt de äldres fysiska aktivitet och villkor för kroppsövning. För alla ålderskategorier gäller det att belysa vad som hindrar respektive stimulerar till aktivitet. Vidare finns ett stort kunskapsbehov beträffande attityder och påverkansmöjligheter. Det är också angeläget att analysera de hälsomässiga effekterna av olika typer av fysisk träning i olika delar av det svenska samhället. Skolans idrottsundervisning är närmast utforskad under 1990-talet.

### **Befintliga mål och strategier**

I Sverige finns ingen nationell handlingsplan för fysisk aktivitet. Det finns dock angivna mål för ämnet "idrott och hälsa" i läroplanerna för grund- respektive gymnasieskolan. Kursplanerna är styrdokument och för grundskolan sägs bl.a. att eleverna i slutet av nionde skolåret bl.a. skall "förstå sambandet mellan mat, motion och välbefinnande".

Idrottsutredningen från år 1998, hade som uppdrag att utvärdera det statliga stödet till idrotten och föreslå nya, tydliga mål. Som övergripande mål för detta stöd till idrotten föreslogs följande (SOU 1998:76): "Statens stöd till idrotten skall stärka sådan allmännyttig ideellt organiserad, demokratisk och medlemsstyrd barn- och ungdoms-, motions- och tävlingsverksamhet som omfattar en betydande andel av befolkningen oberoende av kön, social och etnisk tillhörighet, eller fysiska och psykiska förutsättningar".

År 1998 fick Folkhälsoinstitutet i uppdrag att ta fram och redovisa vilka möjligheter som finns att stimulera till ökad fysisk aktivitet bland de grupper som är minst fysiskt aktiva. Underlaget skulle belysa såväl nationella som internationella erfarenheter samt även beskriva möjliga

hälsoeffekter. Uppdraget har redovisats i skriften *Fysisk aktivitet – för nytta och nöje*. År 1999 har Folkhälsoinstitutet fått i uppdrag att i brett samråd med andra myndigheter planera och genomföra ett fysiskt aktivitetsår 2001.

#### **Målförslag i avsnitt 8:3 i SOU 1999:137**

1. *Varje skoldag skall innehålla moment av fysisk aktivitet och ämnet idrott och hälsa ges större utrymme på schemat*
  - Skolgårdarna skall vara planerade så att spontan fysisk aktivitet stimuleras.
  - Vägen till skolan skall vara trafiksäker så att barnen utan risk kan gå eller cykla dit.
2. *Skolans undervisning i idrott och hälsa skall bibringa eleverna sådana kunskaper och färdigheter att de stimuleras till egen fysisk aktivitet*
  - Eleverna skall erhålla kunskaper och färdigheter i idrott och friluftsliv i olika former.
  - Alla barn skall lära sig simma.
3. *Arbetsgivare bör stimuleras till att erbjuda någon form av motion under arbetstid eller i anslutning till arbetet*
4. *Alla skall ges möjlighet till fysisk aktivitet i anslutning till bostaden genom att*
  - cykel och gångvägar anläggs,
  - lättillgängliga arenor för spontanidrott bevaras eller anläggs,
  - lektytor för barnen bevaras eller anläggs,
  - grönområden i närheten av bostadsområdena skyddas.
5. *Särskilda insatser skall riktas till äldre*
6. *Särskilda insatser skall riktas till personer som har olika former av funktionshinder, eller är i behov av rehabilitering, för att öka deras möjligheter att ägna sig åt fysisk träning*

### 3.4.2 Kompletteringar

#### Remissinstansernas synpunkter

##### *Allmänna synpunkter*

*Idrottshögskolan* anser att kommittén varit alltför allmän och tämligen passiv i sina målsättningar om rörelse och fysisk aktivitet. Samtidigt säger man att vi i dagsläget saknar mycket kunskap om hur levnadsvanor påverkas. Man föreslår därför att avsnittet kompletteras med ett forskningsmål.

*Jämtlands läns landsting* föreslår att stödet till bredd- och motionsidrott ökas för att bättre kunna nå "den breda massan". Även *Lands-tinget Sörmland* vill öka stödet till idrottsorganisationer, framför allt till ungdomsidrotten. *Riksidrottsförbundet* vill peka på idrottsrörelsens möjligheter när det gäller att skapa förutsättningar för fysisk aktivitet. Man lyfter också fram den idrottspolitiska propositionen som talar om samhällsplaneringens roll.

*Landstinget i Halland* anser att fysisk aktivitet i första hand måste ses som en friskfaktor.

*Landstinget i Västernorrland* vill fästa uppmärksamheten på över- viktigas behov av rörelse.

*Riksförbundet för Rörelsehindrade barn och ungdomar* påpekar att rörelsehindrade barn har samma behov av rörelse och aktiv lek som andra barn, men det försvåras ofta av otillgängliga miljöer och avsaknad av hjälpmedel.

*SIOS – Samarbetsorgan för invandrarorganisationer i Sverige* – påpekar att barn och ungdomar som har utländsk bakgrund idrottar mindre på sin fritid än svenska barn och ungdomar. Det gäller särskilt för flickor. Antalet äldre invandrare kommer att öka. Dessa grupper behöver uppmärksammas.

*Pensionärernas Riksorganisation* ställer sig bakom förslagen att förbättra möjligheterna till utevistelse för äldre och rörelsehindrade. Det finns inom detta område möjlighet att knyta an till den Nationella handlingsplanen för handikappolitiken.

*Hjärt-Lungfonden* ställer sig i allt väsentligt bakom kommitténs förslag. De vill särskilt framhålla positiva exempel som skolprojektet "Pelle Pump" och "Hälsans Stig".

*Jägarförbundet* lyfter fram jakten och den fysiska aktivitet som den innebär som en viktig friskfaktor.

### *Idrottsämnet i skolan*

Folkhälsoinstitutet påpekar att det finns många sätt att uppmuntra barn att röra sig. Det bör inte styras centralt utan måste bestämmas av den enskilda kommunen eller skolan.

*Borlänge, Uddevalla, Vilhelmina kommuner samt Västerås stad och Nordiska Hälsovårdshögskolan* markerar idrottsämnets viktiga roll.

*Jämtlands läns landsting, Riksföreningen Företagssköterskor, Kristdemokratiska Ungdomsförbundet, Idrottshögskolan, Riksidrottsförbundet och Korpen* vill utöka antalet idrottstimmar i skolan.

*Örnsköldsviks kommun* anser att det är en viktig uppgift för skolan att hjälpa alla barn att hitta former för fysisk aktivitet. *Västerbottens läns landsting* vill också lyfta fram skolans betydelse för barns rörelse. *Västra Götalandsregionen* vill särskilt uppmärksamma flickorna.

*Centerkvinnorna* föreslår att ämnet idrott och hälsa kompletteras med dans, som inte bara skulle ge fysisk aktivitet utan även skapa utrymme för socialt umgänge mellan pojkar och flickor.

*Riksföreningen Osteoporotiker* vill uppmärksamma det nära samband som finns mellan regelbunden rörelse och utomhusvistelse och möjligheterna att förebygga benskörhet. Föreningen menar att skolan tillsammans med föräldrarna har ett stort ansvar för att grundlägga goda vanor.

*Barnombudsmannen* anser att förslaget om simkunnighet bör förses med längdmått. Man påpekar också att barn från andra kulturer kan behöva lära sig simma under omständigheter som passar deras kulturella mönster. *Ånge kommun* vill ha ett mål om att alla barn skall ges möjlighet att lära sig simma.

### **Andra uppdateringar av sakunderlaget**

#### *Skolbarns hälsovanor*

Enligt den senaste undersökningen av skolbarns hälsovanor ses en trend mot ett ökande antal fysiskt inaktiva ungdomar i årskurs 9. Antalet flickor som inte tränar har fördubblats, från 10 till 19 procent, under en 4-årsperiod.<sup>89</sup>

<sup>89</sup> Svenska skolbarns hälsovanor 1997/98. Tabellrapport. Folkhälsoinstitutet 2000:5.

### *Benskröhet*

Benskröhet har under efterkrigstiden antagit närmast epidemiska proportioner, sannolikt till följd av nedgången i fysisk aktivitet i befolkningen. Cirka 40 procent av kvinnorna och 13 procent av männen över 50 år kommer någon gång att drabbas av en fraktur till följd av benskröhet. Förebyggande insatser i form av fysisk aktivitet och ett adekvat kalciumintag är av största betydelse.<sup>90</sup>

### *Könsskillnader i fysisk aktivitet*

I en magisteruppsats<sup>91</sup> påpekas att kvinnors idrottsutövande sker på männens villkor och att ordet fysisk aktivitet oftast förknippas med hög ansträngningsgrad. Kvinnor underskattar i många fall den egna fysiska aktiviteten och sina möjligheter att öka denna, därför att de rör sig på ett annat sätt och med lägre ansträngning än män. Kvinnor får en högre grad av måttlig fysisk aktivitet i form av vaneinriktad kroppsrörelse än männen. Den vaneinriktade kroppsrörelsen sker med en lägre grad av medvetenhet om kroppens involvering.

De flesta studier av fysisk aktivitet problematiserar inte könsskillnader. Den subjektiva upplevelsen är viktig att ta hänsyn till vid försök att få fler människor att bli mer fysiskt aktiva. För inaktiva kvinnor såväl som män kan en större medvetenhet om den vardagliga fysiska aktivitetens betydelse för hälsan vara en acceptabel väg bort från inaktiviteten. Om den vardagliga fysiska aktiviteten, och inte enbart idrott och motion, börjar uppfattas som en positiv statusfylld livsstil, så kan nya grupper i samhället ha en chans att känna sig mer "värda".

### *Måttlig aktivitet*

Ur ett folkhälsoperspektiv bör den måttliga fysiska aktiviteten uppmuntras. Största hälsovinster får man om de minst aktiva blir mer aktiva. Nationell och internationell erfarenhet visar att man inte når inaktiva grupper i samhället med enbart information. Insatserna måste breddas och ta sin utgångspunkt i människors livsvillkor, livsstil och tidigare erfarenheter av idrott.

<sup>90</sup> Piehl-Aulin K, Brahm H. Benskröhet förebyggs med fysisk aktivitet, kalcium och hormoner. *Läkartidningen* 1999; 96: 210-214.

<sup>91</sup> Svensson L. *Kvinnor och vardaglig fysisk aktivitet*. Högskolan i Halmstad, 1999.

### *Friluftslivets betydelse*

I en utredning från Kulturdepartementet<sup>92</sup> redogörs för att friluftsliv, promenader och utflykter utan krav på prestation eller tävling är av stor betydelse för livskvalitet och hälsa. Hälsovärdet av friluftsliv rankas betydligt högre av kvinnor än av män. Att promenera och att ströva i skog och mark är en populär fritidssysselsättning som ökar med stigande ålder. Hos gruppen kvinnliga förtidspensionärer och långvarigt arbetslösa har det också blivit vanligare att vistas i skog och mark. Det råder betydande regionala skillnader med en högre frekvens i landets nordliga regioner. Andelen män och kvinnor som promenerar ökar i alla befolkningsgrupper även hos utländska medborgare. Betydande socioekonomiska skillnader syns även här. Naturupplevelser och gemenskap kommer högst bland önskemålen för fritiden. Friluftsliv har en stor potential att bli en betydande hälsofaktor.

### *Sätt Sverige i rörelse 2001*

Planeringsarbetet har nu pågått i drygt ett år och en handlingsplan med tio inriktningsmål presenterades för regeringen i september 2000. I detta arbete deltar ett 70-tal myndigheter och organisationer. Handlingsplanen har ett brett befolkningsperspektiv och insatser koncentreras på de fyra arenorna förskolan/skolan, arbetsplatsen, hälso- och sjukvården samt fritiden.

### *Fysisk aktivitet mot belastningsskador*

Rörelseorganens sjukdomar, som ofta har samband med arbetet, är de viktigaste orsakerna till långvariga sjukskrivningar och förtidspension.<sup>93</sup> De är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän. Andelen arbetare med värk från rörelseorganen är mer än dubbelt så stor som för tjänstemän på mellan- och högre nivå. Kvinnliga arbetare har mest värk och är mer uttröttade i kroppen än männen. Det kroppsliga arbetet ökar bland LO-kvinnorna och minskar bland männen. Mycket tunga lyft har kvinnorna inom den offentliga sektorn, oftare än män inom industrin.

<sup>92</sup> *Statens stöd till friluftsliv och främjandeorganisationer*. Kulturdepartementet. Ds 1999:78.

<sup>93</sup> Redovisningen är hämtad från Nilsson, C. Att klara arbetslivet med hälsan i behåll. I: Nationella folkhälsokommittén. *Motion och idrott – fördelar eller faror för hälsan*. Stockholm: Nationella folkhälsokommittén 2000.

Bland LO-medlemmar anser flertalet att deras arbetsrelaterade ohälsa beror på belastningen i arbetet. Främst är det tunga lyft och ett ensidigt arbete som orsakar ohälsa och besvär. Genom förändringar i arbetslivet ökar nu andra former av belastningsskador.

För att minska riskerna med de olika skadorna är det framför allt en förändring av arbetsmiljön som måste ske. Men det är också av betydelse att bibehålla god rörlighet och en bra blodcirkulation genom motion och fysisk aktivitet av olika slag på fritiden – och helst även under arbetstid. Att satsa på bättre utnyttjande av den egna fritiden – att ägna sig åt motion, friluftsliv eller promenader är angeläget oavsett om den arbetsmiljö man har är bra eller dålig. Men det är än mer angeläget om arbetsmiljön innebär stress, ergonomiska risker och är fysiskt krävande.

### 3.4.3 Bedömning

Det finns ett mycket tydligt samband mellan omfattningen av fysisk aktivitet och hälsotillstånd. En halvtimmes måttlig fysisk rörelse om dagen skulle minska risken för hjärt-kärlsjukdom, icke-insulinberoende diabetes, fallolyckor, benskörhet på sikt, vissa cancerformer och lättare former av depression.

Många människor rör sig alldeles för lite för att må bra. Man räknar med att omkring 45 procent av befolkningen är överviktiga eller feta. Ökningen av övervikt och fysisk inaktivitet är starkt kopplad till varandra och till socioekonomiska förhållanden. Utöver att människor rör sig för lite handlar övervikten också i många fall om vilka matvanor människor har.

Många arbetar i yrken som innebär hård fysisk belastning. Det gäller särskilt för kvinnor i vårdyrken. Behovet av fysisk aktivitet för de grupper som har tunga lyft eller olika former av belastning på sitt arbete måste uppmärksammas mer. Det finns förmodligen en felsyn bland många människor när man tror att den som belastar kroppen under arbetstid inte behöver vara fysiskt aktiv under fritiden. Istället är det många gånger tvärt om. Om man arbetar i yrken med sned belastning och ensidiga rörelser, så kan behovet av motion vara ännu viktigare för att undvika belastningsskador och värk. Det är angeläget att arbetsgivarna åtgärdar brister i arbetsmiljön, men också att fysisk aktivitet under arbetstid erbjuds som en naturlig del av arbetet.

Barn och ungdomar rör sig för lite. Det finns en social snedrekrytering till idrottsaktiviteter och antalet timmar i skolan med fysisk aktivitet är lågt vid jämförelse med många andra nationer i Europa. Skolans läroplan för ämnet idrott och hälsa har förändrats, men det före-

faller som om läroplanens intentioner inte har slagit igenom i verkligheten. Skolan, men också förskolan, bör i mycket högre grad ta hänsyn till inaktiva elevers behov och stimulera till fysisk aktivitet. Skolan bör också satsa på en kvalitetsutveckling av idrottsundervisningen och fortbildning av idrottslärare.

För äldre är fysisk aktivitet och möjlighet att komma ut mycket viktigt för att bevara och främja hälsan. I avsnitt 3.2 om grönområdenas betydelse framhålls vikten av en god planering av bostadsområden, bra gårdar, promenadvägar med bänkar m.m. I avsnitt 6.2 om äldre framhålls också betydelsen av att alla äldre, oavsett boendeform, ges möjlighet att komma ut varje dag.

Vissa funktionshindrade får inte den fysiska aktivitet som är nödvändig för att upprätthålla sin fysiska förmåga. Det stöd som skulle behövas för att utföra viktiga rörelser som är anpassade till individen saknas ofta. Funktionshindrade bör erbjudas träning som är anpassad efter behoven.

Idrottsrörelsen inkl. handikappidrotten har betydelse för att stimulera till idrott och motion. Hur stödet till idrottsorganisationerna ser ut har en stor betydelse för att främja olika gruppers behov av fysisk aktivitet. Det är angeläget att uppmärksamma breddidrottens behov i samband med bidragsgivning.

På samhällsnivå måste nya och starka grepp tas för att motverka trenden mot allt mer stillasittande. Fysisk aktivitet är en fråga som bör tas på allvar i planeringen av den fysiska miljön. Det måste bli praktiskt möjligt för alla att röra sig. Rekreatiomsområden måste kunna nås. Vidare måste utformningen av promenadvägar och barns skolvägar och skolgårdar etc. stimulera till fysisk aktivitet. Hälsokonsekvensbedömningar bör bli en viktig del av planeringsarbetet. Att barn lär sig simma bör vara ett ansvar för skolan.

Det behövs ny forskning för att förstå mekanismerna bakom det ökande stillasittandet beroende på kön, ålder, social och etnisk tillhörighet. Det bör satsas mer på interventionsforskning om hur man lämpligast kan främja den fysiska aktiviteten i befolkningen.

## 4 Droger

### 4.1 Tobak<sup>1</sup>

#### 4.1.1 Sammanfattning av avsnitt 9.2 i SOU 1999:137

##### **Förekomst**

Tobakskonsumtionen har gått ner från 1980-talet och framåt bland såväl män som kvinnor. Minskningen har varit mer påtaglig bland män vilket lett till att rökning idag är mer utbredd bland kvinnor än bland män. Detta är mycket ovanligt internationellt sett. År 1998 rökte 22 procent av kvinnorna och 17 procent av männen. Den nedgång i rökandet som skedde bland ungdomar fram till 1980-talets mitt bromsades upp i början av 1990-talet. Om det skett någon minskning av rökningen därefter är svårt att avgöra. Klart är dock att rökningen i årskurs 9 är markant mer utbredd bland flickor än bland pojkar. I den årskursen rökte år 1998 14 procent av flickorna och 11 procent av pojkarna. Det är osäkert om snus användningen bland pojkar bidrar till att rökningen är mindre utbredd bland dem än bland flickorna. Någon ökad snusning bland flickor går inte att urskilja.

Försäljningen av snus minskade kraftigt fram till år 1968, då diskussioner fördes om att produktionen skulle kunna läggas ned. Istället satsades på reklamkampanjer från det svenska tobaksbolaget och sedan dess har snusningen ökat stadigt.

Rökvanorna varierar mellan olika socioekonomiska grupper. Idag är det de välutbildade och de med god inkomst som är rökfria medan de som saknar arbete eller är lågutbildade röker. Rökning är ungefär tre gånger så vanligt bland lågutbildade som högutbildade. Rökvanorna är

<sup>1</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Avdelningsdirektör Paul Nordgren, Folkhälsoinstitutet har biträtt sekretariatet med faktauppdateringar.

också olika i olika familjekonstellationer enligt en aktuell undersökning. Hela 51 procent av ensamstående småbarnsmödrar röker medan motsvarande siffra för sammanboende småbarnsföräldrar är 23 procent. Det finns även regionala skillnader vad gäller rökvanorna. Genomgående är rökningen mer utbredd i storstäderna. Utlandsfödda män röker betydligt mer än män födda i Sverige, däremot röker utlandsfödda kvinnor mindre än kvinnor som är födda i Sverige.<sup>2</sup>

### **Effekter**

Rökning orsakar många olika sjukdomar, bl.a. lungcancer och cancer i vissa andra organ, hjärt- och kärlsjukdomar, kronisk obstruktiv lungsjukdom och utveckling av allergi. Förutom dessa sjukdomar påverkar rökning, genom effekten på blodkärlen, tandlossning, rynkig hud, vissa former av syn- och hörselnedsättningar, ryggbesvär, impotens, tidigare klimakterium, benskörhet, ökad risk för missfall, ofruksamhet och plötslig spädbarnsdöd.

Sammanlagt bedöms rökningen för närvarande kräva 8 000 liv per år i Sverige. Var fjärde rökare dör i medelåldern och förlorar i genomsnitt 22 år av sitt liv. Den rökningensbetingade dödligheten minskar bland män. En ökning av skadorna kan däremot förväntas bland kvinnor och i de socioekonomiska och etniska grupper där rökningen idag fortsätter att vara mycket utbredd.

Eftersom det mesta av cigarettroken inte går till rökaren själv utan till omgivningen, är det inte överraskande att finna samma sorters skador hos dem som exponeras för den s.k. miljötobaksroken som hos rökaren själv. Risken avgörs av koncentrationen av rök i luften och exponeringens längd. Man räknar med att 500 personer i Sverige dör varje år av passiv rökning. Det har även konstaterats att det finns ett samband mellan miljötobaksrök och plötslig spädbarnsdöd.

### **Orsaker**

Människors tobaksbruk bestäms av bakomliggande faktorer som delvis är påverkbara. I början av 1900-talet började unga, välsituerade män att röka. Vid mitten av seklet började kvinnorna röka. De följde samma sociala mönster som männen. Fram till dess var rökning bland arbetarklassens kvinnor sällsynt. Samma mönster kan skönjas vid den minsk-

<sup>2</sup> Statistiska centralbyrån (SCB) Välfärd och ojämlikhet i ett 20-årsperspektiv. SCB-rapport nr 91. Stockholm 1997.

ning av rökningen som påbörjades under 1970-talet. Det var bland de unga och välsituerade männen som rökningen först minskade.

Tobaksdebuten sker mestadels inte till följd av något välinformerat "personligt val" vid ett beslutstillfälle. Istället sker debutens gradvis. Åtta av tio vuxna rökare har börjat röka före myndig ålder och rökdebut efter 20-årsåldern är en sällsynthet. Så gott som alla ungdomar prövar på att röka, det är oftast en gruppaktivitet förknippat med spänning. Hos de ungdomar som sedan fortsätter blir rökningen gradvis en alltmer "naturlig" handling som följer omgivningens beteende. Man röker för att demonstrera samhörighet med gruppen. Förvånansvärt snabbt uppstår en vanebildning med ett fysiologiskt beroende av nikotin. Nikotin är en beroendeframkallande drog och har en hög beroendeskapspotential (ungefär som kokain). Det är också förklaringen till att rökningen vidmakthålls, oftast i decennier.

De faktorer som inverkar på etableringen av tobaksbruk är främst av psykologisk och social natur. Det handlar om självförtroende och självständighet gentemot kamrattryck, om attityder och föräldrars och kamraters vanor. Även tobaksvarornas tillgänglighet (inkl. pris) är avgörande. De faktorer som främjar tobaksdebut förefaller främst vara verk samma under tonåren.

### **Påverkansmöjligheter**

De olika faktorer som inverkar på olika faser i tobaksbrukets uppkomst, vidmakthållande och avbrytande, är till stor del möjliga att påverka genom samhälleliga åtgärder. De faktorer vars effekter är kända och som samhället kan styra, kan samlas i några huvudgrupper; lagstiftning och andra regleringsåtgärder, prispolitik, informationsinsatser samt behandlingsåtgärder.

#### *Lagstiftning och annan reglering*

Lagstiftning för att göra gemensamhetslokaler rökfria påverkar både vanor och skyddar mot passiv rökning. Varningstexter på tobaksförpackningar bidrog i början till att öka rökarnas kunskaper om tobakens hälsorisker. Den kommersiella tobaksreklamen påverkar den allmänna bilden av tobaksbruket, följaktligen är det viktigt att så långt som möjligt eliminera reklamen. Ett sätt att minska tobaksvarornas tillgänglighet för barn och ungdom är förbudet mot försäljning till minderåriga. Produktkontroll innebär att man kan sätta gränsvärden för skadliga ämnen i tobak. Priset på tobaksvaror har en väl dokumenterad effekt på

konsumtionen. Det är framför allt rökarnas dagskonsumtion som minskar medan effekten inte är lika tydlig vad gäller antalet personer som helt slutar röka.

### *Informationsinsatser*

Den grundläggande strategin i Sverige går ut på att få till stånd en integrerad, lokalt förankrad och kontinuerlig verksamhet i olika samhällssektorer. Huvuddelen av informationsarbetet utförs idag av hälso- och sjukvården, skolan, olika organisationer m.m.

Informationsverksamhet är kostnadskrävande. En svaghet är att den främst når och påverkar de grupper i samhället som är tränade att ta emot och värdera information och har stort utrymme att själva forma sin livssituation. En kraftig informationssatsning som inte åtföljs av andra samhällsstrukturrella åtgärder, tenderar således att leda till ökade klyftor och förstärka ojämlikheten i hälsa, åtminstone på kort sikt.

### *Behandlingsinsatser*

En annan viktig uppgift i samhällets tobakspolitik är att se till att rökslutarstöd finns lätt tillgängligt inom t.ex. företagshälsovården och primärvården. De rökavvänjningsprodukter, liksom reklamen för dessa, som nu lanseras är ett viktigt led för dem som vill sluta med tobak. Samtidigt gäller fortfarande att flertalet av dem som slutat med tobak har lyckats på egen hand.

## **Ofullständig kunskap**

Kunskapen om olika påverkansmöjligheter och metoder behöver utvecklas, liksom kunskaperna om tobaksbruk och dess bestämningsfaktorer i olika grupper, t.ex. i ett etniska minoriteter och kvinnor.

## **Befintliga mål**

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

Sedan 1970-talet har olika lagar skärpts. Minskningen av rökningen i Sverige ter sig anmärkningsvärd i ett internationellt perspektiv. På regeringens uppdrag utarbetade Folkhälsoinstitutet under år 1998 ett underlag till en nationell handlingsplan mot tobak.

### **Målförslag i avsnitt 9.2 i SOU 1999:137**

#### *1. Tobakskonsumtionen skall minska*

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

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

- Restauranger skall i princip vara rökfria.

#### *3. Licensiering skall införas för detaljhandel med tobak*

#### *4. Tillgången till rökslutarstöd skall öka*

### **4.1.2 Kompletteringar**

#### **Remissinstansernas synpunkter**

##### *Allmänna synpunkter*

Remissinstanserna uttrycker i allmänhet stöd för kommitténs synsätt och förslag beträffande arbetet mot tobak. Det råder dock tveksamhet i vissa fall till hur realistiska målen är.

*Folkhälsoinstitutet* anser att strategierna är orealistiska framför allt därför att de inte knyts till en diskussion om behovet av resurser. Det viktigaste är enligt institutet att utveckla en samlad och konsekvent tobakspolitik. FHI anser också att tidsramarna är orealistiska, samt påpekar vikten av att resurser inte tas från det förebyggande arbetet och förs över till rökavvänjning till vuxna, utan att dessa områden hålls isär. Samtidigt som en satsning på riskgrupper inte heller får innebära att den generella ansatsen försvinner.

*Socialstyrelsen* är tveksam till huruvida strategierna om nollvisioner kommer att kunna genomföras i praktiken. Man påpekar också att kommittén är inkonsekvent i sina procentsatser, det förekommer olika siffror.

*Barnombudsmannen* instämmer i målen, men anser att de kommer att vara svåra att leva upp till. En orsak till detta är, menar BO, att vi i stor utsträckning saknar kunskaper om hur rökvanor utvecklas och vilka faktorer som påverkar utvecklingen.

*Cancerfonden* stöder i allt väsentligt utredningens synsätt, men har viss detaljkritik. Fonden anser att målen är orealistiskt högt satta, och efterlyser en precisering av vilka medel som kommer att stå till buds för ett genomförande.

*Kommun- respektive Landstingsförbundet* anser att det är viktigt att följa förändringar i skatte- och prispolitiken inom detta område. Eventuellt kan det, menar förbunden, bli aktuellt med ytterligare lagstiftning i tobaksfrågan.

*Linköpings kommun* föreslår ett tillägg; ”bruket av snus skall minska”.

*Umeå universitet* anser att utredningen i allmänhet borde ha tagit större hänsyn till internationella förhållanden, och att detta blir extra tydligt i tobaksavsnittet. Detta borde även ha tagit upp frågan om EU:s stöd till tobaksodling. Även *Centerkvinnorna* anser att stödet till EU:s tobaksproducenter bör ses över.

*En Rökfri Generation* ställer sig bakom kommitténs samtliga förslag, men anser att tydliga resurser måste ges till verkställigheten.

*Föreningen Farmaci mot tobak* ser positivt på att kommittén utrett och insett vidden av tobakens skadeverkningar. Dock anser föreningen att de föreslagna strategierna inte innehåller den kraftiga styrka eller nytänkande som skulle kunna leda till att målen uppfylls. Föreningen förordar en kraftig satsning på strukturerad rökavvänjning med hjälp av hela hälso- och sjukvården – inklusive apoteken – samt rabatter av nikotinersättningsmedel vid vissa indikationer. Föreningen vill därutöver se en starkare lagstiftning om rökning i offentliga miljöer samt ett massivt påverkansarbete riktat till ungdomar.

*Yrkesföreningar mot tobak* anser att ”inom alla sakområden i kommitténs betänkande gäller att möjligheten att nå de uppsatta målen är helt avhängiga andra politiska signaler och beslut eftersom de flesta på ett eller annat sätt påverkar folkhälsan. Resurser för insatser som krävs för att nå målen måste ingå i besluten. Synsättet att hälsan är värd att investera i måste anammas på alla politiska nivåer.”

Även *Hjärt- lungfonden* påpekar att kommittén måste beskriva vilka resurser som kan tänkas bli tillgängliga för att uppfylla de höga målsättningarna, och att det inte är rimligt att föreställa sig att de ideella

organisationerna själva skall kunna stå som ansvariga för genomförandet av målen. Fonden påpekar också att balansen mellan prevention och rökavvänjning är mycket viktig. Att långsiktigt påverka befolkningen att inte börja använda tobaksprodukter är långt mer kostnadseffektivt än att försöka förmå rökaren att sluta använda tobaksprodukter.

*Tandvård mot tobak* efterlyser ytterligare forskning, bl.a. om snusning och om exotiska rökverk och cigarrer.

*Alna (Alkohol- och narkotikarådet)* i Stockholm välkomnar kommitténs ansats att angripa tobaksfrågan ur en drogpolitisk, snarare än en konsumentpolitisk synvinkel.

*Barnombudsmannen* saknar ett genusperspektiv i strategierna. BO anser att det är viktigt eftersom det framför allt är hos unga flickor som rökningen ökar. Även *LO* och *Lärarförbundet* lyfter i sina svar fram oron för att rökningen ökar bland unga kvinnor och efterlyser förstärkta insatser mot denna målgrupp.

*Centerkvinnorna* vill speciellt uppmärksamma de risker som uppstår då rökning kombineras med p-piller.

### *Rökslutarstöd*

*Folkhälsoinstitutet* ansluter sig till kommitténs förslag, och menar att rökslutarstöd bör ges en vid tolkning och innefatta även ökad tillgång till enkel rådgivning inom hälso- och sjukvården, "Sluta rökalinjer" etc.

*Socialstyrelsen* påpekar att om arbetet med blivande mammor via mödrahälsovården skall få ett gott resultat krävs också särskilda satsningar på rökande pappor. *Uppsala läns landsting* vill vidga målsättningen om de nyfödda och pekar på behovet av att även fostertiden görs rökfri. Detta lägger ett än större krav på mödrahälsovården.

*Socialstyrelsen* är tveksam till förslaget att införa subventioner av nikotinersättningsmedel, eftersom kostnaderna för läkemedel är stora för den offentliga ekonomin.

*Cancerfonden* poängterar att rökavvänjning aldrig kan ske med enbart nikotinersättningsmedel, utan bör kombineras med personliga samtal eller annat stöd.

*Institutet for Tobacco Studies* instämmer starkt i kommitténs förslag om ökad tillgång till rökslutarstöd. En förutsättning för att detta skall kunna genomföras är dock att en gedigen utbildning ges till berörda yrkesgrupper. ITS vill också uppmärksamma att snuset ibland kan fungera som nikotinersättningsmedel.

*Yrkesföreningar mot tobak* förespråkar en ökad satsning inom såväl grund- som vidareutbildning för berörda personalkategorier och att det

behövs ett resurstillskott för detta. De förordar inte en ökad spridning av nikotinersättningsmedel.

*Tandvård mot tobak* anser att det bör bli möjligt att tandvården inom ramen för tandvårdsförsäkringen får ge behandling mot tobaksberoende. Hälso- och sjukvårdens roll som är en grundpelare i rökavvänjningen borde ha lyfts fram tydligare.

*Apoteket AB* anser att läkare bör ges rätten att förskriva nikotinersättningsmedel med rabatt.

*Hjärt- och lungfonden* anser att stödet till rökavvänjning bör öka, exempelvis genom att "Sluta-Röka-linjen" permanentas.

### *Skolans roll*

*Skolverket* påpekar att utvärderingar av skolans undervisning om tobak och andra droger visar att det inte är mängden undervisning i dessa frågor som behöver förbättras. Det finns behov av metodutveckling, och det har visat sig att de skolor som lyckats i sitt drogförebyggande arbete är skolor som främst arbetar med att främja hälsa. Att informera om risker i sig förefaller inte ge samma goda resultat.

*Lärare mot tobak* anser att kommittén i för liten utsträckning uppmärksammat skolans möjligheter. Man föreslår bl.a. att kursplanerna i flera ämnen ändras så att undervisning om tobak och andra droger blir obligatorisk, att resurser ges till lärarfortbildning, att undervisning om drogfrågor blir obligatoriska moment vid lärarhögskolorna, att skolhälsovården får ökade resurser till förebyggande undervisning.

*Hjärt- och lungfonden* påpekar att skolan behöver tillskott av resurser för att kunna genomföra det arbete som kommittén förväntar sig.

### **Andra uppdateringar av sakunderlaget**

Kommitténs beskrivning av tobaksbrukets hälsoeffekter, förekomst etc. är fortfarande aktuella. Dock måste vissa rökvanedata för år 1998 korrigeras. De siffror som angivits för år 1998 avser resultaten från SCB:s s.k. ULF-undersökningar, men dessa hade inte publicerats av SCB då betänkandet skrevs. I stället hämtades uppgifterna från en publikation som utgivits av det privata undersökningsföretaget VECA HB, där preliminära ULF-data för 1998 redovisades. Det har senare visat sig att VECA:s uppgifter härvidlag varit delvis felaktiga. ULF-data för år 1999 som redovisats under hösten år 2000 visar att 17 procent av männen och 21 procent av kvinnorna rökte år 1998.

Nyare data tyder på att rökningen generellt fortsätter att minska. Under år 1999 kunde dock en ökning av den registrerade cigarettförsäljningen noteras. Likaså visade CAN:s undersökning av skolelevers drogvanor år 1999 att andelen flickor i grundskolans årskurs 9 som röker varje eller nästan varje dag har ökat jämfört med år 1998 (från 14 till 18 procent). Dessa förändringar sammanhänger sannolikt med att en sänkning av cigarettskatten i augusti 1998 ledde till en avsevärd pris-sänkning på cigaretter.

På internationell nivå sker f.n. en snabb utveckling av tobakspolitiken. Världshälsoorganisationen, WHO, har inlett ett arbete som syftar till att ta fram en internationell konvention mot tobak. Vid World Health Assembly har en majoritet av medlemsländerna under de senaste åren uttryckt starkt stöd för detta arbete. Ambitionen är att denna konvention skall innebära stor internationell uppslutning kring såväl allmänna mål och riktlinjer för arbetet mot tobak som konkreta insatser för att reglera tobaksvarornas egenskaper och tillgänglighet, förbjuda tobaksreklam, bekämpa tobakssmuggling, m.m. De konkreta förhandlingarna om konventionens sakinhåll beräknas starta under hösten år 2000.

I USA har flera viktiga händelser inneburit skärpningar av tobakspolitiken. Främst är det de olika skadestandsprocesser som inletts mot tobaksbolagen som har haft betydelse. Ett stort antal delstater har exempelvis stämt tobaksindustrin med krav på skadestånd för de ökade sjukvårdskostnader som orsakats av tobaksskador bland rökare utan privat sjukförsäkring. Denna process slutade med en uppgörelse där bolagen dels ålades att ersätta delstaterna med totalt 246 miljarder dollar under 25 år, dels förband sig att begränsa sin marknadsföring och upphöra med visst slags lobby- och opinionsbildande verksamhet. I en annan process (i Florida), där en stor grupp rökare krävt skadestånd för tobaksskador i en s.k. class action, fastställde juryn i mitten av juli 2000 ett skadestånd för tobaksbolagen på sammanlagt 145 miljarder dollar. Även om detta utslag med säkerhet kommer att överklagas, har det redan påverkat bolagens aktiekurser och lett till att minst ett av bolagen nu höjer priset på cigaretter. Bolagen har också aviserat förändringar i sin utåtriktade policy, t.ex. att inte längre förneka att rökning är skadligt och beroendeframkallande. Hittills har dock sådana påstådda policyförändringar mötts av stor misstro.

Inom EU har ett direktiv antagits om förbud mot alla former av direkt och indirekt tobaksreklam. Förbudet har dock upphävts av EG-domstolen under hösten 2000. Kommissionen beräknas återkomma med ett nytt förslag. Vidare pågår för närvarande arbete med ytterligare ett direktiv om produktkontroll, märkning m.m. av tobaksvaror. Ett förslag till sådant direktiv har behandlats i såväl ministerrådet som EU-

parlamentet, och ett beslut förväntas komma redan under december 2000. Enligt förslaget skall varningstexterna på tobaksvaror skärpas och bli betydligt mer framträdande än idag, varubenämningar som "mild", "light" etc. skall förbjudas m.m. EU-kommissionen har också påbörjat en rättslig process mot tobaksbolagen i USA med anspråk på ersättning för förlorade skatteintäkter på grund av cigarettsmuggling till EU som bolagen misstänks ha organiserat.

Även i andra länder, t.ex. Norge, utreds förutsättningarna för processer mot tobaksbolagen.

De rättsliga processerna har medfört att omfattande samlingar av tidigare företagsinterna dokument blivit offentliga. Dessa dokument ger unika inblickar i bolagens policies och strategier. Det framgår t.ex. att bolagen medvetet förnekat eller utsått tvivel om "den aktiva och passiva" rökningens skador i sin utåtriktade opinionsbildning, samtidigt som företagsintern forskning bekräftat den oberoende forskningens slutsatser om sådana skador. Det är också uppgifter i dessa dokument som ligger till grund för t.ex. anklagelserna om att tobaksbolagen är inblandade i smuggling.

I Sverige är det f.n. omtvistat huruvida liknande skadeståndsprocesser är möjliga. Det faktum att en domstol i en västerländsk, demokratisk rättsstat med marknadsekonomi funnit tobaksbolagens arbetsmetoder brottsliga och straffvärda, torde dock få betydelse för synen på företagens status och trovärdighet även utanför USA.

#### 4.1.3 Bedömning

Tobak är den enskilt största hälsorisken i Sverige och en av de stora orsakerna till skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. Ny kunskap visar att bruket av tobak inte är följden av ett fritt konsumtionsval, utan tobak är istället en drog med snabb tillvänjning. Nästan alla som börjat röka har gjort det innan de uppnått vuxen ålder. Tobaksbruk bör därför ses ur ett drogpolitiskt perspektiv och inte som vilken konsumtionsvana som helst. Ett sådant synsätt medför att tobaken måste bekämpas mer aktivt än som hittills har gjorts.

Förslagen i delbetänkandet när det gäller tobaksområdet kan i huvudsak kvarstå. Det gäller bl.a. inriktningen på en tobaksfri livsstart, att andelen ungdomar som röker eller snusar skall minska och att ingen utan eget val skall utsättas för tobaksrök i sin omgivning. Dock bör man revidera de årtal som anges i målen, med hänsyn till en mer realistisk tidsplan för implementeringen av kommitténs förslag. Det är t.ex. knappast realistiskt eller meningsfullt att fastställa mål som skall ha uppnåtts redan år 2005, med tanke på att kommitténs förslag i prak-

tiken torde kunna börja genomföras tidigast under år 2002. Kommittén har i övrigt valt ett tidsperspektiv till år 2010, och detta tidsperspektiv bör då gälla samtliga mål.

Det detaljerade mål som angetts om att "Andelen i befolkningen som dagligen röker bör minska med 1 procentenhet per år..." bör utgå. Med hänsyn till den statistiska osäkerheten hos ifrågavarande mätvärde är det inte meningsfullt att ge akt på så små förändringar på så kort tid, utan uppmärksamheten bör i första hand riktas mot den mer långsiktiga utvecklingen.

Arbetet mot tobaken skiljer sig från merparten av annat folkhälsoarbete genom att det här finns starka kommersiella intressenter som motsätter sig såväl dess mål som dess metoder. Skillnaden är mycket markant: det finns t.ex. inga företag som avsiktligt säljer osäkra bilar eller sprider smittsamma sjukdomar. En liknande situation finns egentligen endast inom alkoholpolitikens område, där de kommersiella intressenternas verksamhet dock sedan länge varit omgärdad av långtgående restriktioner i helt annan omfattning än på tobaksområdet.

De kommersiella intressenterna inom tobaksområdet utgörs dessutom till stor del av stora internationella företag som driver sofistikerade och välfinansierade globala aktionsprogram för att främja sina syften. De är osedvanligt aktiva när det gäller att genom desinformation, inflytande på forskning m.m., opinionsbildning, lobbyverksamhet etc. underminera och sabotera folkhälsoarbetet mot tobak. De är också mycket strategiskt skickliga när det gäller att finna och aktivera partners och sympatisörer inom olika samhällssektorer, alltifrån andra kommersiella aktörer (t.ex. inom restaurang- och reklambranschen) till debattörer, politiker och journalister.

Tobakens skadeverkningar kan minskas genom olika insatser. Det handlar om information och stöd till olika grupper, men också om lagstiftning och restriktioner för att förhindra tillgänglighet och skydda barn, ungdom och arbetstagare för att utsättas för risker.

Alla barn bör få en tobaksfri livsstart, eftersom man vet att nikotinet och andra ämnen från tobaken förs över till fostret. Det betyder att mödrahälsovårdens arbete med att informera och stödja gravida kvinnor som röker att sluta är synnerligen viktigt. Alla barn har rätt att växa upp i en rökfri miljö, eftersom den passiva röken är farlig. Att nå småbarnsföräldrar, framför allt genom barnhälsovården, så att barn aldrig utsätts för rök är mycket angeläget.

Ökningen under år 1999 av tobaksrökning bland unga är oroande. För att minska tobaksrökningen bland unga är det bl.a. betydelsefullt att skolan hittar sätt att förmedla information om tobakens risker samt att de miljöer som ungdomar vistas i är rökfria. Restauranger, caféer och andra serveringslokaler är idag de enda allmänna lokaler där det är

tillåtet att röka. För att inte unga människor skall uppfatta rökning som en naturlig del i vuxenvärlden är det därför angeläget att rökning i dessa lokaler minimeras.

Tobaksbruket bland unga skulle troligen hämmas om den lagfästa åldersgränsen vid försäljning av tobaksprodukter efterlevdes bättre. Eftersom åldersgränsen för försäljning av tobaksprodukter inte efterlevs på ett tillfredsställande vis är det angeläget att införa ett licensieringssystem för försäljning av tobaksprodukter genom en ändring i tobakslagen.

För anställda inom restaurangnäringen är miljötobaksrök ett hälsoproblem. Arbetstagarna utsätts för gifter genom tobaksröken som är helt förbjudna i andra arbetsmiljöer, bl.a. därför att de är cancerframkallande. Det är därför angeläget att även anställda i restaurangnäringen får en arbetsmiljö som är befriad från miljötobaksrök. Rökfria restaurang- och cafémiljöer är också en angelägenhet för många andra människor, bl.a. människor med astma eller andra luftvägsbesvär som för närvarande måste avstå från att vistas i rökiga miljöer. För att nå rökfrihet i restauranger och andra serveringslokaler bör tobakslagen skärpas.

Det behövs en omfattande spridning av producentobunden och saklig information om tobakens hälsorisker. Det behövs också information om ändringar i tobakslagstiftningen och konsekvenserna av dessa. Det ter sig inte realistiskt att sådana insatser skall kunna genomföras med tillräcklig kraft och omfattning av enbart ideella organisationer eller lokala/regionala organ. Staten bör därför tillföra ekonomiska resurser till olika insatser. Det ombildade Folkhälsoinstitutet bör få ett regeringsuppdrag att bedriva information till allmänheten på tobaksområdet och att samordna tobaksarbetet.

Det är viktigt att det finns stöd för personer som vill sluta röka. Hälso- och sjukvården bör ges ett större ansvar för sådant stöd. Stödet kan bl.a. ske genom telefon eller självhjälpsgrupper. Det är även viktigt att läkemedel för rökavvänjning finns lätt tillgängliga för de personer som behöver dem.

## 4.2 Alkohol<sup>3</sup>

### 4.2.1 Sammanfattning av avsnitt 9.3 i SOU 1999:137

#### **Inledning**

Att dricka alkoholdrycker framstår för en stor del av befolkningen i vårt land som något lustfyllt. Många är samtidigt medvetna om att alkoholskador och alkoholrelaterade sjukdomar utgör ett av de verkligt stora folkhälsoproblemen. Överkonsumtion av alkohol innebär medicinska och sociala skadeverkningar och alkoholen utgör en av de dominerande faktorerna bakom sjukskrivningar, sjukhusvård och förtidspensioneringar.

Internationaliseringen av samhällslivet och följderna av EU-medlemskapet har skapat nya och begränsande villkor för den traditionella alkoholpolitiken. I alkoholfrågan har det samtidigt skett en förskjutning i den allmänna opinionen i en mera alkoholliberal riktning. Denna utveckling innebär förändrade förutsättningar för alkoholpolitiken, där nu information och opinionsbildning får en viktigare roll. Erfarenheter från narkotikaområdet visar att utvecklingen inte nödvändigtvis behöver gå emot en folkhälsoinriktad politik.

År 1980 antog WHO det s.k. 25-procentmålet, som innebar att länderna skulle reducera sin alkoholkonsumtion med 25 procent före år 2000. Detta mål ersattes av en ny målformulering, The European Alcohol Action Plan, från WHO:s Europaregion år 1992. År 1995 antogs vid en europeisk ministerkonferens arrangerad av WHO, Europadeklarationen om alkohol (The European Charter on Alcohol). I deklarationen fastslogs en rad strategier och etiska principer. År 1998 antog WHO ett nytt hälsopolitiskt program, Hälsa 21 – hälsa för alla på 2000-talet, som även innehåller ett alkohopolitiskt mål. Det nya målet säger att konsumtionen inte skall överstiga 6,0 liter 100 % alkohol per år för dem som är över 18 år.<sup>4</sup> Målet skall följas upp år 2005. WHO:s Europaregion har, slutligen, år 1999 antagit en ny version av den alkohopolitiska handlingsplanen för Europa.

<sup>3</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Avdelningsdirektör Bengt Andersson, Folkhälsoinstitutet, har biträtt sekretariatet med uppdateringar av sakunderlaget.

<sup>4</sup> Folkhälsoinstitutet. *Hälsa på 2000-talet*. Folkhälsoinstitutet 1999.

### **Alkoholkonsumtionen i Sverige**

Sverige har en av de lägsta registrerade försäljningsnivåerna för alkohol inom EU-området. Även alkoholskadorna ligger på en låg nivå. Den förda politiken, som inleddes med restriktionspolitik och den s.k. motboken under åren 1914 till 1955, har begränsat konsumtionen och pressat tillbaka alkoholskadorna. När motboken avskaffades försvagades restriktionspolitiken. Den tillgänglighetsbegränsande alkoholpolitiken ersattes av en högprispolitik.

Från omkring år 1960 till mitten 1970-talet ökade alkoholkonsumtionen kraftigt. Alkoholförsäljningen nådde sin högsta nivå år 1976 med 7,7 liter 100 % alkohol per invånare över 15 år. Därefter har en minskning skett fram till år 1984. Sedan dess har den registrerade försäljningen legat på mellan 6 och 6,5 liter.

#### *Män och kvinnor*

Enligt en riksrepresentativ konsumtionsundersökning 1998 (TEMO) var männens veckokonsumtion 14,5 centiliter 100 % alkohol medan kvinnornas var 6,3 centiliter.<sup>5</sup> Sådana undersökningar har genomförts sedan 1982 och det har framkommit att den lägsta genomsnittskonsumtionen i befolkningen uppnåddes år 1984. Den högsta nivån inträffade 1989. Mellan mättillfällena 1996 och 1998 har den totala alkoholkonsumtionen ökat med 5 procent. Männens konsumtion ökade mera än kvinnornas. Kvinnorna ökar sin konsumtionsnivå och detta gäller särskilt yngre kvinnor och i ungdomsgrupperna. Bland gymnasieutbildade kvinnor finns en stor andel högkonsumenter. De lägst utbildade kvinnorna har en avsevärt lägre konsumtion. Bland dessa finns även färre högkonsumenter och större andel nykterister. Detta mönster går inte igen bland männen. Vid en värdering av konsumtionens konsekvenser skall beaktas att kvinnor och män påverkas fysiologiskt sett olika av alkohol på så sätt att kvinnor är mer sårbara. Den alkoholrelaterade dödligheten utvecklas något olika för män och kvinnor. Dödligheten har minskat för männen i flera sociala skikt medan den ökat för kvinnliga tjänstemän. Däremot minskar nu dödligheten för kvinnor i arbetaryrken.

<sup>5</sup> Folkhälsoinstitutet och CAN. *Drogutvecklingen i Sverige*. Stockholm. Rapport nr 8 1999.

### *Ungdomar*

Bland skolungdomar i årskurs 9 finns sedan början av 1990-talet en tendens till ökning av konsumtionen. År 1990 drack pojkarna 3,0 liter 100 % alkohol per år och flickorna 1,8 liter. År 1997 var motsvarande siffror 3,2 respektive 2,0 liter. Med denna ökning har också följt en ökning av berusningskonsumtion (upplevelse av berusning) och intensivkonsumtion (minst en halvflaska sprit eller motsvarande vid ett och samma tillfälle). Andelen ungdomar som ofta berusar sig och som uppger sig ha intensivkonsumtion har ökat under 1990-talet.

### *Socioekonomiska skillnader*

Fram till några år in på 1960-talet var alkoholkonsumtionen större bland personer i de högre socioekonomiska skikten. Idag är männens genomsnittliga konsumtion ungefär densamma i alla sociala skikt.<sup>6</sup> Däremot är totalkonsumtionen högre per capita bland arbetare än bland tjänstemän. Berusningsdrickandet är högre bland arbetare men dock allra högst bland arbetslösa och studerande. Andelen som drabbas av negativa följder av alkoholkonsumtion är större bland de resurssvaga grupperna trots att konsumtionsnivån kan vara densamma. Detta kan hänga samman med sättet att dricka och med olika grad av sociala skyddsnät. Sårbarheten är således större vid samma konsumtion i de lägre sociala skikten.

### *Oregistrerad konsumtion*

Till försäljningsstatistiken skall läggas den oregistrerade konsumtionen, dvs. lagligt införd alkohol, insmugglad alkohol samt hembränt. Enligt KALK-undersökningen<sup>7</sup> innebär detta att den registrerade konsumtionen år 1996 om 5,9 liter 100 % alkohol per invånare över 15 år ökar till 8,0 liter när man räknar in den oregistrerade konsumtionen. "Svartspriten" utgör således ett hot mot alkoholpolitiken. Undersökningen visade att 35 procent av all spritkonsumtion och 13 procent av den totala konsumtionen utgörs av "svartsprit". Alkoholmissbrukarna svarar för den största konsumtionsandelen och ålderskategorin 18–24 år är den vanligaste användargruppen. I 1997 års skolundersökning i

<sup>6</sup> Leifman H. *Socialklass och alkoholvanor*. Folkhälsoinstitutet 1998.

<sup>7</sup> Kühlhorn E, Rundstedt M, Hibell B, Larsson S, Zetterberg H. *Alkohol från legala och illegala källor i mitten av 1900-talet*. Stockholm: OAS 1997.

årskurs 9 uppgav 38 procent av såväl pojkarna som flickorna att de någon gång det senaste året druckit hembränt.

### *Alkoholvanor*

Alkoholvanorna i Sverige har undergått betydande förändringar under 1900-talet. Dels har olika alkoholdryckers andel av försäljningen förändrats genom att en omfördelning har skett från spritdrycker till vin och öl, dels har konsumtionsnivån fluktuerat. Restaurangserveringens andel av den totala försäljningen har ökat kraftigt. År 1984 utgjorde denna 9 procent av den totala försäljningen men år 1998 hade andelen ökat till 20 procent.

Dryckesmönstret i Sverige kännetecknas av få konsumtionstillfällen men med en hög konsumtion vid dessa tillfällen. Detta mönster har förstärkts under de senaste decennierna. Andelen personer med regelbundet berusningsdrickande har mer än fördubblats sedan 1960-talet.

### **Effekter för individ och samhälle**

Det finns ett samband mellan den totala konsumtionsnivån i samhället och skadenivån. Detta innebär att om konsumtionen förändras, så förändras också skador och brottslighet enligt ett förutsägbart mönster. Alkoholskador drabbar inte endast högkonsumenter, även om dessa löper högst individuell risk, utan även normalkonsumenter. Genom att dessa är så många fler kommer merparten av skadorna att beröra dessa konsumenter. Alkoholproblemen är alltså inte endast knutna till en liten grupp människor med svåra alkoholproblem trots att 10 procent av konsumenterna svarar för hälften av konsumtionen.

De direkt alkoholrelaterade dödsfallen uppgår varje år till mellan 5 000 och 6 000. Dessutom tillkommer indirekt relaterade dödsfall, t.ex. i trafiken. Alkoholen har också en roll i självmord och en rad sjukdomar, inte minst hjärt- och kärlsjukdomar. Omkring 10 procent av patienterna inom den slutna sjukhusvården lider av alkoholrelaterade sjukdomar och mellan 15 och 30 procent av dem som söker hjälp vid sjukhusens akutmottagningar är alkoholpåverkade och/eller kända missbrukare.

Mäns dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar är högre bland arbetare än bland tjänstemän. För kvinnor är förhållandet mera sammansatt. För kvinnor är dödligheten i levercirrhos högre bland lägre tjänstemän, medan det omvända gäller för alkoholism, alkoholpsykos och alkoholförgiftning, där det är arbetarkategorin som drabbas värst. Den alkohol-

relaterade dödligheten är störst i de tre storstadsregionerna, men medan den minskat med över 30 procent på 15 år i Stockholm och Göteborg har den ökat med 10 procent i Malmöhus län. Skillnaderna är större mellan kommuner än mellan länen. De kommuner som ligger högst har mellan fem och sex gånger högre alkoholrelaterad dödlighet än de kommuner som ligger lägst.

Alkohol spelar en betydande roll i samband med våldsbrott. Cirka 70 procent av alla gärningsmän och ungefär 40 procent av alla offer för polisanmält våld är alkoholpåverkade. Cirka 70 procent av alla gärningsmän och ungefär 40 procent av alla offer för polisanmält våld är alkoholpåverkade.

Vuxnas alkoholvanor har också en direkt inverkan på barns liv. Mer än 100 000 barn beräknas växa upp i hem där minst en av föräldrarna har alkoholproblem och varje år föds mellan 100 och 200 barn med skador orsakade av mödrarnas alkoholproblem.

Alkohol utgör en stor utgiftspost för samhället. Nyligen genomförda beräkningar av samhällets årliga kostnader talar om intervallet 50 till 100 miljarder kronor.<sup>8</sup> Huvuddelen av kostnaderna utgörs av produktionsbortfall och vårdkostnader.

### Orsaker och åtgärdbarhet

Den svenska alkoholpolitiken har kännetecknats av befolkningsinriktade åtgärder syftande till att begränsa tillgänglighet och efterfrågan på alkohol. När motbokssystemet övergavs 1955 skedde en tonviktsförskjutning från tillgänglighetsbegränsning till högprispolitik. Minskningen av den samhälleliga kontrollen av alkoholhanteringen och ett utökat internationellt utbyte har lett till en successivt ökad konsumtion och förändrade dryckesmönster. Konsumtionen ökade kraftigt mellan 1960-talets inledning till mitten av 1970-talet. Till detta bidrog även den förbättrade köpkraften och troligen även införandet av det alkoholstarkare mellanölet. Den traditionella storkonsumtionen av sprit i samband med helger och veckoslut har kompletterats med ett mer eller mindre regelbundet öl- och vindrickande. En utjämning av skillnaderna i konsumtionsmönster mellan könen har samtidigt ägt rum. Alkoholdebuten har också tidigarelagts.

Till förändringarna hör även "svartspriten", vars betydelse ökat betydligt. Denna omfattar inte enbart hembränd sprit utan även illegal import. Den ökande illegala importen sammanhänger av allt att döma

<sup>8</sup> Carlsson L, Ågren G, Andréasson S. *Svensk alkoholpolitik – välmotiverad eller förlegad?* Nationella folkhälsokommittén. Stockholm 1998.

med de minskade möjligheterna till gränskontroll som följd av de öppna inre gränserna inom EU. Därtill skapar hanteringen av industriell teknisk sprit idag sannolikt för stort "läckage" ut på den illegala marknaden. Den pågående Alkoholutredningen utreder denna fråga.

Förändringarna i villkoren för att bedriva alkoholpolitik har således förändrats och dessa nya villkor har inträffat samtidigt med den ekonomiska krisen under 1990-talet. Hög arbetslöshet kan ha lett till särskilda påfrestningar för vissa riskgrupper. De nya villkoren aktualiserar behovet av att utvärdera effekter av förebyggande strategier och att utveckla fungerande strukturer och preventionsmetoder. Samtidigt är det viktigt att slå vakt om de delar av det alkoholpolitiska regelsystemet som inte står i konflikt med EG-rätten. När nu de generella åtgärderna riskerar att försvagas blir det nödvändigt att förstärka riskgruppsansatserna, vilket t.ex. kan göras genom satsningar i primärvården.<sup>9</sup>

### **Forskningsbehov**

Det behövs mer kunskap om lokala variationer i konsumtionsmönster och om hur dessa skall tolkas. Det behövs också utbyggd kunskap om olika preventiva metoders genomslagskraft, liksom om berusningsdrickandets etiologi och om svartspriten (särskilt smuggelspriten). Då resonemangen om den medicinska nyttan av alkohol nått sådan uppmärksamhet kan även denna fråga behöva utvecklas.

### **Befintliga mål och strategier**

Den nationella handlingsplan för alkohol- och drogförebyggande insatser som antogs år 1995 innehåller vissa grundläggande alkoholpolitiska målformuleringar och en övergripande strategi för det lokala förebyggande arbetet. Basen i det förebyggande arbetet skall vara insatser riktade till hela befolkningen men dessa skall kompletteras med insatser riktade till särskilda riskgrupper eller risksituationer. Handlingsplanen genomgår just nu en omarbetning med hänsyn tagen till de nya villkor som EU-medlemskapet innebär. Förutsättningarna för den traditionella alkoholpolitiken har förändrats men de långsiktiga målen ligger fast.

<sup>9</sup> Andréasson S. Vad vet vi om effekter av prevention på alkohol- och narkotikaområdet? *Föredrag på Socialtjänstforum* 12–13 april i Göteborg 2000.

De befolkningsinriktade primärpreventiva insatserna bygger på tre strategier. För det första gäller det att minska tillgängligheten av alkohol. Detta åstadkommes genom prispolitik, försäljningsmonopol, åldersgränser, begränsning i utskänkningstillstånd och öppettider, polis- och tullinsatser m.m. För det andra är det fråga om åtgärder för att minska efterfrågan, vilket åstadkommes genom information och opinionsbildning. För det tredje handlar det om att skapa s.k. stödjande miljöer<sup>10</sup>, ett begrepp som lanserats i WHO-sammanhang och som syftar på människors möjlighet att i sin närmiljö påverka sin egen livssituation och knyta sociala kontakter och erhålla stöd.

En rad myndigheter är nu på olika sätt engagerade i alkoholfrågan. På Socialdepartementets uppdrag har Statskontoret i en rapport, Samordning mot droger (1998:22), föreslagit en förändrad myndighetsstruktur inom alkohol- och narkotikaområdet. I propositionen 1998/99:134 föreslås att Folkhälsoinstitutet ombildas till en ny stabsmyndighet till regeringen.

Grundläggande för den folkhälsoinriktade alkoholpolitiken är den s.k. totalkonsumtionsmodellen.<sup>11</sup> Enligt denna minskar alla gruppers konsumtion av att den totala konsumtionen pressas ned på en låg nivå. Instrumentet är framför allt begränsning av tillgängligheten, vilket bl.a. åstadkommes genom en högprispolitik. Modellen säger att graden av alkoholskador hänger samman med den totala konsumtionsnivån. Åtgärder som berör hela befolkningen påverkar då även avgränsade grupper, t.ex. högkonsumenter.<sup>12</sup> Riktade insatser till särskilt utsatta grupper och risksituationer förstärker de befolkningsinriktade åtgärderna. Lokala och regionala alkoholpolitiska program liksom förebyggande åtgärder på arbetsplatser är av betydelse.

<sup>10</sup> Hanson BS. *Erfarenheter av befolkningsinriktat alkoholförebyggande arbete*. Forskning och fakta nr 12, 1993.

<sup>11</sup> Lederman S. *Alcohol, alcoolisme, alcoolisation. Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social*. Paris: Presses Universitaires de France, 1956.

<sup>12</sup> Holder H, Wallack L. *Contemporary perspectives for preventing alcohol problems: An empirically-derived model*. J Public Health Policy 1986;324-339.

**Målförslag i avsnitt 9.3 i SOU 1999:137**

Nationella folkhälsokommittén anger sju alkoholpolitiska mål.

*1. Alkoholkonsumtionen skall minska*

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

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

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

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

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

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

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

*5. Reducerat berusningsdrickande*

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

6. Punktnykterhet i samband med graviditet, i väg- och sjötrafik, på arbetet samt i idrotts- och motionssammanhang
- Samhället kan stödja ideella föreningar att sprida kunskap om alkoholen och dess skadeverkningar i samband med idrottsverksamhet.
  - Arbetsgivare och fackliga organisationer bör gemensamt uppmärksamma alkoholproblem på arbetsplatsen.
  - Föreningar som ej följer samhällets alkoholpolitik skall ej beviljas medel från samhället till sin verksamhet.
  - Reducerad tillgång till "svartsprit".
  - Samhällets kunskaper om hanteringen av "svartsprit" måste bli större samtidigt som samhällets kontroll och möjligheter till att ingripa mot hanteringen av "svartsprit" måste bli bättre, eftersom "svartspriten" sätter den svenska alkoholpolitiken under stor press.

#### 4.2.2 Kompletteringar

##### Remissinstansernas synpunkter

###### *Alkoholkonsumtionen*

Flera remissinstanser uttrycker oro för att alkoholpolitiken kommer att försvagas när möjligheterna att begränsa tillgången inte längre är lika stark som den hittills varit.

*Socialstyrelsen*, som i allt väsentligt ställer sig bakom kommitténs skrivelser, hade önskat se en mera framskjuten plats för totalkonsumtionsmodellen. *Folkhälsoinstitutet* håller fram tillgängligheten som det starkare elementet i den övergripande strategin för att förebygga alkoholproblem. Institutet befarar att information och attitydpåverkande insatser endast har begränsad verkan. Även *IOGT-NTO*, liksom *Sveriges landsråd för alkohol och narkotikafrågor*, poängterar att tillgängligheten är avgörande i alkoholpolitiken och att prispolitik och försäljningsmonopol är de mest effektiva inslagen för att minska alkoholkonsumtion och alkoholskador. Landsrådet trycker därför på behovet av ökade insatser från polis och tull.

*Kommunförbundet* och *Landstingsförbundet* är också oroade över vad ökad tillgång kan innebära i form av ökade kostnader för socialtjänst och sjukvård. *Vilhelmina kommun* betonar vikten av att finna åtgärder som kan minska tillgången på alkohol. *Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning*, HOMO, menar att det finns anledning att uppmärksamma homosexuellas hälsosituation. Framför allt bland de yngre finns det oroande tecken som tyder på att

alkoholkonsumtionen är högre än medelvärdet för befolkningen. *Centerkvinnorna* uttrycker oro för det ökade alkoholbruket bland ungdomar, speciellt bland unga kvinnor.

Ett par remissinstanser erinrar om att vissa instrument redan idag är i funktion. *Arbetsarskyddsstyrelsen* menar att det i realiteten redan råder en strängare lagstiftning än vad som kommittén föreslår beträffande alkohol på arbetsplatser. Lagen föreskriver att arbetsgivaren skall ha en alkohol- och drogpolicy. *Rikspolisstyrelsen* pekar på den lagändring som kriminaliserat förvärv och innehav av olagligt tillverkad sprit.

### *Orsaker och åtgärdbarhet*

*Folkhälsoinstitutet* uppmärksammar den kraftiga sociala snedfördelningen av alkohol- och narkotikaskadorna och betydelsen av att man därför låter det förebyggande arbetet präglas av en social helhetssyn.

Det är vanligt förekommande att remissinstanserna utgår från barns och ungdomars situation. *Barnombudsmannen* efterlyser strategier för att på ett samlat sätt ta sig an hälsa och välbefinnande för de cirka 100 000 barn till missbrukare som finns i landet. *Jämtlands läns landsting* vill att kommunerna uppmärksammar dessa barn och ungdomar. *Landstinget Kronoberg* och *Botkyrka* och *Luleå kommuner* för fram barn- och ungdomsperspektivet och behovet av information och utbildning. Luleå kommun anser det särskilt viktigt att vidta åtgärder mot langning. *Tyresö kommun* efterlyser åtgärder för att minska tillgängligheten av folköl för ungdomar och erinrar om att det krävs resurser för detta arbete. *IOGT-NTO:s* juniorförbund vill se en striktare tillämpning av lagen, främst då det gäller försäljning av folköl.

Några remissinstanser är i vissa avseenden oeniga med kommittén. *Livsmedelsindustrierna* anser att totalkonsumtionsmodellen är felaktig och att den svenska alkoholpolitiken främst skall ägnas ungdomars alkoholvanor. Man efterlyser också en mer nyanserad rekommendation avseende alkoholintag. Om en viss mängd alkohol är nyttig borde detta framföras på så sätt att det framgår att det bästa är att dricka den "godkända alkoholmängden" vid flera tillfällen snarare än att supa sig full fredag och lördag. Även *Nordiska hälsovårdshögskolan* efterlyser en diskussion om alkoholens gynnsamma effekter, som man menar måste diskuteras i det förebyggande arbetet.

*Befintliga mål och åtgärder*

*Socialstyrelsen* önskar att totalkonsumtionsmodellen getts en mer framskjuten plats i presentationen. *Gävleborgs läns landsting* saknar en diskussion om de förslag som lades fram av Alkoholpolitiska kommissionen (SOU 1994:24), som man menar byggde på en mer konsekvent genomförd belysning av alkoholproblematiken och som innehöll mer genomarbetade och konsistenta mål. Man pekar också på de samhällsekonomiska aspekterna och framhåller att staten gör vinster på alkoholförsäljningen medan förlusterna belastar kommuner och landsting. *Nordiska hälsovårdshögskolan* tar också upp ekonomiska aspekter och menar att betänkandet saknar en diskussion om kostnader och framför allt om kostnadseffektivitet för alternativa strategier. Det behövs en beskrivning av förväntade effekter i relation till förväntade kostnader om man skall kunna göra rationella prioriteringar. NHV efterlyser dessutom en rangordning av föreslagna åtgärder efter förväntad kostnadseffektivitet och med hänsyn tagen till jämlikhetsskapande effekter.

*Landstinget Sörmland* efterlyser en tydligare prioriteringsordning mellan tillgänglighetsbegränsande och efterfrågereducerande åtgärder. Man anser att det finns behov av bådadera men att det samtidigt kan finnas en risk för ömsesidig erosion. Landstinget menar att det inte är givet att de båda alkoholpolitiska verktygen är effektiva komplement, utan att det kan krävas en särskild strategi för att upprätthålla respektive verktygs effektivitet vid parallell förekomst. *Verdandi* menar att dagens utgångspunkter för folkhälsoarbete måste förändras eftersom dessa metodmässigt är utformade för att passa en mer välutbildad del av befolkningen. De som har de största behoven och den sämsta hälsan lämnas bakefter och klyftorna mellan olika grupper förstärks. *Sveriges Hotell- och Restaurangföretagare* menar att kommittén allt för starkt håller fast vid den alkoholpolitik som gör att Sverige har en orimlig situation med stora mängder illegal alkohol och berusningsdrickande. SHR anser att en omprövning är nödvändig och att kommittén försummat chansen att bidra till utvecklingen av en hållbar och verkningsfull alkoholpolitik.

*Sällskapet Länkarnas Riksförbund* påpekar betydelsen av föreningars och organisationers insatser. *Riksidrottsförbundet* ser det som sitt ansvar att stödja och stimulera specialidrottsförbundens i arbetet med att reducera alkoholkonsumtion i idrottssammanhang.

*Landstinget Sörmland* menar att en stor del av informationsinsatserna kanske skall syfta till att vinna gehör för de tillgänglighetsbegränsande åtgärderna snarare än att enbart ge stöd för ansatsen om personligt ansvar. *Umeå kommun* önskar en målinriktad metod- och

kompetensutveckling av skolornas undervisning på detta område. *Jämtlands läns landsting* framför samma uppfattning och lyfter samtidigt fram föräldrarnas viktiga roll som förebilder.

*Örnsköldsviks kommun* pekar på kultur- och fritidsförvaltningarnas verksamhet som viktiga i det förebyggande arbetet bland ungdomar. *Länsstyrelsen i Örebro län* påpekar att det finns ett nära samband mellan brottsförebyggande och drogförebyggande insatser. *Landstinget Västernorrland* önskar ett tydliggörande av behovet av samverkan på lokal och regional nivå och anser att även jämställdhetsaspekter kunde betonas mera. *SIOS, Samarbetsorgan för Invandrarorganisationer i Sverige*, anser att det behövs riktade åtgärder och samarbete mellan olika myndigheter och invandrarorganisationer i förebyggande arbete bland ungdomar av utländsk bakgrund.

#### *Kommitténs förslag till mål och åtgärder*

Remissinstanser ansluter sig i huvudsak till kommitténs synpunkter och förslag samtidigt som några av dem uttrycker oro för följderna av inskränkningarna i möjligheterna att i fortsättningen upprätthålla de tillgänglighetsbegränsande delarna av alkoholpolitiken. Detta framkommer bl.a. i *Folkhälsoinstitutets* remissyttrande. *Socialstyrelsen* hade i detta sammanhang önskat en mera framträdande presentation av den s.k. totalkonsumtionsmodellen. Därutöver saknar *Gävleborgs läns landsting* en diskussion om de konsekvent genomförda resonemangen i Alkoholpolitiska kommittén (SOU 1994:24). *Nordiska hälsovårdshögskolan* menar att kommittén inte diskuterat kostnadseffektiviteten i alternativa strategier och att en diskussion om alkoholens gynnsamma effekter saknas. *Läkemedelsverket*, slutligen, tror att tillgången på etanol i form av drivmedelssprit kan komma att öka och att detta kan komma att kräva internationellt samarbete. *Läkemedelsverket* efterlyser ett nationellt organ för att initiera och driva alkoholfrågor.

#### **Andra uppdateringar av sakunderlaget**

##### *Alkoholkonsumtionen*

Det senaste året har några alkoholpolitiska händelser ägt rum som man kan förvänta påverkar utvecklingen.<sup>13</sup> Taxfreehandeln med alkoholhaltiga varor avskaffades inom EU den 1 juli 1999.

<sup>13</sup> Folkhälsoinstitutet och CAN. *Drogutvecklingen i Sverige*. Stockholm. Rapport nr 9 2000.

Den alkoholpolitiska proposition som antogs av riksdagen hösten 1999 innebar bl.a. att partihandelstillståndet för handel med alkohol avskaffades. Rätten att bedriva partihandel kopplades i stället till vissa begrepp i lagen om alkoholskatt. Förändringen innebär att även ca 9 000 restauranger med stadigvarande tillstånd för alkoholservering omfattas av tillståndet. Köp och innehav av "svartsprit" har förbjudits. Vidare har i några län på försök införts lördagsöppet i Systembolagsbutiker. Detta försök inleddes i februari 2000 och det skall utvärderas av en forskargrupp. Sedan nyåret 2000 har ett hundratal butiker förlängt öppethållande till klockan 20 vardagskvällar. Fler systembutiker kommer att öppnas. Sveriges undantagsregler för införselregler har i förhandlingar med EU förlängts till utgången av år 2003, men under denna tid skall en successiv anpassning äga rum.

Utvecklingen av alkoholvanorna bland skolungdomar i årskurs 9 följs sedan år 1971 årligen i representativa urval av landets skolor. Vartannat år ingår även årskurs 6 i undersökningen.

I 1999 års undersökning<sup>14</sup> ingick därför årskurs 6. I den förra undersökningen hade 40 procent av pojkarna erfarenhet av alkohol och i 1999 års undersökning hade andelen ökat till 46 procent. Flickornas andel har under hela 1990-talet legat kring 30 procent. År 1999 var andelen 33 procent.

Berusningsdrickande förekommer bland skolungdomar i 1999 års undersökning, men 40 procent av eleverna har aldrig varit berusade. Andelen pojkar som år 1999 känner sig berusade varje eller nästan varje gång de dricker har under större delen av 1990-talet legat strax under 40 procent. År 1999 var andelen 38 procent. För flickorna är siffrorna nästan identiska. År 1999 var andelen 36 procent. I frågeformuläret för 1998 års undersökning lades till en fråga om alkoholisk och alkoholstark cider. Den ökning som ses beträffande flickornas beräknade årskonsumtion, från 2 liter 100 % alkohol år 1997 till 2,4 liter år 1998, kan förklaras av denna fråga. I 1999 års undersökning var årskonsumtionen 2,3 liter. För pojkarna har motsvarande siffror varit 3,2 liter år 1997, 3,9 liter år 1998 och 3,9 liter år 1999. Relativt många av eleverna i årskurs 9 uppger att de druckit hembränd sprit. De tre senaste åren har andelen legat på 40 procent för såväl pojkar som flickor.

Bland mönstrande unga män uppgav år 1999 44,7 procent att de berusar sig någon gång i månaden. Denna nivå har varit tämligen oförändrad sedan början av 1990-talet. Andelen som berusar sig någon gång i veckan har däremot ökat kraftigt från 8,8 procent år 1992 till

<sup>14</sup> Andersson B, Hibell B, Sandberg B. *Skolelevers drogvanor 1999*. Stockholm. CAN 2000.

18,7 procent år 1999. Bland de mönstrande uppgav år 1999 43,4 procent att de druckit "svartsprit", vilket är en svag ökning från 1997, då andelen var 40,4 procent.

Enligt TEMO:s undersökning år 1998 i ålderskategorin 16 till 19 år var de unga männens årskonsumtion 100 % alkohol 4,8 liter och de unga kvinnornas 2,7 liter. Den alkohol som konsumeras på restauranger utgör en växande del av den totala konsumtionen. År 1985 utgjorde restaurangförsäljningen 9 procent av den totala försäljningen. Såväl 1996 som 1998 har den utgjort drygt 20 procent. Ökningen av antalet utskänkningstillstånd för restauranger följer förändringarna i dryckesmonstren. År 1977 fanns 3 000 sådana tillstånd, år 1998 10 915 och år 1999 11 049 tillstånd.<sup>15</sup>

Samhällets kostnader för alkoholen är svåra att beräkna och få försök har gjorts, vilka är mycket osäkra skattningar. Anders Johnsson har vid tre tillfällen gjort sådana beräkningar. I den senaste skriften, utgiven våren 2000, uppskattar han de totala kostnaderna vara 110 miljarder år 1998.<sup>16</sup> Detta motsvarar 6 procent av BNP. I förhållande till hans tidigare beräkning från 1988 var andelen av BNP 7 procent, vilket innebär att den då kalkylerade kostnaden 100 miljarder vid den nu genomförda borde ha varit 120 miljarder för att vara identisk. Johnsson undviker att dra några vittgående slutsatser under hänvisning till osäkerheten i beräkningsgrunderna. Det skall observeras att i beräkningen hänsyn tagits till intäktssidan för staten. Inom Tullverket löper ett pågående projekt, Att mäta samhällsnyttan av myndigheternas insatser, som rapporteras under år 2000. I detta projekt försöker man mäta samhällsnyttan av beslag av alkohol, narkotika och tobak.

Alkoholen har även en intäktssida för staten. Merparten av intäkterna kommer från dryckesskatter och moms. De senare åren har dessa intäkter minskat. År 1994 var intäkterna 18,7 miljarder kronor för att år 1998 ha reducerats till 13,9 miljarder kronor. För Systembolagets del handlar det bl.a. om ökade kostnader dikterade av EU-anpassningen och när det gäller Vin & Sprit har dess monopol upphört och ett stort antal aktörer konkurrerar nu. Skatteintäkterna har framför allt minskat beträffande ölförsäljningen. Stora skillnader i beskattning grannländer emellan innebär påfrestningar för existerande skattemodeller. Skillnaderna i skattetrycket på alkohol i Sverige och Danmark illustrerar detta och förklarar också varför privatimporten ökat och varför diskussion förs om alkoholskattenivån. Medan öl i Sverige beskattas med 7,35 kronor per liter beskattas öl i Danmark med endast 3,90 kronor. Skatten på motsvarande mängd vin är i Sverige 27,20 kronor men i

<sup>15</sup> *Drogutvecklingen i Sverige*, a.a.

<sup>16</sup> Johnsson A. *Hur mycket kostar supen?* Malmö: Sober förlag 2000.

Danmark 7,96 kronor. För sprit är skatten 200,56 kronor mot 124,23 kronor.<sup>17</sup>

Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet har framlagt ett betänkande "Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter (SOU 2000:57). Där föreslås bl.a. att Folkhälsoinstitutet på regeringens uppdrag skall ansvara för övergripande tillsyn av lagbestämmelser som rör förebyggande insatser när det gäller alkohol, tobak och narkotika. Organisationskommittén föreslår också att Folkhälsoinstitutet övertar uppgifter som rör tillsyn av alkohollagen och lagen om försäljning av teknisk sprit m.m. från Alkoholinspektionen respektive Läkemedelsverket. Vissa av de nuvarande tillsynsuppgifterna väntas dock falla bort och andra övergå till Riksskatteverket. Alkoholutredningen bereder dessa frågor. Folkhälsoinstitutet föreslås ansvara för statistiksamordning inom alkohol-, narkotika och tobaksområdet och svara för en nationell analys samt initiera metodutveckling.

Om regeringen bedömer att det finns behov av nationellt samordnade informations- och attitydpåverkande insatser riktade mot allmänheten bör Folkhälsoinstitutet enligt Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet ges i uppdrag att samordna sådana insatser.

I oktober 2000 har regeringen lagt fram en ny alkoholpolitisk handlingsplan. 450 miljoner kronor avsätts på tre år för att förebygga alkoholskador. 300 miljoner går till att förstärka kommunernas arbete. Resterande 150 miljoner går till att utveckla det internationella samarbetet, stärka frivilligorganisationernas arbete samt forskning och kompetensutveckling.

Regeringen föreslår i planen att en ny kommitté tillsätts. Kommitténs uppgift är att ansvara för samordningen av insatserna på nationell nivå. Det innebär att den nuvarande samarbetskommittén, Oberoende alkoholsamarbete (OAS), upphör från den 1 januari 2001.

I planen slås målet för den svenska alkoholpolitiken fast. Alkoholens sociala och medicinska skadeverkningar skall minska. Målet skall uppnås genom sänkt total alkoholkonsumtion och åtgärder mot skadliga dryckesbeteenden.

Ändrade förutsättningar, bl.a. ändrade införselkvoter, kräver delvis nya metoder och strategier. I handlingsplanen utgår regeringen från ambitionen att den totala alkoholkonsumtionen i landet skall ha minskat till år 2005.

<sup>17</sup> *Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 2000 a.a.*

### 4.2.3 Bedömning

Remissvaren visar att det finns en oro beträffande möjligheterna att fortsättningsvis bedriva en framgångsrik alkoholpolitik. Det är försvagningen av möjligheterna att begränsa tillgången på alkohol som väcker denna reaktion. Denna oro fanns redan innan EU-inträdet och var en viktig grund för tillkomsten av den nationella handlingsplanen för alkohol- och drogförebyggande insatser år 1995. Sedan dess har ytterligare förändringar genomförts och nya är i antågande, som t.ex. successivt ändrade införselregler och skattesänkningar på alkohol.

Det finns skäl att dela den oro som remissinstanserna uttrycker. Större tillgänglighet till alkohol genom ökad privat införsel från utlandet och skattesänkningar, som ännu inte är genomförda men skall genomföras senare, kan antas öka totalkonsumtionen och därmed alkoholskadorna i samhället. Vidare kan dessa förändringar antas öka alkoholkonsumtionen och alkoholskadorna hos ungdomar och andra som är sårbara eller i ett utsatt läge på annat sätt.

Att mot den bakgrunden upprätthålla mål om minskad alkoholkonsumtion i befolkningen respektive minskade skador av alkohol är svårt. Det krävs sannolikt extra ordinära insatser för att kortsiktigt hejda en kraftigt ökad konsumtion och skadeutveckling respektive att långsiktigt bringa ned konsumtionen och skadorna under den nuvarande nivån.

De mål och åtgärder som kommittén föreslog i SOU 1999:137 bedöms som verksamma medel för att hejda en ökning och på sikt bringa ned konsumtionen och skadorna. Utöver förslagen som sådana bedömer vi att ekonomiska resurser bör ställas till förfogande för deras genomförande. Det gäller t.ex. beträffande allmän information och attitydskapande insatser, tillsyn av åldersgränser med avseende på alkohol, uppsökande verksamhet i riskmiljöer, särskilda satsningar i primärvården och ytterligare satsningar inom barn- och mödrahälsovården. Det gäller också insatser med inriktning på punktnykterhet för vissa grupper och för reducerad tillgång till "svartsprit".

Det alkohol- och förebyggande arbetet i Sverige har bedrivits med bitvis stor entusiasm. Ansträngningarna har emellertid inte varit särskilt vetenskapligt förankrade. Detta kan ha varit en av anledningarna till dess med tiden allt mera eroderade status inte minst bland mottagarna av informationen. Förståelsen för helnykterhet eller att endast dricka lite vid få tillfällen har minskat genom allmänna attitydförändringar. För att bli trovärdig i det förebyggande arbetet och minska alkoholskadorna måste den information som ges vara vetenskapligt korrekt och trovärdig.

Det är angeläget att såväl utvärdering av åtgärder som forskning bedrivs för att förbättra möjligheterna att minska alkoholkonsumtionen i samhället och alkoholskadorna.

## 4.3 Narkotika<sup>18</sup>

### 4.3.1 Sammanfattning av avsnitt 9.4 i SOU 1999:137

#### **Förekomst och fördelning**

Vid en jämförelse med de problem som alkoholmissbruket orsakar befinner sig narkotikaproblemen på en lägre nivå. Narkotikaproblemen är på samhällsnivå därför inte i första hand ett folkhälsoproblem utan snarare ett kriminal- och socialpolitiskt problem. På individnivå är däremot problemen betydande. Även i jämförelse med omfattningen av narkotikamissbruket i många andra länder är narkotikaproblemen begränsade.

Trots detta ses narkotikamissbruket som ett mycket allvarligt problem därför att missbruket får så allvarliga konsekvenser för individen och hennes omgivning. Omfattande satsningar har gjorts för att begränsa narkotikans utbredning i samhället. Detta gäller inom alla sektorer av narkotikapolitiken, dvs. såväl i form av förebyggande arbete, rättsliga åtgärder som utveckling av vården.

Sedan mitten av 1960-talet har narkotikamissbruket uppfattats som ett allvarligt samhällsproblem. Det växte snabbt i omfattning under några år. Efter de låga noteringarna under 1980-talet har missbruket under 1990-talet åter ökat. Internationaliseringen har medfört en ökad rörlighet över gränserna samtidigt som drogerna, missbruksmönstren och inställningen till narkotika har förändrats i mera tillåtande riktning. Det pågående MAX-projektet har i en delrapport gjort en genomgång av befintligt material som speglar narkotikautvecklingen.<sup>19</sup> Data tyder på att under 1990-talet fler unga testar narkotika, att nyrekryteringen till allvarligare former av missbruk ökar, att färre etablerade narko-

<sup>18</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Avdelningsdirektör Bengt Andersson, Folkhälsoinstitutet, har biträtt sekretariatet med uppdateringar av sakunderlaget.

<sup>19</sup> Guttormsson U, Helling S, Olsson B. *Vad händer på narkotikaområdet?* CAN. Stockholm 1999.

maner förmås återgå till ett drogfritt liv och att konsekvenserna av missbruket har blivit allvarigare i form av stigande sjuklighet och dödlighet. Flera indikatorer tyder på att tillgången på narkotika aldrig har varit så god som idag. Granskningen av de olika rapporterna ger också bilden av att en tilltagande marginalisering i samhället bidragit till en ökad rekrytering till tungt narkotikamissbruk.

Sedan 1971 finns riksrepresentativa data från skolundersökningar i årskurs 6 och 9 samt från mönstringsundersökningar.<sup>20</sup> Den högsta förekomsten i skolundersökningarna uppmättes de första åren men minskade redan år 1974. Ytterligare en minskning inträdde år 1983. En ökning inleddes år 1995. År 1998 hade 9 procent av pojkarna och 6 procent av flickorna i årskurs 9 någon gång använt narkotika. Under hela perioden har cannabis varit det mest använda preparatet. Mönstringsundersökningarna beskriver en likartad utveckling. Bakom förändringarna i ungdomarnas drogvanor under 1990-talet finns sannolikt en uppluckrad inställning till droger. Det skall dock betonas att en betydande majoritet av ungdomarna intar en avståndstagande attityd till droger.

Vuxnas drogvanor och attityder till droger mäts i riksrepresentativa urval av befolkningen mellan 15–75 år. Den senaste undersökningen genomfördes 1998, och indikerade att cirka 9 procent någon gång använt narkotika, vilket motsvarar närmare 650 000 personer. Den största andelen med någon form av narkotikaerfarenhet fanns i åldersgruppen 30–49 år.

Män dominerar bland dem som har drogerfarenhet. I det närmaste dubbelt så många män som kvinnor har använt narkotika. Cannabis är det vanligaste preparatet. År 1998 var andelen män som någon gång använt narkotika 13 procent. Bland kvinnor var det 7 procent. Bland elever i årskurs 9 finns inga påtagliga skillnader mellan pojkar och flickor. I åldrarna däröver uppstår en könsskillnad.

Personer med tidig och uttalad social problematik är överrepresenterade bland de tyngre missbrukarna. Skolelever som använt narkotika uppger i högre grad än andra elever att de trivs dåligt i skolan (24 procent jämfört med 7 procent) och de skolkar också mera än andra. Mönstringsundersökningarna visar att ungdomar med invandrarbakgrund oftare prövar narkotika och att de som avbrutit skolgången efter grundskolan i högre grad har narkotikaerfarenhet. Ungdomar med avancerat bruk av narkotika har i högre grad än andra ungdomar psykosociala problem. Klientundersökningar genomförda av socialtjänsten i

<sup>20</sup> Folkhälsoinstitutet och CAN. *Drogutvecklingen i Sverige*. Stockholm. Rapport 99 nr 8 1999.

Stockholm<sup>21</sup> har visat att omkring en femtedel av narkotikamissbrukarna uppbär sjukbidrag eller förtidspension. För 55 procent av dessa klienter är socialbidrag den dominerande försörjningskällan. År 1997 var 36 procent av de tunga missbrukarna i Stockholm bostadslösa. Cirka 6 procent uppgav att de försörjde sig på kriminalitet eller prostitution.

Det etablerade missbruket är vanligast förekommande i de tre storstadsregionerna. Det är också mer än dubbelt så vanligt att boende i större städer och tätorter har prövat narkotika jämfört med boende i mindre tätorter och glesbygdsregioner.

Två rikstäckande undersökningar om det tunga narkotikamissbrukets omfattning har genomförts. Vid den första, år 1979<sup>22</sup>, bedömdes antalet tunga missbrukare vara 12 000, år 1992<sup>23</sup> bedömdes de uppgå till 17 000. Vid den senare undersökningen hade omkring hälften av missbrukarna missbrukat i tio år eller mer. Flera förhållanden pekar i riktning mot att omfattningen av det tunga missbruket ökat ytterligare under 1990-talet. Kriminalitets- och beslagsstatistik såväl som statistik från vården pekar i samma riktning. Åldersfördelningen bland de kända missbrukarna visar att de yngre blivit fler och att de äldre inte förmått sluta i någon större omfattning.

Narkotikamissbrukares hälsostatus är låg. De drabbas av somatiska och psykiska sjukdomar och deras överdödlighet är betydande. Injektionsmissbrukarna är särskilt utsatta för risk att drabbas av hepatit och andra infektionssjukdomar samt hiv/AIDS. En ny och svår form av hepatit (hepatit C) har i särskilt stor utsträckning drabbat injektionsnarkomanerna. Däremot har antalet nyanmälda fall av intravenöst smittade med hiv minskat kraftigt och är nu 6 procent (år 1998) av samtliga nyanmälda hiv-positiva personer. På senare år har antalet dödsfall till följd av narkomani och förgiftning med narkotiska ämnen (en rubricering som inkluderar narkotikaklassificerade läkemedel) ökat. År 1980 registrerades 74 sådana fall. År 1985 var antalet 150 och år 1996 hade en ökning skett till 250.<sup>24</sup>

<sup>21</sup> Finne E. *Socialtjänstens kontakter med missbrukare, psykiskt störda och hemlösa 1997*. FoU-rapport 1998:8. Stockholm: Socialtjänsten, FoU-enheten 1998.

<sup>22</sup> Socialdepartementet. *Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979*. Rapport från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO). Stockholm. Ds S 1980:5.

<sup>23</sup> Olsson O, Byqvist S, Gomér G. *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992*. Stockholm. CAN. Rapportserien 28 1993.

<sup>24</sup> *Drogutvecklingen i Sverige*. Rapport 99 a.a.

Vissa narkotikamissbrukare är starkt kriminellt belastade. En undersökning i Stockholm under 1970-talet visade att 10 procent av inbrotts-tjuvarna svarade för 90 procent av brotten. Bland dessa var cirka 75 procent narkotikamissbrukare.<sup>25,26</sup>

Narkotikamissbruket medför kostnader för samhället, men dessa är svåra att beräkna. Socialstyrelsen har beräknat att kommunernas kostnader för missbrukarvården år 1994 uppgick till 2,4 miljarder kronor. Tullutredningen (SOU 1998:18) uppskattade den årliga totalkostnaden för samhället till cirka 6 miljarder kronor.

### **Orsaker och åtgärdbarhet**

Bakom narkotikamissbruk finns sociala och individuella faktorer. Alla löper inte lika stor risk att utveckla missbruk och beroende. Människor som bor i socialt segregerade områden löper större risk liksom de som växt upp under svåra förhållanden i multiproblemfamiljer med missbruk och kriminalitet. Tillgängligheten till narkotika räknas också som en betydelsefull orsaksfaktor som förklarar förekomst av narkotika-problem i ett samhälle.

Narkotikaproblemet är ett internationellt problem, och många tecken tyder på att problemet förvärras. Liksom i alkoholfrågan påverkas svenska förhållanden av utvecklingen i vår omvärld. Under senare år har allt fler ungdomar prövat narkotika och attityderna till narkotika har blivit mera accepterande. Internationella trender och förändrade livsvillkor för olika samhällsgrupper kan ligga bakom denna utveckling. Tillgången till narkotika ökar. Den svenska narkotika-politiken bygger på ett samspel mellan kontrollåtgärder, förebyggande åtgärder och vårdinsatser.

Regelverket i EU:s medlemsländer skiljer sig obetydligt från det svenska. Samtliga länder avvisar tanken på legalisering. Däremot finns vissa skillnader i rättspraxis länderna emellan, framför allt när det gäller synen på småskalig handel. Det finns också skillnader i synsättet på kontrollpolitikens allmänpreventiva effekt. Ur ett folkhälsoperspektiv är detta en viktig frågeställning. De som hävdar att hög upptäckts-risk och hot om straff fungerar avskräckande finner stöd för detta i en

<sup>25</sup> Persson L. *Inbrottstjuvar i Stockholm – en studie av individuell brottsbelastning, samhällelig brottsnivå och brottsutveckling*. Svensk juristtidning, september 1976.

<sup>26</sup> Solarz A. *Vem blir drogmissbrukare? Droger, kriminalitet och kontroll*. BRÅ-rapport 1990:3.

skrift från Brottsförebyggande rådet.<sup>27</sup> Enligt denna studie berodde minskningen i nyrekryteringen under 1980-talet åtminstone delvis på den förda politiken, som innebar en förstärkning av kontrollinsatserna.

Information och opinionsbildning samt tillskapandet av stödjande miljöer är andra inslag i narkotikapolitiken.

Kunskapsunderlaget för narkotikapolitiska ställningstaganden behöver vidgas genom fördjupad kunskap om hur narkotikabruket ser ut och vilka värderingar som ligger bakom ställningstaganden till bruk av narkotika. För att kunna få en bild av hur verkningsfulla insatta åtgärder verkligen är krävs bättre metoder för att mäta missbrukets omfattning. Ett pågående projekt av det tunga missbruket ska på regeringens uppdrag vara färdigt våren 2001.

### Befintliga mål och strategier

Den alkohol- och drogforebyggande handlingsplan som presenterades 1995<sup>28</sup> är föremål för en översyn. Det yttersta målet för narkotikapolitiken är enligt regeringens skrivelse till riksdagen att skapa ett narkotikafritt samhälle (Skr. 1997/98:172). En nationell ledningsgrupp har uppgiften att bygga upp och samordna det alkohol- och narkotikaforebyggande arbetet och att följa vad som görs nationellt och stödja lokal och regional mobilisering. Regionala och lokala forebyggande program utgör en viktig resurs i detta arbete.

Den illegala narkotikahanteringen är ett globalt problem som kräver internationellt samarbete. Sverige deltar aktivt i detta arbete. Folkhälsoinstitutet föreslås att ombildas till en ny stabsmyndighet till regeringen inom alkohol- och narkotikaområdet. Arbetsuppgifterna skall vara att följa utvecklingen på området, ta fram nationella handlingsplaner, stå för kunskapsförsörjning och utveckling av metoder samt att ta fram beslutsunderlag till regeringen. Inom rättsväsendet har en rad förändringar av lagstiftningen genomförts eller kommer att genomföras. Narkotikakommissionen lämnar sitt slutbetänkande före utgången av år 2000.

<sup>27</sup> Kühlhorn E, Kassman, A, Ramstedt M. *Narkotikapolitiken och dess effekter. Brottsutvecklingen 1994*. Stockholm. BRÅ-rapport 1996:4.

<sup>28</sup> Folkhälsoinstitutet. *Nationell handlingsplan för alkohol- och drogforebyggande insatser*. Stockholm 1995.

**Målförslag i avsnitt 9.4 i SOU 1999:137**

1. *Nyrekryteringen av missbrukare skall minska*
  - Kommunernas arbete med att få ner missbruket bör effektiviseras på ett sådant sätt att nyrekryteringen av narkotikamissbrukare kan minska.
2. *Fler missbrukare skall förmås att upphöra med sitt missbruk*
  - Kommunens socialtjänst bör utveckla såväl öppenvård som sluten vård för att fler missbrukare skall förmås att sluta med sitt missbruk.
3. *Tillgången till narkotika skall minska*
  - Samverkan mellan tull, polis och andra berörda myndigheter skall utvecklas och fördjupas såväl nationellt som internationellt.

### 4.3.2 Kompletteringar

**Remissinstansernas synpunkter**

Remissinstanserna instämmer i huvudsak i kommitténs beskrivningar och målformuleringar, men flera önskar att narkotikamissbruk tydligare markeras vara en folkhälsofråga.

*Barnombudsmannen* tillstyrker kommitténs mål och strategier. Socialstyrelsen tillägger att blandmissbruk idag komplicerar arbetet för socialtjänsten och att detta aktualiserar frågan som en folkhälsofråga. CAN, *Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning*, tar också upp kopplingen mellan alkohol och narkotikamissbruk och är därför också tveksamt till kommitténs synsätt att inte uppfatta narkotikamissbruk som ett folkhälsoproblem. CAN önskar också tydligare formulering av målen. *Folkhälsoinstitutet* ställer sig bakom kommittén, men påpekar samtidigt att målen kan behöva uppdateras under den aktuella tioårsperioden.

RFHL, *Riksförbundet för Hjälp åt Läkemedelsmissbrukare*, anser att narkotikabekämpning i första hand skall ses ur ett socialt- och folkhälsoperspektiv, men detta menar man förutsätter ett annorlunda synsätt och en annan praktik, dvs. att man byter ut "marginaliseringsstrategin" mot en "integrationsstrategi". Även *Hela Människan* (förening för socialt arbete på kristen grund) anser att narkotikan måste ses som ett folkhälsoproblem. Föreningen säger också att man kan räkna med de ideella organisationernas medverkan i preventionsarbetet.

*Jämtlands läns landsting* anser att kommittén varit alltför försiktig och att den näst intill ignorerar de narkotikaliberala strömningar som förekommer. Landstinget betonar vikten av en stark opinion tillsammans med polisiära insatser och välutvecklade vårdformer. *Landstinget i Västernorrland* påminner också om de drogliberala strömningar som förekommer och anser det viktigt att lyfta fram det narkotikafria samhället som norm. *Luleå kommun* anser det viktigt med en tydlig vision om ett narkotikafritt samhälle. *IOGT-NTO:s juniorförbund* finner inte att kommitténs skrivning motsvara den restriktiva politik som idag genomsyrar narkotikalagstiftningen. Förbundet önskar att målen tydligt preciseras.

*Gävleborgs läns landsting* menar att tidigare omfattande satsningar avstannade i slutet av 1980-talet och att av de tre komponenterna i narkotikapolitiken det idag endast är kontrollen som fungerar nöjaktigt. Landstinget efterlyser också en referens till den kostnadsgenomgång som redovisats av Riksrevisionsverket.<sup>29</sup> Man skulle också önska se en diskussion om påverkansmöjligheter som tar hänsyn till att narkotikabruket utspelas i en subkultur som radikalt skiljer sig från vad som råder i det övriga samhället.

*Landstinget i Kronoberg* uppmärksammar de förändrade attityderna till droger och anser att dessa motiverar informationsinsatser riktade till ungdomar och föräldrar. *Centerkvinnorna* önskar ökade resurser till preventionsarbetet och till kriminalvården.

*Läkemedelsverket* pekar på lyckosamma erfarenheter av arbetet mot narkotikaprekursorer (ämnen som behövs i framställningen av narkotiska preparat), insatser som dock kräver resurser. *Rikspolisstyrelsen* erinrar om att det tillkommit ny lagstiftning som förbjuder förvärv, innehav och bruk av GHB.

## Andra uppdateringar av sakunderlaget

### *Förekomst och fördelning*

Narkotikautvecklingen i Sverige under 1990-talet kännetecknas av att tonåringar och unga vuxna i ökad utsträckning prövar droger och intar mera tillåtande attityder till bruk av vissa droger. Detta är inte unikt för Sverige. Snarare har denna utveckling kommit senare här än i många andra europeiska länder. Därtill har ökningen av drogvänorna i Sverige skett från en rekordlåg nivå. De lägsta användartalen för narkotika (nästan uteslutande cannabis) i årskurs 9 uppmättes år 1989, då endast

<sup>29</sup> Riksrevisionsverket. *Narkomanvården – om kostnader, resursutnyttjande, samordning och statlig styrning*. Förvaltningsrevisionen utreder F 1993:2.

3 procent av eleverna prövat narkotika. Successivt har denna andel höjts till 9 procent för pojkarna och 7 procent för flickorna vid 1999 års undersökning. Jämfört med 1998 års nivå har endast en marginell förändring skett.<sup>30,31</sup>

År 1995 genomfördes en europeisk skolundersökning bland femton- och sextonåringar (årskurs 9). ESPAD-undersökningen<sup>32</sup> omfattade 26 länder. Det året hade 6 procent av de svenska eleverna prövat narkotika någon gång. Den högsta nivån uppmättes i Storbritannien, med 42 procent och Irland med 37 procent. I Danmark var nivån 18 procent. Nivåerna i Finland och Norge motsvarade den svenska, med 5 procent respektive 6 procent. Det var endast Litauen (3 procent) och Malta (2 procent) som hade lägre procentandelar än Sverige. Som en jämförelse kan nämnas att nivån i USA vid samma tid var 41 procent. Under de senaste åren har ökningen där brutits och planat ut i såväl årskurs 9 som årskurs 11 med 46 respektive 54 procent.<sup>33</sup>

I ovannämnda undersökning får man också en bild av hur pass vanlig droganvändningen faktiskt är genom att eleverna fått svara på om de använt narkotika någon gång de senaste 30 dagarna. Med detta mått låg endast Litauen (0 procent) lägre än Sverige (1 procent). Högst låg Storbritannien med 24 procent och Irland med 19 procent. Danmarks nivå var 6 procent, Finlands 1 procent och Norges 3 procent. I USA var nivån 16 procent. Det är alltså uppenbart att, trots att Sverige följt med i en ökningstrend under 1990-talet, narkotikavanorna bland de unga ligger lågt vid en internationell jämförelse. En ny ESPAD-undersökning har genomförts under år 1999, men denna är ännu inte färdigbearbetad.

Utvecklingen av mönstrandes drogvanor följer i stort sett den förändring som skett i årskurs 9. Sett på ett antal års sikt innebär detta ändå i det närmaste en tredubbling från 6 procent år 1992 till 17 procent år 1999. Även för de mönstrande artonåringarna är det cannabis som dominerar. Uppgifter om unga vuxna insamlas genom

<sup>30</sup> Folkhälsoinstitutet och CAN. *Drogutvecklingen i Sverige*. Stockholm. Rapport 2000 nr 9.

<sup>31</sup> Andersson B, Hibell B, Sandberg B. *Skolelevers drogvanor 1999*. Stockholm. CAN 2000.

<sup>32</sup> *The 1995 ESPAD report*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. Stockholm. CAN/The Pompidou Group at the Council of Europe 1997.

<sup>33</sup> Johnson L, O'Malley P, Bachman J. *National Survey Results on Drug Use from Monitoring the Future Study. Volume I and II*. National Institute on Drug Abuse. US Department of Health and Human Services. Washington DC 1999.

telefonintervjuer med personer i åldrarna 16–24 år. Sådana undersökningar har genomförts åren 1994, 1996 och 1998. Andelen som prövat narkotika var 4, 10 respektive 11 procent. Omkring 3 procent av de mönstrande har använt narkotika de senaste 30 dagarna. Metodskillnader gentemot skolundersökningarna gör att direkta jämförelser inte kan göras med dessa, och dessutom skiljer sig 1994 års undersökning från de två följande.<sup>34</sup>

Riksrepresentativa drogvaneyundersökningar görs också bland vuxna, den senaste år 1998. En nordisk jämförande studie genomfördes vintern/våren 1993–1994.<sup>35</sup> Undersökningen genomfördes som en postenkät bland ett representativt urval i åldrarna 18–70 år. Frekvenstalen för bruk av cannabis var högst i Danmark, med 30,1 procent. I Norge hade 8,3 procent rökt cannabis, i Finland 7,3 procent och i Sverige 11,4 procent. I Danmark hade 4,1 procent använt cannabis någon gång de senaste 6 månaderna. I Norge var andelen 1,8 procent, i Finland 1,1 procent och i Sverige 1,2 procent. Män hade över lag större erfarenhet av narkotika.

Det är en genomgående trend i alla undersökningar att män betydligt mera än kvinnor har erfarenhet av narkotika. Missbrukarpopulationer är alltid uppbyggda på detta sätt. I de två rikstäckande inventeringarna av tungt narkotikamissbruk åren 1979 och 1992 var andelen kvinnor 24 respektive 22 procent. Andelen kvinnor som lagförts för narkotikabrott har legat stabilt kring 14 procent under åren 1975–1998. Trettio procent av dem som vårdas på sjukhus för narkotikaproblem är kvinnor, vilket alltså innebär att kvinnor får mer vård än män. Kvinnor är också något överrepresenterade när det gäller dödlighet. År 1997 avled 265 personer i en narkotikarelaterad död. Av dessa var 51 kvinnor. Av 786 hiv-smittade narkotikamissbrukare (år 1999) är 229 kvinnor.<sup>36</sup>

År 1998 genomfördes inom ramen för MAX-projektet en case-finding undersökning i 32 av de 40 större kommuner som ingick i 1992 års UNO-undersökning samt ett strategiskt urval av ytterligare 16 kommuner, bland dem de tre storstäderna. Denna undersökning är ännu inte rapporterad. Projektet omfattar även studier av missbrukarnas kriminalitet och missbruksbeteende.

<sup>34</sup> *Drogutvecklingen i Sverige*. Rapport 2000 a.a.

<sup>35</sup> Hakkarainen P, Hübner L, Laursen L, Ödegård E. Drug use and public attitudes in the Nordic countries. Hakkarainen P, Laursen L, Tigerstedt C (eds). *Discussing Drugs and Control Policy*. Nordic Council for Alcohol and Drug Research, NAD publication 31. Helsinki 1996 pp125-164.

<sup>36</sup> *Drogutvecklingen i Sverige*. Rapport 2000 a.a.

I en delrapport har studerats levnadsförhållandena bland narkomaner som varit vårdade åren 1987–1994.<sup>37</sup> Undersökningen är en registerstudie. I denna framkommer att år 1987 vårdades nästan 1 800 personer med diagnosen narkomani. År 1994 hade antalet ökat till 2 853 personer. Under perioden minskade däremot den genomsnittliga vårdtiden från drygt 14 till 12 dygn. Undersökningen har fullständiga data fram t.o.m.1994, men kan redovisa att antalet vårddygn år 1997 uppgick till i genomsnitt 8,5 dagar. Antalet tvångsvårdade hade ökat under perioden. Könsfördelningen har varit konstant; drygt två tredjedelar var män. Medelåldern ökade från 31,7 år 1987 till 34,1 år 1994. Antalet nytillkomna fall har varje år legat kring 1 300 med en antydning om strax under 1 500 för åren 1995-1996. Cirka 62 procent av de vårdade var att hänföra till de tre storstadsregionerna. Fyrtio procent kom från Storstockholmsregionen. Andelen som helt saknade arbetsinkomst ökade under perioden 1987 till 1994 från 25 procent till 49 procent. Den registrerade brottsligheten bland dem har minskat under hela 1990-talet. De mest brottsaktiva var amfetaminmissbrukarna, medan problemansamlingen var störst bland heroinisterna. Nyrekryteringen förefaller ha varit störst till heroinmissbruk.

Tullutredningen (SOU 1998:18) beräknade samhällskostnaden för narkotikan till ungefär 6 miljarder per år. I en ännu opublicerad rapport från Tullverket uppskattas samhällets kostnader för narkotikamissbruket uppgå till 5,4 miljarder kronor.<sup>38</sup> I beräkningsgrunderna har där hänsyn tagits till två andra aktuella undersökningar om kostnader orsakade av narkotikamissbruk.<sup>39,40</sup>

### Orsaker och åtgärdbarhet

Narkotikamissbruk är ett internationellt problem. Av EU:s befolkning på omkring 375 miljoner människor uppskattas 1 till 1,5 miljoner vara tunga missbrukare, oftast heroinmissbrukare. Dessa fördelar sig emellertid inte jämnt över unionen och inte heller inom de enskilda länderna. Heroinmissbrukarna lever marginaliserade i de största städerna.

<sup>37</sup> Svensson D. *Levnadsförhållanden bland vårdade narkomaner 1987-1994 – en registerstudie*. Stockholm. CAN, rapportserien nr 58, 2000.

<sup>38</sup> Tullverket. *Att mäta samhällsnyttan av myndigheternas insatser*. Narkotika, alkohol, tobak och andra punktskattepliktiga varor. Stockholm. Tullverket, augusti 2000, manuskript.

<sup>39</sup> Fölster S, Säfsbäck P. *Bostad sökes – en ESO-rapport om de hemlösa i folkhemmet*. Stockholm. Finansdepartementet, Ds 1999:46.

<sup>40</sup> Jess K. Underhandsmaterial från Narkotikakommissionen, augusti 2000.

Det mest använda preparatet är cannabis. Cannabisanvändarna är betydligt mera jämnt fördelade. De återfinnes sällan i kriminella sammanhang eller inom vården. Mellan EU-länderna har det utvecklats olika rättsliga traditioner när det gäller bedömningen av cannabisbruk<sup>41</sup>, och det debatteras om den ena eller den andra hållningen är mest framgångsrik. I detta sammanhang har den svenska restriktiva politiken exponerats såväl från svensk sida<sup>42,43</sup> som i utländska artiklar och skrifter<sup>44</sup>. Även utländska iakttagare menar att missbrukets utbredning i Sverige är begränsat. Såväl internationellt som nationellt förs däremot en debatt om narkotikapolitikens inriktning och om huruvida det är den förda politiken som lett till den förhållandevis gynnsamma situationen i Sverige. Detta är i mycket en akademisk debatt.

Bland ungdomar framhålles ibland att vissa narkotikapreparat inte är tillräckligt hälsofarliga för att vara förbjudna, alternativt att alkoholen i så fall också bör förbjudas.<sup>45</sup> De uppger att de är influerade av populärkulturen. Ungdomarna ifrågasätter den hotbild som vuxenvärlden utmålar. De menar att bra förebyggande arbete är det som uppfattas som trovärdigt och engagerande. Information som inte uppfattas vara helt korrekt tas inte emot. Nyare informationsstrategier som söker påverka attityder och värderingar, men som inte utgår från ungdomarnas egna villkor och erfarenheter uppfattas som manipulerande och moraliserande och avvisas därför. Ungdomar är också negativa mot vad de uppfattar som tjat. Skolverkets undersökning om ANT-undervisningen i skolorna fann vissa brister i målformuleringar, i uppföljningen av arbetet, i kompetensutvecklingen av personalen, i fråga om elevmedverkan samt i fråga om samverkan med föräldrar och det övriga närsamhället.<sup>46</sup>

Den internationella narkotikadebatten har således förts in i och påverkat den svenska. Inte minst ungdomar verkar beröras av detta. De är också i centrum för livsstilsbudskap från populärkulturen. Drogrågan

<sup>41</sup> EMCDDA. *Extended annual report on the state of the drugs problem in the European Union 1999*. Lisboa 1999.

<sup>42</sup> Folkhälsoinstitutet. *Narkotikapolitik. De svenska erfarenheterna*. Stockholm. Folkhälsoinstitutet 1993:3.

<sup>43</sup> Folkhälsoinstitutet och Regeringskansliet. *A preventive strategy. Swedish drug policy in the 1990s*. Folkhälsoinstitutet 1998:21.

<sup>44</sup> Boekhout van Solinge T. *The Swedish Drug Control System. An in-depth review and analysis*. Amsterdam. Uitgeverij Jan Mets/Cedro 1997.

<sup>45</sup> Narkotikakommissionen. *Party, utanförskap och stress – Ett diskussionsunderlag om ungdomar, narkotika och frånvarande vuxna*. Stockholm. Narkotikakommissionen, Diskussionsunderlag nr 4.

<sup>46</sup> Skolverket. *Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger*. Nationella kvalitetsgranskningar 1999. Stockholm. Skolverket 2000.

tycks ha ställts på sin spets av lanseringen av nya syntetiska droger i samband med att en ny musikform som lanserades världen över för ungefär tio år sedan. Flera av de nya preparaten var vid lanseringen inte narkotikaklassade.

Förutom att man kan urskilja dessa användargrupper kan konstateras att det är cannabis som ökar mest. De nya drogerna har åtminstone inledningsvis mest dragit till sig ungdomar som man hittills inte förknippat med bruk av droger. Anekdotiska data uppger att de avvisar alkohol som rusmedel därför att alkohol förknippas med våld och förfall medan deras egen drog, ecstasy, gör dem positiva till allt och alla. Dessa ungdomar uppfattar att de förnekas en glädjeyttring samtidigt som vuxna tillåter sig att påverkas av alkohol. De är också kritiska till polisens agerande mot deras dansföreställningar ("rave"), som de menar inte är detsamma som narkotikapartyn.<sup>47</sup> Medan det allmänt anses troligt att de flesta av de ungdomar som prövat ecstasy i dessa danssammanhang inte kommer att utveckla narkotikamissbruk, är oron större beträffande de som börjar röka heroin. Sådana vanor rapporteras nu från flera städer. Medan rave-ungdomarna kommer från fungerande hemmiljöer har den andra gruppen en mera problematisk bakgrund<sup>48</sup>, vilket narkotikamissbrukare vanligtvis har<sup>49</sup>.

I en avhandling<sup>50</sup> visas att tonåringars normer förändrats under perioden mellan 1969 och 1995. En viktig slutsats är att tonåringarnas norm- och värdesystem fortfarande är knutet till föräldrarnas, men att kamraternas normer blivit allt viktigare. Skillnaderna har mindre med moral än med vardagliga beteenden och villkor att göra, exempelvis klädstil. Undersökningen är en påminnelse om att bruket av droger var mera utvecklat bland tonåringar för tre decennier sedan. Den ger också en fingervisning om hur man kan nalkas ungdomar med vuxenvärldens budskap.

Utvecklingen bland narkotikamissbrukarna är svår att följa. Ungdomars drogvanor kan följas genom skolundersökningar, vilka når alla i en given åldersklass. När det gäller vuxnas drogvanor kan man få en bild av dessa genom intervjuer eller enkäter i representativa urval av befolkningen. Erfarenheten visar dock att vuxna med utvecklade drog-

<sup>47</sup> Narkotikakommissionen. *Party, utanförskap och stress* a.a.

<sup>48</sup> Tops D, Silow M. *En ny generation heroinmissbrukare i Malmö. En beskrivning av unga heroinister med svensk och utländsk bakgrund*. Lund. Meddelanden från Socialhögskolan 1997:10.

<sup>49</sup> Goldberg T. *Narkotikan avmystifierad. Ett socialt perspektiv*. Stockholm. Carlssons bokförlag 1993.

<sup>50</sup> Chinapah E. *Tonårnormer i förändring? En empirisk studie av 15-åringar i en mellanstor svensk stad 1969 och 1995*. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen 2000.

vanor inte nås genom sådana undersökningar. Mycket talar för att villkoren för de tunga missbrukarna försämrats.<sup>51,52</sup> En inventering i tre kommuner visar på neddragningar av den specialiserade narkomanvården under första hälften av 1990-talet och att öppenvård fått ersätta slutenvård. I den mån specialiserad narkomanvård finns kvar har den organiserats på ett annorlunda sätt. Nya klientgrupper i narkomanvården har också lett till ändrade prioriteringar.<sup>53</sup>

### *Befintliga mål och strategier*

De narkotikapolitiska insatserna syftar till att begränsa tillgången och dämpa efterfrågan på narkotika. De bygger på en balans mellan förebyggande insatser, vård och rehabilitering, kontrollåtgärder samt internationellt samarbete.

Den nationella handlingsplanen för alkohol- och drogförebyggande insatser är föremål för en omarbetning. När det gäller narkotikan har regeringen i en skrivelse till riksdagen (Skr. 1997/98:172) lämnat en narkotikapolitisk redogörelse. Där har man brutit ned det övergripande målet om ett narkotikafritt samhälle i tre delmål, nämligen att nyrekryteringen till missbruk skall minska, att fler missbrukare skall upphöra med sitt missbruk och att tillgången på narkotika skall begränsas. Den nationella ledningsgruppen har utarbetat scenarier om förutsättningarna för att bedriva denna politik.<sup>54</sup> En narkotikakommission tillkallades och denna skall avge sitt slutbetänkande i slutet av år 2000. Flera delbetänkanden och diskussionsunderlag har presenterats. Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet har avlämnat ett betänkande med förslag om en ny myndighetsstruktur.<sup>55</sup> Kommittén föreslår att det nya folkhälsoinstitutet skall ansvara för övergripande tillsyn av lagbestämmelser som rör förebyggande insatser när det gäller alkohol, tobak och narkotika.

<sup>51</sup> Finne E. *Socialtjänstens kontakter med missbrukare, psykiskt störda och hemlösa* 1997 a.a.

<sup>52</sup> Beijer U. *Tiggeri – ett nygamalt fenomen*. Stockholm. Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten. FoU-rapport 1999:29.

<sup>53</sup> Narkotikakommissionen. *Offensiv narkomanvård – 10 år efteråt*. Stockholm. Narkotikakommissionen, Diskussionspromemoria nr 9 juni 2000.

<sup>54</sup> Nationella ledningsgruppen för alkohol- och narkotikaförebyggande insatser. *Alkohol och narkotikasituationen inför år 2005. Scenarier om drivkrafter som påverkar förutsättningarna för svensk alkohol- och narkotikapolitik*. Stockholm 1998.

<sup>55</sup> SOU 2000:57 *Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter*. Stockholm. Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet.

Genom EU-medlemskapet finns nya möjligheter att samarbeta kring den internationella narkotikahanteringen. EU har inrättat ett gemenskapsorgan för att bemöta det ökade narkotikaproblemet i Europa- Det Europeiska Centrumet för kontroll av Narkotika och Narkotikamissbruk, ECNN. Det har som mål att genom objektiv, tillförlitlig och jämförbar information ge en initierad bild av narkotikasituationen i unionen. ECNN ger årligen ut en årsrapport över utvecklingen. Varje medlemsland har en s.k. focal point som står för ömsesidiga kontakter med centret. I Sverige har Folkhälsoinstitutet denna uppgift. En av de uppgifter som centret samordnar är det varningssystem för nya droger som inrättats. Tull och polis samarbetar också i ökande utsträckning inom EU:s ram och Schengensamarbetet har utvecklat särskilda regler för detta.

Ett styrinstrument för utbyggnad av preventionsarbetet har kommit i form av den deklaration som antogs vid FN:s extra generalförsamlingsmöte om nya droger i juni 1998, UNGASS. Länderna förband sig fullfölja överenskomna åtaganden och att vid givna tillfällen under de närmaste åren rapportera om sina framsteg. I Sverige vidtogs omedelbart åtgärder, t.ex. i form av tillsättandet av en narkotikakommission. Internationella mandat för ökade preventionssatsningar finns därmed.

Under senare år har olika forskningsrapporter om prevention presenterats. Dessa har lett till diskussioner om huruvida förebyggande åtgärder alls har effekt. Det har också framkommit att det är svårt att mäta effekter av interventioner och informationsarbete.

### 4.3.3 Bedömning

Med hänsyn till den överproduktion av narkotika som förekommer, den ökade organisationsnivån hos narkotikaproducenterna, de nya produkterna och den växande graden av internationalisering<sup>56</sup> är det av största vikt att det internationella perspektivet beaktas även i utformandet av nationella strategier. Detta intryck förstärks av att vi på nationell nivå har kunnat registrera en ökad efterfrågan och mindre avståndstagande attityder till droger.

Handlingsplanen för alkohol- och drogförebyggande arbete urskiljer tre samverkande verksamhetsfält; prevention, kontroll och vård. Alkohol och narkotika följs åt inom preventionen och i viss utsträckning inom vården. Det traditionella sättet att bekämpa alkohol- och narkotikamissbruk har varit kontrollpolitiken och utbudsbekämpningen. I alkoholfrågan beskärs nu kontrollinstrumenten, vilket gör att

<sup>56</sup> UNDCP. *World Drug Report*. Oxford. Oxford University Press 1997.

preventionsinsatserna får en ännu viktigare roll än tidigare. I narkotikafrågan har utvecklingen gått i andra riktningen; kontrollpolitiken har kontinuerligt byggts ut medan preventionsarbetet och vården avmattats.

Utöver en fortsatt stark kontrollpolitik måste preventionsarbetet förstärkas. Den attitydförskjutning som tycks ha ägt rum bland ungdomar gentemot vissa droger ger anledning till en skärpt uppmärksamhet. Det är en utmaning för det drogpreventiva arbetet och skolans sätt att arbeta med dessa frågor, att hitta former för att nå ungdomarna med budskapet om ett helt narkotikafritt samhälle. Att Sverige internationellt sett har små drogproblem är ingen slump. Det beror sannolikt på en kombination av en mycket restriktiv syn på narkotika och aktiva ingripanden även mot s.k. småhandel, som i kombination med ett starkare socialt skyddsnät än i många andra länder gett de låga siffrorna för Sverige. Det finns ingen anledning att förändra det synsättet.

Flera remissinstanser har invänt mot det som man uppfattat som kommitténs inställning till narkotikafrågan, nämligen att den är på gränsen till att behandlas som ett folkhälsoproblem. Mot bakgrund av de ökade drogliberala strömningar som nu kan konstateras bland ungdomar, att narkotikamissbruk har allvarliga konsekvenser för enskilda människor och att narkotikaproblemen är stora och ökande inom många länder i västvärlden är det angeläget att tydliggöra att narkotikafrågan är en folkhälsofråga som kräver skärpt uppmärksamhet.

## 4.4 Läkemedelsberoende<sup>57</sup>

### 4.4.1 Sammanfattning av avsnitt 9.5 i SOU 1999:137

#### **Inledning**

Beroende och missbruk av läkemedel finns dels hos patienter utan annat beroende, dels i kombinationsmissbruk hos alkohol- eller narkotikamissbrukare.

<sup>57</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag samt en avslutande bedömning. Sammanfattningen av den tidigare betänkandetexten har faktauppdaterats i viss utsträckning. Professor Arne Melander, Nätverk för läkemedelsepidemiologi (NEPI) har biträtt sekretariatet med denna uppdatering.

### Bakgrund, nuläge och prognos

De läkemedel som främst är beroendeframkallande ryms dels inom gruppen lugnande medel och sömnmedel (anxiolytika-hypnotika) dels inom gruppen centralt verkande smärtstillande medel (narkotiska analgetika). Det har också framkommit uppgifter om att de moderna antidepressiva medlen (s.k. SSRI, "lyckopiller") skulle kunna vara beroendeskapande. Varken verknings sättet eller den kliniska erfarenheten talar emellertid i denna riktning.<sup>58</sup> Mot den bakgrunden begränsas framställningen fortsättningsvis till lugnande medel och sömnmedel respektive smärtstillande medel.

I gruppen lugnande medel och sömnmedel dominerar de s.k. bensodiazepinerna (t.ex. Rohypnol, Sobril, Temesta, Stesolid) samt icke-bensodiazepinerna Imovane, Stilnoct och Sonata. De tre senare har samma verkningsmekanism som bensodiazepinerna, och begreppet bensodiazepiner omfattar därför fortsättningsvis såväl dessa tre preparat som de genuina bensodiazepinerna.

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

### Beroende och missbruk

Professionella definitioner gör en viktig distinktion mellan beroende och missbruk; man kan vara beroende av ett medel redan vid ordinär dosering och utan att dosökning (tolerans) uppstår (och med abstinens vid försök att sluta), medan missbruk förutsätter dosökning, tolerans och bruk av extraordinära doser (patienten intar större doser än ordinerat). En del avser med missbruk allt ickemedicinskt bruk.

<sup>58</sup> *Levnadsvanor 1*. Rapport från arbetsgruppen Levnadsvanor 1 till Nationella folkhälsokommittén. Underlagsrapport nr 7. Nationella folkhälsokommittén. Stockholm 1999.

## Psykofarmakabruket i befolkningen

### *Inledning*

*Lugnande medel och sömnmedel* svarar för merparten av all psykofarmakaförsäljning. Försäljningen av sådana medel var högst år 1972 med 68,8 definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 invånare och dag (DDD – den förmodade genomsnittliga dygnsdosen, då läkemedlet används av vuxen vid medlets huvudindikation). År 1991 rapporterades den lägsta försäljningen med 53,3 DDD per 1 000 invånare och dag, vilket utgjorde en minskning från år 1972 med 22 procent. De senaste åren har antalet sålda DDD av lugnande medel och sömnmedel ökat något och uppgick år 1998 till 59,9 DDD per 1 000 invånare och dag.

### *I befolkningen*

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

Under de elva år som intervjuundersökningarna genomförts har andelen som sagt sig använda lugnande medel och/eller sömnmedel någon gång under de senaste 12 månaderna varierat mellan 10 och 13 procent. Majoriteten av dem som använt dessa preparat under de senaste 12 månaderna före kartläggningen har gjort det endast enstaka gånger. Den andel som använder sådana medel regelbundet är mellan 2 och 3 procent av befolkningen. Det innebär att mellan 125 000 och 185 000 personer i Sverige har en mycket hög och långvarig konsumtion av sömnmedel och lugnande medel.

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

### *Kön*

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

### *Ålder*

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

### *Regionala skillnader*

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

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

### *Socioekonomiska skillnader*

Studier i bl.a. Stockholm, Malmö och Malmöhus läns landsting har visat att skillnader i sociala och ekonomiska förhållanden kan ha stor betydelse för bensodiazepinanvändningens omfattning. Den är betydligt större bland arbetslösa, förtidspensionerade, högkonsumenter av alkoholdrycker, personer med många sjukdomssymptom, änkor och boende i kommuner med höga tal för sjuklighet, arbetslöshet, suicidbenägenhet, nedsatt hälsa och med kortare medellivslängd.

När det gäller utbildningsnivåns betydelse för läkemedelsberoende har det framkommit att t.ex. korttidsutbildade människor konsumerar betydligt mera bensodiazepiner.

### *Särskilt om beroende*

Det råder stor oenighet om förekomst och utbredning av bensodiazepinberoende. Det finns få studier som på ett invändningsfritt sätt analyserat situationen.

Om man studerar användningen av bensodiazepiner såsom den redovisas i apotekens försäljnings- och förskrivningsstatistik har det visat sig att 15 procent av dem som fått bensodiazepiner förskrivna blir långtidskonsumenter. Detta är emellertid inte liktydigt med beroende.

Kvinnor exponeras oftare än män för bensodiazepiner och bensodiazepinberoende är därför sannolikt vanligare hos kvinnor än hos män.

Det finns också en påtaglig regional variation som bara delvis förklaras av skillnader i åldersfördelning och som knappast kan betingas av motsvarande skillnader i omfattningen av psykiska störningar.

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

### **Smärtstillande medel i befolkningen**

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

DXP rekommenderas till patienter med medelsvår till svår smärta och i dag finns det i Sverige sju smärtstillande preparat som innehåller DXP. Av dessa är tre – Dexofen, Doloxene och Dolotard – s.k. rena preparat, där DXP är den enda smärtstillande substansen. De övriga fyra – Distalgesic, Dexodon, Doleron och Paraflex comp är s.k. kombinationspreparat. DXP-preparaten är de receptbelagda smärtstillande

preparat som sålts mest i Sverige under 1990-talet. År 1996 låg försäljningen på 14,4 DDD per 1 000 invånare under en 12-månadersperiod. Det motsvarar över en miljon förskrivningar och 37,1 miljoner DDD. Försäljningen motsvarade ett värde av 64 miljoner kronor.

Varje år avlider drygt 90 000 människor och av dessa blir 5 000–6 000 föremål för rättsmedicinsk dödsfallsutredning. Andelen personer som avlidit till följd av DXP ökade med 25 procent mellan åren 1992 till 1996 och DXP är det enskilda preparat som orsakar det ojämförligt högsta antalet dödliga förgiftningar i Sverige idag. Antalet dödliga förgiftningar där DXP orsakade eller bidrog till dödsfallet motsvarade 140–190 fall per år. Medelålders män som medicineras med DXP för smärta och som vanemässigt konsumerar alkohol är en riskgrupp när det gäller ofrivillig dödlig förgiftning på grund av den farliga kombinationen av DXP och alkohol. Varje år avled 30 män och tio kvinnor på det sättet i Sverige under undersökningsperioden.

Kvinnor exponeras oftare än män för kodein, liksom fallet är med bensodiazepiner. Vad gäller ålder företer kodein emellertid en annan fördelning än såväl dextropropoxifen, bensodiazepiner och de flesta andra läkemedel; det konsumeras framför allt av yngre och medelålders individer. Konsumtionen är däremot, liksom av bensodiazepinerna, mera omfattande bland de underprivilegierade grupperna, och användningen av kodein och bensodiazepiner samvarierar.

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

Hälsomässiga och sociala konsekvenser är svåra att beräkna på grund av bristen på data avseende förekomst och utbredning.

### **Orsaker till utvecklingen**

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

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

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

Den positiva hållningen som många psykiatriker naturligt nog intar till bensodiazepiner baseras alltså på erfarenheter från ett ganska begränsat, selekterat klientel. En ökad dialog mellan psykiatriker och icke-psykiatriker avseende en korrekt grund för indikation och påföljande förskrivning är sålunda motiverad.

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

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

### **Ofullständig kunskap och forskningsbehov**

Det finns ett stort behov av studier som visar omfattningen och utbredningen av beroendet och missbruket av de medel som här är aktuella. Det bör undersökas om beslutsunderlagen varierar avseende indikationsställande, dosering och doseringstider vid förskrivning av bensodiazepiner, kodein och dextropropoxifen. Det bör även undersökas varför kvinnor erhåller bensodiazepiner och dextropropoxifen oftare än män samt vad de stora regionala skillnaderna har för orsaker.

### **Befintliga mål och strategier**

Socialstyrelsen har sedan länge engagerat sig i frågan om läkemedelsbruk respektive läkemedelsmissbruk. Myndigheten har formulerat en tydlig rekommendation (Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:7). Dessa rekommendationer är fortfarande aktuella. Följande riktlinjer gäller i korthet:

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

Läkemedelsverket har även ett ansvar på detta område. Myndigheten svarar för den kliniska prövningen av preparaten och har även uppgiften att följa utvecklingen av eventuella biverkningar av dessa mediciner. Dessutom svarar myndigheten för kontroll, tillsyn och uppföljning av tillverkning och försäljning.

**Målförslag i avsnitt 9.5 i SOU 1999:137**

1. *Minskat beroende och missbruk av bensodiazepiner och narkotiska analgetika i befolkningen*
  - En mer restriktiv receptförskrivning som reducerar tillgängligheten av dessa medel.
  - Ökad information till allmänheten och till läkarna om riskerna med förskrivning av bensodiazepiner och narkotiska analgetika samt om alternativa behandlingsmetoder.
2. *Behovet av ett läkemedelsregister bör utredas*

**4.4.2 Remissynpunkter**

*Läkemedelsverket* anser att de av kommittén föreslagna målen och strategierna är väl avvägda och realistiska, och ställer sig bakom betänkandet.

*Socialstyrelsen* ställer sig bakom förslaget till restriktiv läkemedelsförskrivning för att minska beroende och missbruk av bensodiazepiner och narkotiska preparat och vill betona behovet av ett läkemedelsregister.

*Landstinget i Kronoberg* uppmärksammar den ojämlika fördelningen av läkemedelsmissbruk; framför allt är det kvinnor, kortutbildade och människor som står utanför arbetsmarknaden som drabbas. Detta är viktigt att komma ihåg när man överlägger om åtgärder som att förebygga och behandla.

*Landstinget i Halland* anser att för att komma tillrätta med läkemedelsberoendet krävs dels omfattande utbildningsinsatser riktade till den medicinska personalen, dels förbättrad information till allmänheten.

*Landstinget i Västernorrland* ställer sig bakom kommitténs skrivelser. Landstinget förespråkar försök med en starkt restriktiv hållning till registrering av beroendeframkallande läkemedel i kombination med en allmän uppstramning av registrering och prisbildning på läkemedelsområdet. Även behovet av ett personnummerbaserat läkemedelsregister bör prövas i ett sådant perspektiv.

*Leksands kommun* anser att det är viktigt att sjukvårdens attityder till att förskriva läkemedel förändras.

*Socialvetenskapliga forskningsrådet* efterlyser en fördjupad diskussion om varför kommittén anser att läkemedelsberoende är ett folkhälsoproblem, medan man inte anser att narkotika är det. Rådet anser att läkemedelsberoende i första hand bör hänföras till hälso- och

sjukvårdens medicinska ansvar och inte kopplas ihop med folkhälsostrategier kring alkohol och tobak. Rådet efterlyser mer nyanserad information till allmänheten, eftersom det idag bitvis råder underförskrivning av denna typ av läkemedel eftersom patienter är skeptiska till att använda dem. Vad gäller läkemedelsregistrering anser rådet att detta kan lösas med gängse instrument inom ramen för existerande läkemedelskontroll och hälso- och sjukvård.

Även *Sveriges farmaceutförbund* anser att detta i först hand är en fråga som bör lösas inom ramen för hälso- och sjukvården. Förbundet lyfter också fram behovet av att se läkemedlens plats i behandlingen och att där överväga alternativ, såväl av andra läkemedel som andra behandlingsformer. Förbundet vill också peka på möjligheterna att hjälpa såväl patienter som läkare med så kallade läkemedelsprofiler.

*Riksförbundet för trafik- och polioskadade* anser att kommittén bättre bör beakta smärtproblematiken, och framför allt kvinnors situation. Kvinnor med smärta får ofta vänta längre än män på en diagnos, vilket innebär att de oftare erbjuds medicinering utan att en adekvat diagnos ställts. Förbundet efterlyser könsspecifik information om vad som innebär optimal läkemedelsbehandling vid olika tillstånd, samt en systematisk genomgång av erfarenheter från biverkningar. Förbundet uttrycker tveksamhet när det gäller läkemedelsregister, eftersom man anser att detta kan kränka enskildas integritet.

*Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* – RSHM – vill rikta skarp kritik mot kommitténs behandling av läkemedelsberoende där man begränsat framställningen till att handla om lugnande medel, sömnmedel, samt starkare smärtstillande medel. Denna begränsning utgår inte från brukarnas upplevelse av beroende utan från en medicinsk klassificering. RSHM efterlyser ytterligare forskning, och förbättrad information till patienterna.

*Riksförbundet Internationella Föreningar för Invandrarkvinnor* är starkt kritiska till införandet av ett personnummerbaserat register över användningen av beroendeframkallande läkemedel, eftersom man anser att det strider mot läkarsekretessen och kränker patientens integritet.

*Centerkvinnorna* anser att läkemedelsfrågorna är mycket viktiga, och kräver ett stort utvecklingsarbete; nya förhållningssätt bland sjukvårdspersonalen, kunskapsförmedling till allmänheten, samt satsning på forskning – gärna ur ett kvinnoperspektiv.

*Hela Människan* vill inte ha en allmän läkemedelsregistrering, men önskar en förbättrad kontroll och uppföljning av de läkare som förskriver stora mängder beroendeframkallande till missbrukare.

#### 4.4.3 Bedömning

Beroende och missbruk av läkemedel finns såväl hos patienter utan annat beroende som i form av kombinationsmissbruk hos alkohol- och narkotikamissbrukare. Omfattningen av beroendet och missbruket är delvis oklart, bl.a. beroende på att gränsen mellan ett medicinskt och terapeutiskt motiverat bruk av läkemedel och missbruk är diffus.

Ett minskat beroende och missbruk av lugnande medel och sömnmedel (bensodiazepiner) samt av smärtstillande medel i befolkningen kan uppnås genom en mera restriktiv receptförskrivning som reducerar tillgängligheten av dessa medel. Reduktionen bör avse både antalet föreskrivningar och behandlingstidens längd. All föreskrivning längre än tre månader bör undvikas, åtminstone av bensodiazepiner, eftersom det saknas belägg för att längre tids behandling gör nytta medan långtidsföreskrivning å andra sidan ökar riskerna för beroende.

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

Den viktigaste målgruppen för information och påverkan är de forskrivande läkarna, eftersom expositionen för bensodiazepiner, kodein och dextropropoxifen som regel är en följd av receptföreskrivning. Ett par svenska studier tyder på att man genom strukturerad muntlig och skriftlig information till läkare kan påverka föreskrivningen av bensodiazepiner i en mera restriktiv riktning samt att detta i sin tur kan medföra ett minskat beroende. Liksom för bensodiazepiner har det för kodein visats att strukturerad muntlig och skriftlig information minskar föreskrivningen. Det har visats att detta följs av minskat beroende och/eller missbruk. För att vara framgångsrik måste strategin omfatta råd och anvisningar om alternativa behandlingsmetoder och framförallt behandlingsformer, och ett flertal aktörer måste medverka såväl centralt som lokalt. Nyligen har Läkemedelsverket beslutat att alla dextropropoxifenrecept skall förses med särskild varningstext.

Remissinstanserna är delade i frågan om ett personnummerbaserat läkemedelsregister, det finns flera som är tveksamma till förslaget men även flera remissinstanser som är positiva.

Ett personnummerbaserat läkemedelsregister skulle väsentligt underlätta att korrekt värdera läkemedlens effektivitet, säkerhet och risker vid rutinmässig förskrivning till befolkningen. Det föreligger stora svårigheter att undersöka dessa faktorer genom kliniska prövningar. Att söka information om detta i sjukvårdens journaler är så arbetskrävande att det inte är en framkomlig väg. Journalföringens kvalitet och rutiner är inte heller sådana att man kan få fram pålitliga uppgifter om effekter av läkemedelsanvändningen i rutinsjukvården. Mycket gynnsamma erfarenheter av personnummerbaserade läkemedelsregister finns t.ex. från Danmark. Av dessa skäl bör ett sådant register prövas.

## 5 Vissa sjukdomar och skador

### 5.1 Psykisk hälsa<sup>1</sup>

#### 5.1.1 Sammanfattning av avsnitt 10.2 i SOU 1999:137

##### **Begreppsdefinitioner**

Olika försök har gjorts att definiera psykisk hälsa, men någon enhetlig definition föreligger fortfarande inte. Istället ses psykisk hälsa ofta som motpol till psykisk ohälsa respektive till psykisk sjukdom. Frånvaron av en tydlig definition hänger bl.a. samman med frågan om normalitet och att såväl hälsa som sjukdom består av många olika komponenter. De försök som gjorts uppvisar olika synsätt. Att begreppet psykisk hälsa är mångtydigt betyder inte att det saknar relevans. Psykisk hälsa är en del av vår totala hälsa och som sådan en tillgång som hör till vår personlighet. Den är även ett resultat av den process som ingår i den enskilde individens utveckling i samspel med den sociala miljön.

Inom ramen för Socialstyrelsens nationella översyn av psykiatrin har förslag lämnats till definitioner kring psykisk sjukdom, psykisk störning och psykisk ohälsa.<sup>2</sup> Psykisk sjukdom och psykisk störning beskrivs som en avvikelse från normaliteten och begreppen är kända och accepteras inom den medicinska professionen. Psykisk ohälsa beskrivs däremot som subjektivt upplevda och självrapporterade besvär av psykisk natur. Dessa kan – men behöver inte – ha samband med psykisk sjukdom eller psykisk störning.

<sup>1</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Avdelningsdirektör Regina Winzer, Folkhälsoinstitutet, har biträtt sekretariatet med faktauppdateringar.

<sup>2</sup> Psykiatriutredningen, Socialstyrelsen 1997.

### Förekomst av psykisk ohälsa, sjukdomar och självmord

Psykisk ohälsa i form av olika symtom och besvär är vanlig i befolkningen. Vissa besvär som nedstämdhet, trötthet, sömnstörningar, oro och ångestkänslor rapporteras av 20–50 procent av den vuxna befolkningen.<sup>3</sup> Psykiska och somatiska besvär samvarierar ofta och det är inte ovanligt att enskilda individer har multipla besvär eller syndrom. Den här ofta självrapporterade psykiska ohälsan har oftast inte något samband med psykisk sjukdom eller psykisk störning, som grundas på en mer strikt diagnostik. Däremot kan upplevd psykisk ohälsa som pågår under en längre tid leda till t.ex. depression i klinisk mening, psykosomatiska och somatiska besvär.

Kvinnor har en genomsnittligt sämre självskattad psykisk hälsa än män och psykiska besvär ökar med åldern, speciellt hos kvinnor. Ensamstående män, särskilt fränskilda, har högre andel psykiska besvär än gifta och sammanboende.<sup>4</sup> Bland kvinnor är dock psykiska besvär vanligare hos gifta än hos ensamstående. Människor som bor i tätorter och i nya förortsområden i storstäder med svaga sociala nätverk har oftare psykiska besvär än vad som gäller genomsnittligt för befolkningen.<sup>5</sup> Det har även visat sig att människor i lägre socioekonomiska grupper har fler och allvarigare psykiska besvär i jämförelse med dem som tillhör högre socioekonomiska grupper.<sup>6</sup> De som saknar känsla av sammanhang<sup>7</sup> eller är arbetslösa har tre gånger så stor risk att drabbas av psykiska besvär<sup>8</sup>. Åtskilliga studier och forskningsöversikter visar att flyktingar och invandrare har sämre psykisk hälsa än motsvarande grupper i värdlandet.

<sup>3</sup> Tibblin G, Bengtsson C, Furunäs B, Lapidus L. Symptoms by age and sex. The population studies of men and women in Gothenburg, Sweden. *Scand J Prim Health Care* 1990;8(1):9–17.

<sup>4</sup> Hallberg H. *Divorced middle-aged men. Psychosocial and medical aspects.* Umeå University Medical Dissertations. New Series no 317, Umeå 1991.

<sup>5</sup> Dalgard O.S. *Bomiljø og psykisk helse.* (Akad avh) Universitetsforlaget, Oslo 1980.

<sup>6</sup> SOU 1992:37. *Psykiatrin och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling.* Delbetänkande av Psykiatriutredningen. Stockholm. Allmänna Förlaget 1992.

<sup>7</sup> Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* San Francisco & London. Jossey-Bass Publishers 1987.

<sup>8</sup> Stockholms läns landsting. *Folkhälsorapport för Stockholms län. En rapport om hälsoutvecklingen i Stockholms län.* Stockholm 1994.

Psykiska sjukdomar (här avses inte självrapporterad oro) drabbar oftare än flertalet andra sjukdomar människor tidigt i livet. Psykiatriutredningen<sup>9</sup> konstaterade att 45 procent av samtliga personer med för tidspension eller sjukbidrag och yngre än 45 år, har en psykiatrisk huvuddiagnos.<sup>10</sup>

Livstidsrisken vad gäller den vanligaste typen av ångestillstånd uppskattas till knappt 5 procent för män och ca 13 procent för kvinnor upp till 65 års ålder.<sup>11</sup> Varannan kvinna och var fjärde man drabbas någon gång i livet av depression. Antalet personer med depression ökar och enligt WHO kommer depressionstillstånd att efter hjärt- och kärlsjukdomar bli den största orsaken till ohälsa i världen år 2020.<sup>12</sup>

Depression är ett mångtydigt begrepp som kan inbegripa sorgereaktioner och naturlig nedstämdhet och som i de flesta fall inte kräver specialistbehandling utan kan hanteras via självhjälpsåtgärder. Risken för återfall är dock relativt stor bland dem som drabbats av depression och är bl.a. beroende på ålder, kön, familjesituation, typ av depression och symtomens svårighetsgrad.<sup>13</sup>

Psykisk sjukdom i form av psykos förekommer hos drygt 2 procent av befolkningen, varav ca en halv procent utgörs av schizofreni. För psykoser föreligger inga könsskillnader. När det gäller allvarliga psykotiska tillstånd uppskattas livstidsrisken att insjukna i schizofreni vara 1 procent i befolkningen. Livstidsrisken för psykos varierar mellan 2 och 5 procent.<sup>14</sup>

Självmod är ett betydande folkhälsoproblem som är relativt vanligare i lägre socialgrupper än högre. Trots en sjunkande självmordsfrekvens sedan 1980-talet avlider drygt 1 200 personer per år till följd av självmord, vilket är 2,5 gånger fler än i trafikolyckor. Ytterligare 400 personer per år avlider av orsaker där det är osäkert om det handlar om självmord eller olyckshändelse. Cirka 75 procent av dessa fall uppskattas vara självmord. Ytterligare ett okänt antal självmord döljer sig bakom singelolyckor, drunkning och läkemedelsförgiftning hos äldre

<sup>9</sup> God psykiatrisk vård på lika villkor? Socialstyrelsen 1997.

<sup>10</sup> SOU 1992:77. *Psykiskt störda i socialförsäkringen – ett kunskapsunderlag*. Socialdepartementet. Stockholm. Allmänna förlaget 1992.

<sup>11</sup> Gräsbeck A. *The epidemiology of anxiety and depressive syndromes: a prospective, longitudinal study of a geographically defined, total population: the Lundby study*. Akad avh. Lunds universitet 1996.

<sup>12</sup> WHO Press Release 2. Executive Board Session 103. World Health Organization Press Office, Genève 1999.

<sup>13</sup> Lilja J, Larsson S. *Nya perspektiv på depression och ångest. En socialpsykologisk forskningsöversikt*. Folkhälsoinstitutet, Beroendecentrum Nord & Åbo Akademi 1998.

<sup>14</sup> Ottosson J-O. *Psykiatri*. Stockholm. Almqvist & Wiksell Medicin 1995.

och sjuka personer. Själv mord svarar för den största förlusten av levnadsår i yrkesverksam ålder samt är den främsta dödsorsaken för män i åldersgruppen 15–45 år och återfinns på andra plats för kvinnor i samma åldersgrupp.<sup>15</sup>

### Förekomst av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar

Psykiska besvär hos barn och ungdomar förekommer ofta som kombinationer av symtom från flera psykiatriska syndrom. En intervjustudie i Göteborg visar att 7 procent av 13–17-åringar har allvarliga depressiva symtom.<sup>16</sup> 4 procent har gjort ett självmordsförsök. I undersökningen konstaterades ett samband mellan depressiva symtom och skolproblem inklusive att ha blivit utsatt för mobbning. I skolenkäter riktade till 16–17-åringar uppger 3 procent av pojkarna och 8 procent av flickorna att de har försökt ta sitt liv vid något tillfälle. De flesta studier visar att barn från lägre socialgrupper, i storstäder och invandrarbarn har fler beteendevikelser och problem.<sup>17,18</sup>

Besöken inom barn- och ungdomspsykiatri ökade med 45 procent under treårsperioden 1993–96.<sup>19</sup> Ökningen anses till största delen bero på indragning av resurser inom förskola, skola samt mödra- och barnavårdscentraler. Mellan 12 och 15 procent har haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri någon gång under uppväxten. Pojkar dominerar i 7–12-årsåldern och flickor i tonåren.<sup>20</sup>

<sup>15</sup> Wasserman D. Själv mord – ett försummat folkhälsoproblem. Medicinsk kommentar. *Läkartidningen* 1998;95(49):5593–97.

<sup>16</sup> Ivarsson T. *Depression and Depressive Symptoms in Adolescence: Clinical and Epidemiological Studies*. (Akad avh). Göteborg University 1998.

<sup>17</sup> Cederblad M, Höök B. Östgötastudien. *Stressreaktioner och beteendestörningar hos barn på 80-talet i Östergötland*. Stockholm. Rädda Barnens rapportserie 1, 1991.

<sup>18</sup> Bremberg S. *Barnrapporten*. Centrum för Barn och Ungdomshälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting 1998.

<sup>19</sup> SOU 1998:31. *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén. Stockholm. Fritzes 1998.

<sup>20</sup> Arbetsgruppen för psykisk hälsa. *Psykisk hälsa. Underlagsrapport till Nationella Folkhälsokommittén*. Rapport nr 10. Stockholm. Nationella folkhälsokommittén 1999.

### Effekter på individ- och samhällsnivå

Nationella och internationella studier visar att en stor andel av dem som söker primärvård har psykiska och psykosociala problem. Enligt en samnordisk studie skattar en tredjedel av primärvårdens patienter sin psykiska hälsa som dålig.<sup>21,22</sup> Det är dock endast ca 10 procent som har psykiska besvär som leder till en psykiatrisk diagnos.<sup>23</sup> Primärvårdspatienternas psykiska besvär utgör en interaktion av psykologisk sårbarhet, yttre stress och bristande socialt nätverk.<sup>24</sup> Den vanligaste problematiken är ensamhet, familjeproblem och konflikt på arbetsplatsen.<sup>25</sup>

I den nationella Psykiatriutredningen konstateras att människor med psykisk störning generellt har väsentligt sämre levnadsförhållanden än övriga i befolkningen.<sup>26</sup> Patienter med psykisk ohälsa har högre utnyttjande av sjukvård, socialtjänst och sjukförsäkring än andra patientgrupper.<sup>27</sup>

Stöd och vård av barn och ungdomar med psykiska problem beräknades till drygt elva miljarder kronor år 1996.<sup>28</sup> Den årliga kostnaden för psykiska sjukdomar i Sverige (inkluderande sjukvård, läkemedel, sjukskrivning, förtidspensioner, socialbidrag m.m.) uppskattades till 45 miljarder kronor år 1990.<sup>29</sup> Psykiska sjukdomar är mer kostnadskrä-

<sup>21</sup> Hansson L, Stefansson C-G, Nettelbladt P, Borgquist L, Nordström G. Psykisk ohälsa hos patienter i primärvården. En nordisk multicenterstudie. *Nordisk Medicin*, 1993;108(5):145–7.

<sup>22</sup> Hemström Ö, Stefansson C G. *Psykisk ohälsa*. Stockholms läns landsting. Enheten för psykosocial forskning och utveckling. Rapport 1991:3.

<sup>23</sup> Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London. Tavistock/Routledge 1992.

<sup>24</sup> Hansson L, Nettelbladt G, Borgquist L, Nordström G. Screening for psychiatric illness in primary care. A cross-sectional study in a Swedish health district. *Soc Psychiatry Psychiatr Epid* 1994 Apr;29(2):83–7.

<sup>25</sup> Karlsson K. *Psykosocial ohälsa i primärvården. Allmänläkarnas bedömning av patienter med psykosocial problematik*. En studie i Malmöhus läns landsting. Lund. Malmöhus läns landsting 1994.

<sup>26</sup> SOU 1992:37. a. a.

<sup>27</sup> Hansson L, Nettelbladt G, Borgquist L. Patterns of care in patients utilizing both primary health care and psychiatric care in a Swedish health care district. *Scand J of Primary Health Care* 1990 Sep;8(3):173–8.

<sup>28</sup> SOU 1998:31. a. a.

<sup>29</sup> SBU. *Behov av utvärdering i psykiatri*. Stockholm 1992.

vande än någon annan sjukdomsgrupp.<sup>30</sup> Psykiatriutredningen konstaterade att omkring 30 procent av förtidspensioneringarna/sjukbidragen skulle ha kunnat undvikas om rehabiliteringen varit bättre utformad efter behoven.<sup>31</sup>

### Kunskaper om orsaker och möjlighet att påverka

Bristande socialt stöd, dålig arbetsmiljö eller arbetslöshet, ekonomisk stress, livsförändringar och kriser samt bristande känsla av sammanhang kan ge upphov till psykiska besvär i vuxenlivet.<sup>32,33</sup> Åtskilliga studier har påvisat ett samband mellan ett otillräckligt socialt nätverk eller socialt stöd samt ökad sjukdom och dödlighet.<sup>34,35,36</sup>

I Socialstyrelsens rapporter om sociala förhållanden konstateras att en ansamling av problem med arbete, boende eller ekonomi ofta är koncentrerade till vissa befolkningsgrupper som arbetare, invandrare och ensamstående föräldrar. Den rapporterade psykiska ohälsan är också större i dessa grupper.

<sup>30</sup> Lindgren B. The economic impact of illness. In: Abshagen U, Munnich F. E. (Ed). *Costs of illness and benefits of drug treatment*. Zuckschwerdt Verlag 1990.

<sup>31</sup> SOU 1992:77. a. a.

<sup>32</sup> Diderichsen F, Fredlund P, Norman, A. *Arbetslöshet och ohälsa i Stockholms län 1994*. Socialmedicin Kronan. Nordvästra sjukvårdsområdet. Samhällsmedicinska divisionen. Stockholms läns landsting.

<sup>33</sup> Fryer D, Payne R. Being unemployed. A review of the literature on the psychological experience of unemployed. In: Cooper C. L, Robertson I. (ed). *International review of industrial and organizational psychology*. Chichester. Wiley 1986.

<sup>34</sup> Berkman L. F, Syme S. L. Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epid* 1979;109:186–204.

<sup>35</sup> Hanson B. S. *Social network, social support and health in elderly men. A population study*. Akad avh. Lund. Studentlitteratur 1988.

<sup>36</sup> Orth-Gomér K, Johnson J. V. Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *J Chronic Dis* 1987;40:949–57.

*Barns villkor*

En otrygg anknytning, som beskrivs närmare i avsnitt 7.1 om barn, har djupgående långtidseffekter för barns förmåga till socialt samspel och tendens att utveckla depressioner.<sup>37</sup> Faktorer som psykisk sjukdom, missbruk och utvecklingsstörning ökar risken för svagheter i föräldraförmågan. Isolering och utstötning från social gemenskap är andra negativa faktorer. Även oengagerade och inkonsekventa föräldrar är en negativ faktor.

Familjen är basen för barnens hälsoutveckling. Föräldrarnas hälso-villkor är samtidigt barnens villkor. Dessa villkor kan påverkas genom att via strukturella insatser skapar goda förutsättningar för barnfamiljer. Faktorer som minskar familjens socioekonomiska resurser påverkar barns och ungdomars utveckling. Enstaka riskfaktorer betyder inte så mycket, men en anhopning av riskfaktorer ökar frekvensen av psykiska besvär dramatiskt.<sup>38</sup>

Barnhälsovården har en betydelsefull ställning eftersom den når samtliga spädbarnsföräldrar. Den har även en stödfunktion med stor betydelse under spädbarnsåret. På vissa håll inom barnhälsovården har man börjat att systematiskt fånga upp kvinnor med depression efter förlossningen och erbjuda ett intensifierat psykosocialt stöd.<sup>39</sup>

Svenska studier visar att barn som har gått i förskola har mindre risk för senare psykiska och sociala problem. Förskolan förbättrar barnens sociala kompetens, deras förutsättningar för kunskapsutveckling och har en viktig pedagogisk uppgift att bidra till barnens emotionella utveckling.<sup>40</sup> En bra skola kan kompensera brister i barnens hemmiljö. Studier av psykosociala skyddsfaktorer för riskbarn visar att dessa kan utveckla positiva relationer i skolan till vuxna och jämnåriga samt stärka sin självkänsla genom att klara uppställda krav.<sup>41</sup> Effektiva anti-mobbningsprogram är viktiga hälsofrämjande insatser.

<sup>37</sup> Cicchetti D, Cohen J. D. Eds. *Developmental Psychopathology; Risk, Disorder, and Adaptation*. New York, J. Wiley. 1995;Vol 2.

<sup>38</sup> Cederblad M, Dahlin L, Hagnell O. Lundbyprojektet: Påverkar barnpsykiatriska riskfaktorer den vuxnes psykiska hälsa? *Läkartidningen* 1988;49:4317–21.

<sup>39</sup> Wickberg B. *Postnatal Depression*. (Akad avh). Göteborg University 1996.

<sup>40</sup> Bremberg S. (1998). a. a.

<sup>41</sup> Werner E. E, Smith R. S. *Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, N.Y. Cornell University Press 1992.

### *Arbetsmiljö och arbetslöshet*

Arbetsmiljön har en avsevärd betydelse för människors hälsa och är en viktig faktor bakom de sociala skillnaderna i hälsa. För de flesta människor har arbetet en positiv innebörd och – förutom att det är en inkomstkälla – ger tidsstruktur, social kontakt, deltagande i kollektiva strävanden, social status och identitet samt regelbunden verksamhet.<sup>42</sup> I sin mest negativa form kan arbetslivet på grund av arbetssituation och organisation tyvärr även vara synonymt med stress, utbrändhet, mobbning och social utslagning.

Arbetsorganisation och psykosociala faktorer har fått ökad uppmärksamhet. Hög psykisk belastning är sjukdomsalstrande om det samtidigt föreligger lågt beslutsutrymme eller dåligt stöd. Omvänt leder bra stöd och goda kontrollmöjligheter i arbetet till mindre stress och högre välbefinnande.

Arbetslöshet är ett av de största folkhälsoproblemen. Arbetslöshet eller hot om arbetslöshet skapar oro och otrygghet. Förutom ekonomisk påfrestning innebär detta att det sociala nätverket tunnas ut, att den enskilde individen förlorar sin yrkesidentitet och sitt självförtroende samt löper en ökad risk för psykiska problem och missbruk.

### *Stödjande miljöer*

Den psykiska hälsan kan påverkas genom stödjande miljöer som utvecklas tillsammans med de boende. Det kan ge ökade kontakter och trivsel i boendeområdet.<sup>43</sup> Fritids- och kulturverksamhet ger rekreation och psykisk stimulans, och kan tjäna som en buffert mellan stress och olika sjukdomssymtom. Ideella organisationer inom idrott, kultur och folkbildning gör stora insatser av hälsofrämjande karaktär inom barn-, ungdoms- och äldreverksamhet.

### *Behandling*

Behandling inom barn- och ungdomspsykiatri med familjeterapi, föräldrastöd och individualterapi kan vara en preventiv åtgärd samtidigt som det är en behandlande insats. Dessutom kan familjeterapi vara en

<sup>42</sup> Jahoda M. *Employment and unemployment – a social-psychological analysis*. Cambridge University Press 1982.

<sup>43</sup> Lundgren S. Arbetsboksmetoden som instrument för utveckling av stödjande boendemiljö. *Socialmedicinsk tidskrift* 1998;3:124–28.

preventiv insats för de friska syskon som finns i familjen.<sup>44</sup> Att fånga upp barn, som finns i en miljö präglad av en anhopning av riskfaktorer, är ett viktigt förebyggande arbete som kan utföras inom mödra- och barnhälsovården samt i förskolan respektive skolan.<sup>45</sup> Svårigheten är oftast inte att identifiera dessa barn, utan att få familjerna att acceptera att söka hjälp för problemen.

Gruppbehandling av barn till föräldrar med alkoholproblem finns inom barn- och ungdomspsykiatri och minskar risken för att ungdomar själva skall börja missbruka alkohol eller narkotika.<sup>46</sup> I enstaka län finns också möjlighet för familjen att få kristerapi, då en av föräldrarna gjort ett självmordsförsök eller begått självmord.

Tidig kartläggning av ADHD, DAMP och dyslexi kan förebygga misslyckanden i skolarbetet om utredningen leder till att adekvata resurser tillförs barnet tidigt.<sup>47,48</sup> Sekundära psykiatriska symtom kan då förebyggas.

Omhändertagande av mobbningsoffer i samarbete med skolan kan förebygga långvariga psykiska problem. Pojkar som tidigt visar ett begynnande dys-socialt beteende riskerar att i tonåren utveckla kriminalitet och missbruk. Att identifiera och behandla dem är därför en viktig förebyggande verksamhet.<sup>49</sup>

Bland tonårsflickor kan ätstörningar vara ett problem. Olika behandlingsprogram kan vara aktuella beroende på orsakerna i det individuella fallet.

Behandling av barn som utsatts för misshandel och sexuella övergrepp kan betraktas som en behandlande såväl som förebyggande insats. Risken för att dessa skall bli förövare som vuxna är stor om de inte fått behandling för egna traumata.<sup>50</sup>

Att förebygga missbruk av alkohol och narkotika är också en preventiv åtgärd mot psykiska problem. Behandling av missbruk har störst effekt om den sätts in tidigt. Identifikationen av högkonsumenter av

<sup>44</sup> Gustafsson P. A, Engquist M-L, Karlsson B. Siblings in family therapy. *Journal of family therapy* 1995;17(3):317–327.

<sup>45</sup> Sydsjö G, Wadsby M, Svedin, C. G. *Barn till psykosociala riskmödrar*. Stockholm. Rapport Rädda Barnen 1995.

<sup>46</sup> Gustafsson P.A, Anlén A-S, Lanneström G, Nilsson M, Rolling G. Group therapy for children of alcoholics. *Nord J Psychiatry* 1995;49:209–215.

<sup>47</sup> Föhrer U, Johnsen U-B. Dyslexidiagnos ställs ofta oacceptabelt sent. En retrospektiv studie av 102 skolelever. *Läkartidningen* 1997;94:1024–26.

<sup>48</sup> Gillberg C. Nordisk enighet om DAMP/ADHD. Aktuellt dokument sammanfattar dagens kunskap. *Läkartidningen* 1999;96:3330–31.

<sup>49</sup> Zigler E, Taussig C, Black K. Early Childhood Intervention. A Promising Preventative for Juvenile Delinquency. *Am Psychologist* 1992;47, 8:997–1006.

<sup>50</sup> Cicchetti D. et al. (1995). a. a.

alkohol inom primärvården och insatt behandling har i studier visats ha gynnsamma effekter vad gäller en minskad utveckling av manifest missbruk.

### *Depression*

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

Förluster, separationer, relationsproblem, arbetslöshet, mobbning, traumatiska händelser och upplevelse av hjälplöshet och hopplöshet, predisponerar för depressionsutveckling. Depression med denna bakgrund kan påverkas via en kombination av psykoterapi, läkemedel och psykosocialt stöd. Endast var fjärde patient i primärvården som har depression identifieras emellertid.<sup>51</sup> Detta är oroande eftersom människor med svår depression uppvisar en överdödlighet i såväl somatiska sjukdomar som i självmord.<sup>52,53</sup> Tidig identifikation och tidigt insatt behandling kan minska såväl sjukdomstidens längd som risken för återfall.

### *Schizofreni*

När det gäller schizofreni är sannolikt den viktigaste biologiska riskfaktorn av genetisk natur. Om det finns en genetisk belastning hos ett barn, kan emellertid uppväxt i en välfungerande familj påtagligt minska risken att barnet senare insjuknar i schizofreni.<sup>54</sup> Barn till schizofrena föräldrar, som är en högriskgrupp, kan följas upp och stödjas för att därigenom minska risken för insjuknande. Störningar under graviditet och förlossning är betydligt vanligare hos mödrar vars barn senare

<sup>51</sup> Bodlund O. Ångest och depression dolt problem i primärvården. Endast vart fjärde fall identifieras. *Läkartidningen* 1997;94:4612–18.

<sup>52</sup> Farmakoterapi vid depression. *Information från Läkemedelsverket* 1995; (5):309-382.

<sup>53</sup> Bingefors K. *Antidepressant-treated patients. Population-based longitudinal studies*. Faculty of medicine. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations, vol 609. Uppsala university.

<sup>54</sup> Ottosson J-O. (1995). a. a.

utvecklar schizofreni. Detta indikerar vikten av ett omsorgsfullt omhändertagande av mödrar under graviditeten och undvikande av förlossningskomplikationer.<sup>55</sup>

### *Själv mord*

Ett systematiskt arbete föreligger i många länder för att minska antalet självmord och reducera självdestruktivt beteende. En bred folkhälsovetenskaplig och psykosocial ansats krävs. En utpräglad tvärsektoriell ansats tillämpas i de sex regionala nätverk som Centrum för suicidforskning och prevention initierade år 1997 för att förebygga självmord och självmordsförsök i Sverige. Det nationella programmet för självmordsprevention<sup>56</sup> anpassas i dessa nätverk till lokala förutsättningar.

### **Forskningsbehov**

Traditionell forskning om riskfaktorer har på senare tid kompletterats med ett intresse för faktorer som skyddar och bevarar människors hälsa. Ytterligare forskning behövs kring vilka faktorer som har en positiv inverkan på den psykiska hälsan.

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

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

Förebyggandet av ångesttillstånd är fortfarande ett väsentligen outforskat område.

<sup>55</sup> Cullberg J. Psykopatienter hjälps till bättre prognos. "Fallskärm" för första-gångsinsjuknande. *Läkartidningen* 1996;93:3992–98.

<sup>56</sup> Nationella rådet för självmordsprevention. *Stöd i självmordskriser – nationellt program för utveckling av självmordsprevention*. Stockholm. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet & Centrum för suicidforskning och prevention 1995.

### Befintliga mål och strategier

Av WHO:s 21 hälsomål för Europa omfattar det sjätte målet förbättring av den psykiska hälsan.<sup>57</sup> Av målet framgår att psykisk sjukdom och dess riskfaktorer skall reduceras, att människor bör få en ökad förmåga att hantera stressfulla livssituationer och att självmordsfrekvensen skall reduceras med minst en tredjedel.

Inom svensk hälsopolitik visar en granskning av tre decenniers utredningar på en stegvis förändring av synen på förebyggande av psykisk ohälsa. Under senare tid har i huvudsak tre angreppsområden avgränsats när det gäller hälsofrämjande åtgärder: socialt nätverk, arbete/sysselsättning samt upplevelse av sammanhang. För dessa områden finns väl underbyggda vetenskapliga underlag.<sup>58</sup>

Ett nationellt råd för självmordsprevention har tillsatts av Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet i samarbete med Centrum för suicidforskning och prevention.<sup>59</sup> Målen för verksamheten är

- 1) att varaktigt minska antalet självmordsförsök,
- 2) att därutöver så långt möjligt undanröja omständigheter som kan leda till att barn och unga tar sitt liv,
- 3) att tidigt upptäcka och försöka bryta stigande trender av självmord och självmordsförsök i utsatta grupper, och
- 4) att öka den allmänna kunskapsnivån om självmord, så att mänsklig gemenskap och samhällseliga åtgärder blir ett stöd för människor med självmordstankar eller med upplevelser av närståendes självmord/självmordsförsök.

Inom landstingens folkhälsoprogram förekommer såväl övergripande insatser som lokalt förankrade verksamheter.<sup>60</sup> När det gäller hälsofrämjande insatser betonar folkhälsoprogrammen betydelsen av stödjande miljöer, delaktighet och samverkan. Även exempel med målsättningarna att bidra till meningsfull sysselsättning och social gemenskap finns. Det förebyggande perspektivet domineras av insatser med inriktning på suicidprevention.

<sup>57</sup> World Health Organization. *Health 21 – the health for all policy for the WHO European Region – 21 targets for the 21st century*. Copenhagen 1998.

<sup>58</sup> Konarski K. *Jordmån för ett gott liv*. Idéskrift från Folkhälsogruppen, Nr 16. Stockholm. Allmänna Förlaget 1992.

<sup>59</sup> Nationella rådet för självmordsprevention. (1995). a. a.

<sup>60</sup> Arbetsgruppen för psykisk hälsa. (1999). a. a.

**Målförslag i avsnitt 10.2 i SOU 1999:137***1. Den psykiska hälsan hos barn och ungdomar skall förbättras*

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

*2. Den psykiska hälsan hos vuxna skall förbättras*

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

*3. Psykiskt och fysiskt våld skall inte förekomma*

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

#### 4. Själv mord och självmordsförsök skall minska

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

### 5.1.2 Kompletteringar

#### Nytt faktamaterial

Avsnittet om psykisk hälsa i SOU 1999:137 saknar några viktiga delar kring psykisk ohälsa; ohälsosam stress, posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, hemlöshet bland psykiskt sjuka och ett genderperspektiv på depression och suicid. En nyskriven text om stress och PTSD redovisas i kapitel 8.

#### Hemlöshet

När det gäller hemlösa personer finns å ena sidan ett samband mellan psykisk sjukdom och hemlöshet och å andra sidan mellan psykiskt störda missbrukare och hemlöshet. Det verkar som om andelen psykiskt sjuka ökar bland de hemlösa, sannolikt därför att många psykiskt sjuka har fått otillräckligt stöd i sitt boende.

”Dubbel diagnospatienter”, dvs. psykiskt störda missbrukare behandlas i ett delbetänkande från Kommittén för hemlösa.<sup>61</sup> Av delbetänkandet framgår att samsjuklighet i form av svår psykisk störning och missbruks/beroendeproblem leder till ett väsentligt ökat hjälpbehov, en svår social problematik, samt stor risk för utslagning och för tidig död. Patienterna/klienterna tillhör en högriskgrupp för självmord och självmordsförsök, då alkoholmissbruk utgör den näst vanligaste psykiatriska diagnosen efter depressioner vid självmord. Enligt en undersökning har mellan 25 procent och 40 procent av dem som tar sitt liv alkoholproblem.<sup>62</sup>

Erfarenheter visar att psykiskt störda missbrukare ofta är kända inom socialtjänsten respektive psykiatrin, som åtskilda från varandra handlägger frågor om missbruk eller psykiatrisk störning, trots att det

<sup>61</sup> SOU 2000:14. *Adressat okänd – om hemlöshetens bakomliggande orsaker och dynamik*. Delbetänkande från Kommittén för hemlösa.

<sup>62</sup> Öjehagen A. Om människor med dubbla diagnoser. I: *Alkohol och narkotika – politik, vård, och dilemman*. Stockholm. Socialvetenskapliga forskningsrådet 1999.

finns ett massivt vetenskapligt stöd för att insatserna måste ske integrerat.

### *Genderperspektiv på depression och suicid*

I ett underlag från Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa<sup>63</sup> framkommer några fakta som saknas i det tidigare betänkandet:

Vid depression är det viktigt att uppmärksamma gend skillnader. Depression tar sig olika uttryck för män och kvinnor och medför risk för underdiagnostisering bland män och därmed förhöjd självmordsrisk.<sup>64</sup> Hot mot personliga relationer är en vanlig orsak till att depression utvecklas hos kvinnor, medan för män kan skälen bestå i hot mot självkänslan eller hot mot självrespekten.<sup>65</sup>

Riskfaktorer för suicidala handlingar bland kvinnor är att de har sämre social integration och sämre psykisk och somatisk hälsa än andra kvinnor och en ohälsosammare livsstil. Det förekommer oftare suicidala handlingar bland kvinnor som är ogifta, frångskilda samt bland unga, ensamstående, yrkesarbetande mödrar<sup>66</sup> och hos kvinnor med utländsk härkomst<sup>67</sup>. Bland barn i åldern 10–15 år som intoxikerat sig förekommer flickor tio gånger oftare än pojkar.

### **Andra uppdateringar**

En studie där man undersökt effekterna av antidepressiv behandling i form av kognitiv beteendeterapi bland depressiva patienter i öppenvården visar att samtalsbehandling är lika effektiv som medicinering.<sup>68</sup>

<sup>63</sup> Ringskog, S. Depression och självmordsproblematik. Genderperspektiv. *Aktuell forskning*, 2000-06-15.

<sup>64</sup> Rutz et al: Manlig depression – stressreaktion kombinerat med serotoninbrist? *Läkartidningen* 1996 (10):1177-1178.

<sup>65</sup> Rutz et al: Manlig depression – stressreaktion kombinerat med serotoninbrist? *Läkartidningen* 1996 (10):1177-1178.

<sup>66</sup> Wasserman, D. Flest självmordsförsök bland unga frångskilda mödrar. *Social Forskning* 1990;4: 6-7.

<sup>67</sup> Ferrada-Noli, M. *Post-traumatic stress disorder and suicidal behaviour in immigrants to Sweden*. Doctoral dissertation, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institute, Stockholm, 1996.

<sup>68</sup> DeRubeis, RJ, et al. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999 July: 1007-1013.

En annan studie visar att den bästa behandlingseffekten fås genom en kombination av antidepressiv medicinering och kognitiv beteendeterapi.<sup>69</sup> Behandling av panikångest visar i en annan studie ett liknande resultat.<sup>70</sup>

Socialstyrelsens utvärdering av Psykiatrireformen<sup>71</sup> visar att förutsättningarna för att förbättra livsvillkoren för personer med psykiska funktionshinder ökat, men att mycket återstår att göra innan full delaktighet i samhället för denna grupp har uppnåtts.

Under år 2000 utkom en rapport om psykiskt störda lagöverträdare.<sup>72</sup> Uppväxtmiljö, skolgång och andra sociala förhållanden för gruppen redovisas. Omfattande kontakter med barn- och ungdomspsykiatri för denna grupp konstateras.

I betänkandet från "Elevvårdsutredningen"<sup>73</sup>, förs en diskussion om dyslexi och DAMP, barnens rätt till stöd och om diagnosernas berättigande. Detta med anledning av att fler barn idag erhåller dessa diagnoser. Elevvårdsutredningen föreslår att begreppet skolhälsovård ersätts med elevhälsa. Vidare betonas att skolor skall ha tillgång till personal med omvårdnads- och psykologisk, social, medicinsk, studie- och yrkesvägledning samt specialpedagogisk kompetens. Kommittén Valfärdsbokslut berör i sitt betänkande om välfärdens utveckling under 1990-talet bl.a. resurser och nedskärningar inom förskola, skola och fritidshem.<sup>74</sup>

I förslag till Nationell *handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*<sup>75</sup> framhålls att stödet för psykisk hälsa, framför allt för barn- och ungdomar, funktionshindrade och äldre, bör förbättras. Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet och regeringen har mot bakgrund av propositionsförslaget kommit överens om att landstingen svarar för att

<sup>69</sup> Keller, M.B, et al. A Comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and their Combination for the Treatment of Chronic Depression, *The New England Journal of Medicine*, May 18, 2000: 1462-1470.

<sup>70</sup> Barlow, D.H. et al. Cognitive-Behavioral Therapy, Imipramine or Their Combination for Panic Disorder. *JAMA*, May17, 2000:2529-2536.

<sup>71</sup> Valfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform (1999:1), Socialstyrelsen.

<sup>72</sup> Psykiskt störda lagöverträdare (2000:2). Socialstyrelsen.

<sup>73</sup> SOU 2000:19 *Från dubbla spår till Elevhälsa - i en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling*. Slutbetänkande av Elevvårdsutredningen.

<sup>74</sup> SOU 2000:3 *Valfärd vid vägska. Utveckling under 1990-talet*. Delbetänkande av Kommittén Valfärdsbokslut.

<sup>75</sup> Prop. 1999/2000:149.

- barn och ungdomar som visar tecken på problem erbjuds tidigt och adekvat stöd,
- vårdinnehållet utvecklas för barn och ungdomar med psykiska problem och missbruk,
- vårdbehoven hos ungdomar i åldersgruppen 16–25 år tillgodoses genom samordnade insatser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri,
- psykiskt funktionshindrade särskilt uppmärksammas så att deras psykiatriska och somatiska vårdbehov blir tillgodosedda genom ett utvecklat samarbete mellan landstingens primärvård, psykiatri och socialtjänsten,
- äldre med psykiatriska vårdbehov identifieras och erbjuds behandling.

### Remissinstansernas synpunkter

Många remissinstanser påpekar sambanden mellan situationen på arbetsplatserna och ohälsa. Dessa remissinstanser redovisas under kapitel 2 om arbetsliv.

*Barnombudsmannen* ställer sig bakom betänkandet, men vill speciellt lyfta fram barns och ungdomars situation. BO anser att särskilda strategier skall formuleras under psykisk hälsa för att motverka mobbing i skolan och att en särskild satsning skall göras för att minska självmord och självmordsförsök bland unga. Dessutom bör behovet av stöd för barn med traumatiska upplevelser tydliggöras.

*SIOS – Samarbetsorgan för Invandrarorganisationer i Sverige* – uttrycker oro för nyanlända flyktingar med obearbetade psykiska traumata, något som kan anses vara en varningssignal för framtida självmord och självmordsförsök. Den höga frekvensen av självmord och självmordsförsök bland ungdomar och vuxna i vissa etniska grupper är mycket alarmerande.

*LO* anser att mycket av den ökande långtidssjukskrivningen kan tillskrivas "inlåsningen" i arbetslivet; att vissa arbetare med kort utbildning hamnar i dåliga arbetsmiljöer och tvingas arbeta kvar där, trots en dålig hälsa. Detta, menar *LO*, drabbar ofta kvinnor och bidrar till belastningsbesvär, psykiska åkommor och utbrändhet. Även *Sveriges Psykologförbund* vill uppmärksamma kvinnor med låg utbildning och deras speciella utsatthet. Förbundet vill peka på att många av dem varit drabbade av ett flertal stressfaktorer, omorganisation, ökade prestations- och kompetenskrav, och att behovet av åtgärder är stort.

*Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH*, anser att kommittén i fortsättningen bör koncentrera sitt arbete med den psykiska

hälsan till ett mindre antal strategier. RSMH välkomnar kommitténs förslag att stödja självhjälpgrupper, liksom oberoende kriscentra. Båda, anser RSHM, är viktiga beståndsdelar i ett skapa förutsättningar för förbättrad social gemenskap. Även brukarbaserade nätverk är viktiga komplement till samhällets stöd.

RSMH framför förslaget om Lex Psyke, dvs. att hälsokonsekvensanalyser, med fokus på den psykiska hälsan, föregår alla kommittébetänkanden, motioner och propositioner etc. De anser vidare att det är nödvändigt att kommittén utförligt behandlar frågan om psykoterapins tillgänglighet och föreslår åtgärder. Psykoterapi anser instansen vara en av de viktigaste faktorerna för att förbättra den psykiska hälsan och frågan bör ej överlämnas till de enskilda landstingens godtycke. Även nedskärningen av psykoterapeututbildningen har negativa konsekvenser för utvecklingen av folkhälsan, varför kommittén även bör uppmärksamma denna fråga.

RSMH framhåller att människor som drabbas av psykiska eller psykosociala besvär och är i behov av kontakter med vårdgivare/myndigheter känner sig frustrerade och osäkra om konsekvenserna av exempelvis dokumentationen. Kommittén bör bl.a. initiera en översyn av den information och rådgivning som länsstyrelserna är skyldiga att bedriva. De påtalar den ökande medikaliseringen av psykiska, psykosociala och mellanmänskliga problem, som handlar om frånvaro av en djupare förståelse av individens problematik.

RSMH framför att kommittén bör belysa vilka effekter olika program eller aktiviteter inom områdena fritid, rekreation och kultur har på människors psykiska hälsa. Slutligen anser remissinstansen att kommitténs förslag om arbetsmiljö, arbetslöshet och sysslolöshet är otillräckliga. Den så kallade sociala ekonomin eller tredje sektorn måste lyftas fram och stödjas.

*Landstinget i Kronoberg* anser att ett av de allvarligaste folkhälso-problemen är att människor mår psykiskt allt sämre. Det är därför utomordentligt viktigt att man på alla nivåer i samhället arbetar mot målen att förbättra den psykiska hälsan hos barn, ungdom och vuxna. Vidare påtalar instansen det faktum att svenskarna blir allt fetare och att detta är ett hot även mot den psykiska hälsan.

*Folkhälsoinstitutet* anser att det saknas en klar definition på begreppet psykisk hälsa, samt att det saknas kunskap om området. FHI föreslår därför ytterligare en målformulering; "kunskapen kring psykisk hälsa bör öka". FHI är angelägen om att kommittén uppmärksammar homo- och bisexuella ungdomar, vilka är speciellt utsatta för psykisk ohälsa och riskbeteenden. FHI anser att kommittén dragit för stora växlar på slutsatserna av det självmordsförebyggande arbetet i Stock-

holms skolor. Det rör sig om en enstaka studie, och om preliminära resultat, varför en mer restriktiv tolkning vore av värde.

*Socialstyrelsen* anser att betänkandet genomgående ger en god bild av dagsläget, och att det är speciellt angeläget att uppmärksamma barn och ungdomar. Socialstyrelsen pekar på den tendens som visar att barns och ungdomars psykiska hälsa förefaller att försämrats. Styrelsen är förhoppningsfull när det gäller försök med familjecentraler, men vill se fortsatta utvärderingar.

När det gäller åtgärder pekar Socialstyrelsen på att många av de verksamheter som förutsätts agera under senare år drabbats av stora nedskärningar. Man efterlyser förslag som fäster uppmärksamheten på den stora grupp människor som under längre tid levt med stora psykiska problem. Socialstyrelsen uppmanar kommittén till att stödja forskning som knyter an till Aron Antonovsky och begreppet "sense of coherence".

*Västra Götalandsregionens* svar uttrycker stor oro för den växande psykiska ohälsan, framför allt när det gäller kvinnor. Svaret lyfter också fram behovet av metod- och kunskapsutveckling inom primärvården för att möta detta.

*Östhammars* och *Vilhelmina* kommuner trycker på behovet av åtgärder mot den växande psykiska ohälsan, bland barn och ungdomar och på arbetsplatser. Även *Botkyrka* och *Uddevalla kommuner*, liksom *Landstinget i Kronoberg*, ser ett stort behov av att stödja barns psykiska hälsa. Detta anser även *Umeå kommun*, som anser att det är viktigt att skapa goda sociala och ekonomiska villkor och att satsa på tidig upptäckt och tidiga stödsatser. För detta behövs metod- och kompetensutveckling. Även *Länsstyrelsen i Skåne* lyfter fram behovet av metodutveckling för att förbättra de förebyggande insatserna för barns psykiska ohälsa. Länsstyrelsen vill också fästa speciell uppmärksamhet på problemen omkring sexistiska trakasserier och sexuellt våld mot och mellan barn. Även *Landstinget i Örebro*, liksom *SKTF*, vill fästa uppmärksamhet på barns och barnfamiljers psykiska hälsa.

*Intresseförbundet för Schizofreni, Riks-IFS* anser att speciell uppmärksamhet bör riktas mot den psykiska hälsan hos barn till psykiskt sjuka. Dessa barn löper en markant ökad risk att själva insjukna i psykisk sjukdom, varför preventiva, specialiserade insatser är mycket angelägna.

*Sveriges Pensionärers Riksförbund – SPF* – vill speciellt uppmärksamma de depressioner som drabbar äldre. Det finns, menar SPF, idag mycket kunskap om hur dessa kan lindras, botas och förebyggas. Kunskapen har dock inte nått ut till landets vårdcentraler, varför de äldre inte får det bemötande de skulle kunna få. SPF efterlyser en satsning på att sprida dessa kunskaper till primärvården.

*Sveriges Dövas Riksförbund, SDR* anför att den specialiserade psykiatriska öppenvårdsservicen för döva visserligen är relativt väl tillgodosedd i tätorter. Däremot är den förebyggande psykiska hälsovården, i form av exempelvis familjerådgivning med teckenspråkig/dövkompetent service, ofta obefintlig. SDR menar att den kommunala och regionala servicen till döva måste utvecklas så att gruppen tidigt får tillgång till rådgivning och stöd.

*Kristdemokratiska ungdomsförbundet* vill motverka ensamheten i samhället, och vill uppmärksamma immateriella värden i större utsträckning. Förbundet vill också se en ökad satsning på primärvården.

*Riksföreningen PsykoterapiCentrum, RPC* beklagar att kommittén ej har fört fram förslag angående kriscentra och psykoterapi för dem som råkat i känslomässiga svårigheter. RPC anser att dessa förslag skall ses som en form av förebyggande arbete då det gäller psykisk ohälsa på samma sätt som man tillskapar föräldragrupper och andra grupper i förebyggande syfte. Tidigare möjligheter till psykoterapi har kraftigt beskurits vilket medfört att resurssvaga grupper i mindre utsträckning kunnat erhålla behandling. Dessutom prioriteras svårare psykiska sjukdomar inom den psykiatriska vården, vilket omöjliggör samtalsterapi för sådana tillstånd som bedöms som mindre allvarliga. Det råder också en regional ojämlikhet i bedömningen av psykoterapi-behovet. För övrigt ansluter sig RPC sig i sak till betänkandet. Föreningen vill dock trycka på behovet av ytterligare resurser som krävs inom skolornas och mödra- och barnhälsovårdens resursteam, och att resurstillskotten även bör följas av kompetensutveckling.

*Riksorganisationen SPES – suicidprevention och efterlevandestöd* – lyfter fram den växande ohälsan bland barn och ungdomar, och speciellt det ökande antalet depressioner. SPES framhåller även behovet av olika typer av stöd- och självhjälpsgrupper. Det gäller både för personer som är deprimerade eller i kris, och därmed riskerar att försöka ta sitt liv, och det gäller stödet till närstående. SPES anser att suicidprevention bör ingå som en naturlig del i arbetsmiljöutbildningen och kopplas till arbetsplatsens krisplanering, att debriefing för arbets- och klasskamrater, lärare behövs när någon har tagit sitt liv eller gjort ett allvarligt försök. Vidare att skolpersonal får ökad kunskap om suicidprevention. SPES vill skapa en "nollvision" för suicid samt verka för att begreppet "själv mord", som man anser fördömande, arbetas bort och ersätts med "suicid".

*Uddevalla kommun* ser en tydlig koppling mellan självmordsprevention och depressionsbehandling, som man menar bör lyftas fram.

*Ombudsmannen för diskriminering på grund av sexuell läggning – HomO* – anser att speciell uppmärksamhet måste riktas mot unga

homo- och bisexuella, vilka utgör en utsatt grupp med ett riskfyllt beteende. Av största vikt är också att förebygga självmord i denna grupp.

*Handikappombudsmannen* påtalar behovet av att barn med neuropsykiatriska besvär får en adekvat diagnos och behandling, något som HO anser att folkhälsoarbetet bör fokusera på. *Socialhögskolan i Stockholm* anser att familjecentraler är en företeelse som bör utvecklas, och pekar samtidigt på behovet av att utvärdera dessa. *Ungdomsstyrelsen* pekar på ungdomsmottagningarnas stora betydelse för ungdomars tillgång till stöd och rådgivning. *Norrbottnens läns landsting* uttrycker stor oro för de ungas psykiska hälsa, och förordar stora och breda satsningar för att komma till rätta med problemet.

*Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar* vill uppmärksamma de problem som drabbar rörelsehindrade barn och deras familjer. Ofta drabbas mödrarna av belastningsproblem och psykisk utmattning.

*Jämtlands läns landsting* vill fästa uppmärksamheten på skolan som miljö, och då framför allt på stressen och ohälsan bland många lärare. En förutsättning för att kunna utveckla arbetet med eleverna är att personalen mår bättre.

### 5.1.3 Bedömning

Allmänt framgår av remissinstansernas synpunkter att området psykisk hälsa uppfattas som synnerligen viktigt och angeläget att prioritera. Förekomst, utbredning, orsakssamband och effekter av insatser är komplexa och svårfångade. I sina svar pekar remissinstanserna framför allt på vikten av att satsa på barns och ungdomars psykiska hälsa, på suicidprevention, på stress och hälsoskillnaderna som manifesteras inom skola och arbetsliv.

Kropp och psyke är en helhet och när individen utsätts för påfrestringar påverkas både den fysiska och psykiska hälsan. Den psykiska ohälsan i form av trötthet, oro, ångestkänslor, nedstämdhet, sömnproblem och psykosomatiska besvär ökar. Sjukskrivningar med psykiska och psykosomatiska besvär har ökat kraftigt under de sista åren. Yngre, kortidsutbildade kvinnor uppvisar de största försämringarna. Samtidigt är det svårt att mäta den psykiska ohälsan över tid, eftersom människors attityder förändras. Attitydförändringar påverkar även hur läkarintyg skrivs. Självmord har minskat bland vuxna, men är fortfarande den vanligaste dödsorsaken bland män under 45 år. Bland unga har antalet självmord varit relativt oförändrat under många år. Oavsett hur mycket den psykiska ohälsan har ökat så är den av den storleksordningen att den är ett allvarligt hot mot folkhälsan.

Människor är olika sårbara för psykiska och fysiska påfrestningar i livet, en sårbarhet som delvis är genetiskt betingad men framför allt påverkas av villkoren under barndomen. Att stärka en trygg anknytning mellan barn och föräldrar under de första levnadsåren är en viktig insats för att främja den psykiska hälsan för hela livet. Därutöver är insatser under förskole- och skolperioden av yttersta vikt. Barns och ungdomars tillgång till en bred psykosocial kompetens i skolan är angeläget. Förskola, grundskola och gymnasium bör finna nya former att stödja föräldrar att engagera sig i barnens skolgång. Detta är av särskild betydelse för föräldrar i socialt utsatta områden och föräldrar med svaga resurser.<sup>76</sup> När det gäller de ”nya” barnpsykiatriska diagnoserna, dyslexi och DAMP, skall inte diagnos vara en förutsättning för att ge särskilt stöd i skolan. I kapitel 6 om barn och ungdom och i kapitel 9 om utbildning redovisas förslag om barns hälsa.

Samtidigt befinner sig människor ständigt i utveckling och påverkas av den situation man befinner sig i. Det betyder att även den person som haft goda uppväxtvillkor kan bli ytterst sårbar om påfrestningar i livet blir för stora. Men det betyder också att den som från början haft en otrygg barndom kan utvecklas till att psykiskt må bra, om omständigheterna i livet blir gynnsamma.

Om man är utsatt för negativ stress, dvs. att ha mycket att göra men liten kontroll över sitt arbete, så är det en grogrund för psykisk ohälsa. Stressreaktioner utlöses också av att människor har för lite att göra, att inte känna sig behövda, inte känna att man har kontroll över tillvaron eller att man inte ingår i en gemenskap.

Idag kan man konstatera att situationen i arbetslivet är en viktig förklaring till den ökande rapporterade psykiska ohälsan, eftersom ohälsan så tydligt följer vissa typer av arbetssituationer. Ekonomisk stress, otrygga ekonomiska förhållanden, viss form av segregation, arbetslöshet, diskriminerande behandling – är andra faktorer som påverkar utvecklandet av psykisk ohälsa.

Att stärka den sociala gemenskapen genom olika stödjande sociala miljöer, nätverk och föreningsliv i civilsamhället är viktigt för att vi som individer skall känna att vi ingår i ett sammanhang och att vi vet att vi kan få hjälp när vi behöver.

Det finns också starka samband mellan psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor som t.ex. rökning, alkoholmissbruk och fysisk inaktivitet. Att bli stärkt i sin självkänsla och i viljan att överleva inte bara för stunden, utan också på sikt, är avgörande för människors val av levnadsvanor.

<sup>76</sup> Durlak, J. *Successful Prevention Programs for Children and Adolescents*. Plenum, New York, 1997.

Människor har stort behov av återhämtning, naturen har visat sig ha en särskilt stor betydelse för att minska stressreaktioner. Stadsplanering och hur lekmiljöer och uteplatser vid särskilda boenden ser ut är viktigt. Bland äldre är psykisk oro mycket vanligt. Brist på sociala relationer men också att inte kunna komma ut är viktiga faktorer som påverkar den psykiska hälsan hos vissa äldre och funktionshindrade.

Inom hälso- och sjukvården finns möjligheter att tidigare än idag upptäcka psykiska problem och t.ex. signaler om självmordsbenägenhet. Man kan också initiera stöd till människor som i olika avseenden behöver stöd i krissituationer. Att förebygga, tidigt upptäcka och behandla depressioner kan innebära en suicidprevention. Den huvudsakliga behandlingen vid depressioner är idag av farmakologisk art och detsamma gäller behandlingen av ångest. Behandlingsresurserna vad gäller samtalsterapi är i de flesta delar av landet ytterst begränsade och har t.o.m. minskat, trots att forskning visar betydelsen av samtalsterapi. Flera remissinstanser har också påtalat betydelsen av att detta. Ibland kan en kort samtalsserie räcka och kan då ses som en preventiv insats, även i de fall individen har lättare symtom som oro, stress, nedstämdhet.

Om människor upplever sin psykiska hälsa som god, så minskar också sårbarheten för olika sjukdomar och påfrestningar. Den psykiska ohälsan är en stor utmaning för det svenska samhället och folkhälsan. För att bevara och förbättra människors psykiska hälsa behövs insatser inom ett stort antal områden. Ingen sektor kan säga att man inte är berörd i något avseende.

Forskningen om psykisk hälsa bör förstärkas, i synnerhet när det gäller sådana faktorer som har en positiv inverkan på den psykiska hälsan.

## 5.2 Skador<sup>77</sup>

### 5.2.1 Sammanfattning av avsnitt 10.3 i SOU 1999:137

#### **Förekomst av skador**

##### *I befolkningen*

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

År 1996 registrerades i Sverige över 4 000 dödsfall till följd av skador, varav 2 353 dödsfall till följd av olyckshändelser, 1 253 dödsfall genom självmord och 110 dödsfall genom våld. Dessutom har 410 dödsfall till följd av skador med osäkert uppsåt registrerats. Varje år vårdas drygt en miljon människor i Sverige i slutenvård eller uppsöker läkare till följd av skador.

Närmare 75 procent av samtliga olycksfallsskador inträffar i bostaden, i skolan, under friluftsliv, vid motion eller vid idrott.<sup>78</sup> År 1996 inträffade 35 623 arbetsolycksfall och 10 747 färdolycksfall (olycksfall som inträffar på väg till eller från arbetet). Samma år polisrapporterades 15 416 vägtrafikolyckor i Sverige. Därvid omkom 537 personer medan 3 837 personer skadades svårt.<sup>79</sup> En tiondel av alla som dödas och nästan hälften av alla som skadas i trafiken är cyklister. Mer än var tredje skadad cyklist har huvudskador.<sup>80,81</sup>

<sup>77</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Programchef, professor Lothar Schelp, Folkhälsoinstitutet, har biträtt sekretariatet med faktauppdateringar.

<sup>78</sup> Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18.

<sup>79</sup> Statistiska centralbyrån. *Trafikskador 1996*. Stockholm 1997.

<sup>80</sup> Folkhälsoinstitutet. *På väg mot ett skadefritt Sverige*. Rapport 1996:117.

<sup>81</sup> SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling. Förslag till nationellt handlingsprogram*. Betänkande av Miljöhälsoutredningen. Stockholm 1996.

### *Olika åldersgrupper*

Skador är den vanligaste dödsorsaken för barn, ungdom och yngre vuxna och svarar för flest förlorade levnadsår i åldrarna upp till 44 år. I åldrarna 15–44 år är självmord den vanligaste enskilda dödsorsaken. Dödsfall bland äldre till följd av skador orsakas främst av fallolyckor.

### *Män och kvinnor*

Kvinnor i alla åldrar skadas mindre än män i motsvarande ålder. Det föreligger skillnader mellan kvinnor och män avseende skadegrupp (olycksfallsskada, självtillfogad skada och våldsrelaterad skada), skademiljö (arbete, bostad, trafik, fritid), skadetyper och skadornas konsekvenser (dödsfall, slutenvård).

Det är dubbelt så vanligt att män begår självmord som att kvinnor gör det. Självmordstankar och självmordsförsök är däremot vanligare bland kvinnor än män i alla åldrar, utom i åldersgruppen över 75 år.<sup>82</sup>

### *Socioekonomiska grupper*

Barn till tjänstemän har betydligt lägre dödlighet i olycksfallsskador än barn till arbetare eller jordbrukare.<sup>83</sup> För vuxna har skadedödligheten mellan åren 1981–1992 varit dubbelt så hög bland manliga ej facklärdade arbetare som bland män med tjänstemannayrken på mellan- och högre nivå.<sup>84</sup>

### *Etniska grupper*

Ungdomar i åldern 15–18 år, med ursprung utanför Europa, har en trefaldigt ökad risk att dö i självmord. Barn med utländskt ursprung har en ökad risk att skadas i bilolyckor och i cykelolyckor under tidiga skolår, i bostaden under spädbarns- och förskoleåren samt i skolan under skolåren.<sup>85</sup> För vuxna är risken för arbetsolycksfall drygt 20 procent högre bland invandrare än för den svenskfödda befolkningen, vilket dels

<sup>82</sup> Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18.

<sup>83</sup> Folkhälsoinstitutet. *Samhällets olycksbarn*. Stencil 1998.

<sup>84</sup> Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18.

<sup>85</sup> Hjern A. *Migration till segregation. En folkhälsorapport om barn med utländskt ursprung i Stockholm*. Centrum för barn och ungdomshälsa. Rapport 1998:1. Stockholm.

beror på vilket yrke de arbetar inom dels på ursprung. Personer från Latinamerika är överrepresenterade när det gäller arbetsolycksfall.

### Effekter

Den mänskliga kostnaden för skador i form av lidande, sorg och funktionsnedsättningar är omfattande. De psykosociala konsekvenserna kan vara väl så stora som de rent medicinska skadorna. Kring varje person som begår självmord finns det t.ex. i genomsnitt fem närstående personer.<sup>86</sup>

De samhällsekonomiska kostnaderna för personskador uppgick år 1990 till 63 miljarder kronor.<sup>87</sup> Omkring 10 procent av vård dagarna vid sjukhusen ägnas åt vård av skadefall. Den sammanlagda vårdtiden uppgår till en miljon vård dagar.<sup>88</sup>

### Orsaker

Människans utsatthet för skaderisker är en kombination av samhällets välfärdsnivå, den fysiska och sociala miljöns utformning och innehåll samt individens handlingsmönster. Därför är skador till följd av olyckshändelser, våldshandlingar och självmord/självmordsförsök komplexa fenomen med multifaktoriella orsaker. Skadehändelser uppträder inte slumpmässigt i befolkningen utan är i stor utsträckning knutna till exponering för farliga miljöer. Risken att drabbas av skador finns i alla miljöer där människor vistas och därmed utgör teoretiskt alla åldersgrupper mer eller mindre potentiella riskgrupper. När problemen skall analyseras och åtgärdas är det därför önskvärt att ett tvärsanktoriellt angreppssätt tillämpas.

Olycksfallsskador uppstår som ett resultat av en störning i samspelet mellan människan, den fysiska och sociala miljön och ett objekt.<sup>89</sup>

Självmordshandlingar kan ofta ses som en konsekvens av en eller flera bakomliggande riskfaktorer. Ofta rör det sig om flera samverkande faktorer, som personlighetsstörning, olika former av missbruk,

<sup>86</sup> Folkhälsoinstitutet. *Om livet känns hopplöst. Stöd till självmordsnära medmänniskor*. Rapport 1996:116.

<sup>87</sup> Folkhälsoinstitutet. *Samhällets utgifter för personskador*. Rapport 1994:9.

<sup>88</sup> Björnstig U. Skadeprevention har givit stora vinster. *Läkartidningen* 1999;96:182–187.

<sup>89</sup> Bjärås G, Schelp L, Svanström L. *Att registrera och förebygga olycksfall*. Tidens förlag. Stockholm 1989.

relationsproblem, upplevelser av kränkningar, sociala och ekonomiska problem samt psykisk eller kroppslig sjukdom.<sup>90</sup>

Våld kan generellt sägas vara en indikator på utsatthet. Barnmiss-handel har vanligtvis flera orsaker. I familjer där barn misshandlas finns ofta olika riskfaktorer och problem. Kvinnomisshandel har nyligen utretts av Kvinnovåldskommissionen.<sup>91</sup> Orsaker till mäns våld mot kvinnor beskrivs som komplicerade. Orsakerna måste sökas på individualpsykologiska, socialpsykologiska och strukturella nivåer, men måste också ses ur ett könsmaktsperspektiv.

Skaderiskerna i arbetsmiljön är starkt relaterade till sociala faktorer, yrke, ålder och kön. Skadornas fördelning visar att yrkesgrupper inom tillverkningsindustrin löper långt större risk för arbetsolycksfall än arbetstagare inom ledande och administrativa yrken. Kvinnor drabbas i arbetslivet av våld och hot i större utsträckning än män. 16 procent av kvinnorna och 8 procent av männen anser att risken för att bli utsatt för våld på arbetsplatsen har ökat.<sup>92</sup>

Samhällsutvecklingen under 1990-talet, har bl.a. inneburit besparingar och omorganisationer inom många verksamheter. Detta kan medföra att risken för skador ökar.

### Påverkansmöjligheter

Sverige har, i ett internationellt perspektiv, haft stora framgångar i det skadeförebyggande arbetet. Det har under 1900-talet skett en dramatisk minskning i skaderelaterad dödlighet för kvinnor och män i Sverige, vilket delvis är ett resultat av tvärsektoriellt organiserade skadeförebyggande insatser. Detta beror på långsiktiga satsningar som har baserats på epidemiologiska data och forskning kring mekanismer i skadeförloppet respektive forskning om preventionsstrategier.<sup>93</sup> De förebyggande program som har visat sig fungera bra innefattar en bred tvärsektoriell samverkan mellan praktiker, forskare och olika samhällssektorer på lokal, regional och nationell nivå.

<sup>90</sup> Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention, Socialstyrelsen. *Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention*. Stockholm 1995.

<sup>91</sup> SOU 1995:60. *Kvinnofrid*. Huvudbetänkande av Kvinnovåldskommissionen.

<sup>92</sup> Arbetarskyddsstyrelsen, Statistiska centralbyrån. *Arbetsmiljön 1997*. Stockholm 1998.

<sup>93</sup> Haglund BJA, Svanström L. *Evidensbaserad skadeprevention. Om effekter och effektivitet i olycksfalls-, skade- och våldsförebyggande arbete*. Karolinska Institutet och Folkhälsoinstitutet, Rapport 1999:22.

Det finns ett flertal vetenskapliga utvärderingar av lokala skadeförebyggande program enligt modellen för "En säker och trygg kommun". Utvärderingarna visar att en minskning av antalet olycksfallsskador har skett med upp till 30 procent efter ett par års intervention.<sup>94,95,96,97</sup>

### Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Det finns några områden som har behov av samlade och långsiktiga satsningar. Det gäller framförallt åtgärdsinriktad forskning kring ojämlikhet i skaderisker, forskning kring konsumentssäkerhet samt olika datas kvalitet och tillämpbarhet. Eftersatta områden är forskning om socialt definierade risker för olycksfallsskador, våld och självmord/självmordsförsök, skador hos äldre människor samt studier om orsaksmonster till fallolyckor.

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

### Befintliga mål och strategier

År 1998 antog Sverige tillsammans med övriga medlemsländer i WHO:s europaregion en ny hälsopolitisk strategi med 21 mål – Hälsa 21. WHO:s förnyade mål sträcker sig fram till år 2020. Där föreslås att för barn och ungdomar skall dödlighet och funktionsnedsättningar till följd av våld och olycksfallsskador minska med minst 50 procent. När det gäller psykisk hälsa säger man att självmordsfrekvensen skall minskas med åtminstone en tredjedel. Antalet nya fall av, liksom död-

<sup>94</sup> Schelp L. Community intervention and changes in accident pattern in a rural Swedish municipality. *Health Promotion* 1989;2:109–125.

<sup>95</sup> Lindquist K, Timpka T, Schelp L, Åhlgren M. The WHO Safe Community program for injury prevention: evaluation of the impact on injury severity. *Public Health* 1998; 112:385–391.

<sup>96</sup> Svanström L, Ekman R, Schelp L, Lindström Å. The Lidköping accident prevention programme – a community approach to preventing childhood injuries in Sweden. *Injury Prevention* 1995;1:169–172.

<sup>97</sup> Wasserman D. Självmord – ett försummat folkhälsoproblem. *Läkartidningen* 1998;95:5593–5597.

ligheten och hälsokonsekvenserna av våld i hemmet, genusrelaterat våld och organiserat våld skall minska med åtminstone 25 procent.

Innebörden av mål kring olycksfall och våld är att det skall ske en påtaglig och bestående minskning av antalet skador, funktionsnedsättningar och dödsfall till följd av olycksfall och våld. Målet avser dels trafikolycksfall, dels alla typer av olycksfallsskador på arbetsplatser, i hemmen och på fritiden.

### *Nationella mål*

Några officiella mål för det förebyggande arbetet inom alla skademiljöer har hittills inte slagits fast i Sverige. Riksdagen har beslutat att det långsiktiga målet för trafiksäkerheten skall vara att ingen skall dödas eller skadas allvarligt till följd av trafikolyckor (nollvisionen). Transportsystemets utformning och funktion skall anpassas till de krav som följer av detta.<sup>98</sup> Det övergripande hälsomålet att ingen skall skadas på grund av förebyggbara olycksfallsrisker har fastställts i regeringens proposition om Svenska miljömål.<sup>99</sup>

Riksdagen har också antagit etappmål som innebär att antalet personer som dödas i trafikolyckor bör ha minskat med minst 50 procent till år 2007, från 1996 års nivå.

År 1994 påbörjades ett arbete med att formulera mål och strategier för självmordsprevention. Arbetet bedrivs av Socialstyrelsen och Nationella rådet för självmordsprevention som har tillsatts av Folkhälsoinstitutet i samarbete med Centrum för suicidforskning och prevention.<sup>100</sup> Det förebyggande arbetet kan ske genom allmän självmordsprevention, indirekt självmordsprevention och direkt självmordsprevention.

I regeringens proposition 1997/1998:55, Kvinnofrid, lämnades gemensamma uppdrag till myndigheter inom rättsväsendet, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. De skall bl.a. förebygga brott, utarbeta åtgärdsprogram och samverka med andra.

<sup>98</sup> Proposition 1996/97, betänkande 1997/98:TU4, riksdagsskrivelse 1997/98:11.

<sup>99</sup> Proposition 1997/1998:145. Svenska miljömål. Miljöpolitik för ett hållbart Sverige.

<sup>100</sup> Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention, Socialstyrelsen. *Stöd i självmordskriser. Nationellt program för utveckling av självmordsprevention*. Stockholm 1995.

*Samverkan mellan olika aktörer*

Under de senaste årtiondena har skadepreventionen fokuserat på utvecklingen av nya strategier där samhällsinterventionsmodeller används. På svenskt initiativ lanserades år 1989 konceptet om En säker och trygg kommun, som ingår som en viktig strategi i både Folkhälsoinstitutets nationella och WHO:s globala skadeförebyggande program. Modellen för lokalt skadeförebyggande arbete kan tillämpas i såväl utländer som i-länder. En viktig strategi är att nå ut till breda grupper av aktörer som på olika sätt kan bidra till och påverka det skadeförebyggande arbetet. Utgångspunkter är de sociala, ekonomiska och politiska strukturer samt de organisationer som finns i en kommun, en kommun-del eller en stadsdel. Arbetet bedrivs utifrån hela miljön och inte enbart utifrån individens riskbeteende. De åtgärder som genomförs får därigenom en större genomslagskraft.

**Målförslag i SOU 1999:137***1. Skador, funktionsnedsättningar och dödsfall till följd av olyckshändelser, våldshandlingar och självtillfogade skador skall minska.*

- Ett nationellt heltäckande skaderegister skall byggas upp. Registret skall omfatta alla skador som blir kända i samband med sjukhusvård, öppenvård, primärvård, tandvård, verksamhet i förskola och skola. Registret skall vara geografiskt heltäckande.
- Dödlighet och funktionsnedsättningar till följd av olycksfall i boende-, fritids- och arbetsmiljön skall minska med 25 procent till år 2010.
- Sjukdomsburden i dödlighet och funktionsnedsättning till följd av skador i trafikmiljön skall minska med 5 procentenheter per år till år 2010.
- Dödlighet och funktionsnedsättning till följd av våld och olycksfall bland barn och ungdomar skall minska med minst 25 procent till år 2010.
- Självordsfrekvensen skall minska med minst 25 procent till år 2010.
- Omfattningen av och dödlighet till följd av våld och dess hälsokonsekvenser skall minska med minst 15 procent till år 2010.
- Elevers simkunnsighet skall följas upp av skolan.
- Användningen av cykelhjälm skall öka.

2. *Samarbetet mellan statliga myndigheter, landsting, kommuner och näringslivet skall förbättras för att utveckla säkerhetstänkandet och utvecklingen av säkra produkter.*
3. *Modellen En säker och trygg kommun skall utvecklas och stödjas så att arbetssättet sprids till fler kommuner i landet.*

## 5.2.2 Kompletteringar

### Remissinstansernas synpunkter

#### *Allmänna synpunkter*

*Arbetskyddsstyrelsen* anser att målet om 25 procents minskning av dödlighet och funktionsnedsättningar till följd av skador i arbetsmiljön till år 2010 är realistiskt, med tanke på den snabba nedgång av dödsolyckor som skett. Däremot blir minskningen av antalet olyckor svårare ju lägre utgångstalet är.

*Barnombudsmannen* är kritisk till formuleringen "trafikskadorna skall minska", eftersom det kan ge intrycket att trafikolyckorna är den största skaderisken i samhället. BO:s egen statistik visar att små barn oftare dör av olyckor i boende- och fritidsmiljön än i trafiken. BO vill att definitionen av simkunnighet skall följa Svenska Livräddningssällskapets normer. Man vill också betona ansvaret för säkra produkter till barn och ungdomar.

*Boverket* anser att formuleringen "trafikskadorna skall minska" är för vag och tycker att målet bör bringas i samklang med det transportpolitiska målet "En säker trafik". Man anför vidare att kollektivtrafiken och cykeltrafiken skall öka, bilpooler stimuleras, miljöstimulerande vägavgifter införs och att den generella hastigheten bör sänkas i städerna.

*Rikspolisstyrelsen* pekar på att man inom verket håller på att utveckla en strategi för att förebygga rasism, främlingsfientlighet och homofobiska brott. De förespråkar ett väl utbyggt vägverk för att minska trafikskadorna. Övervakningen av trafikonykterhet har på senare år skärpts.

*Räddningsverket* påpekar att kommittén inte hanterat olyckor med små sannolikheter men stora konsekvenser. Eftersom riskhanteringen vid verksamheter som kan generera sådana olyckor bygger på andra strategier än vid verksamheter som kan generera s.k. "vardagsolyckor" finner verket att detta är en allvarlig brist.

*Umeå kommun* anser att skadeförebyggande åtgärder å ena sidan kan bestå av att eliminera eller minska exponeringen för skaderisker

och å andra sidan i skyddsutrustning, restriktioner eller begränsningar. Det är här viktigt att uppmärksamma rätten att röra sig fritt och att skadeförebyggande ej innebär inskränkningar i rörelsefriheten.

*Uddevalla kommun* vill se en tydlig koppling mellan vålds- och drogförebyggande arbete. Man pekar på att det ofta är svårt att engagera näringslivet i det förebyggande arbetet men att engagemang i brottsförebyggande arbete kan vara en ingång.

*Samarbetsorganet för invandrarorganisationer i Sverige* anser att det behövs speciella insatser gentemot riskgrupper som invandrare, som är överrepresenterade när det gäller skador.

*Nordiska Hälsovårdshögskolan* anser att kommittén i alltför liten utsträckning tagit hänsyn till ojämlikhetsperspektivet, avseende såväl kön som klass, och efterlyser ytterligare strategier.

*Pensionärernas RiksOrganisation* föreslår en kartläggning av äldres boendemiljöer för att motverka skador i boendemiljön. *Sveriges Pensionärsförbund* vill att det skadeförebyggande arbetet för äldre prioriteras.

### *Nationellt skaderegister*

*Arbetskyddsstyrelsen* delar uppfattningen om behovet av ett nationellt heltäckande skaderegister.

*Konsumentverket* stödjer också förslaget om ett nationellt skaderegister. Man vill också uppmärksamma produkternas roll i samband med olyckor.

*Socialstyrelsen* förutsätter att förslaget om skaderegister bygger på och utgör ett stöd för det utvecklingsarbete som redan pågår vid EpC.

*Barnombudsmannen* stöder utvecklingen av skaderegister, men anser att dessa gör mest nytta på lokal nivå. BO vill också inkludera en registrering av "tillbud som nästan blev en olyckshändelse".

*Handikappombudsmannen* påpekar att kommittén inte vägt kostnaderna mot nyttan av att lägga upp ett skaderegister.

*Räddningsverket* är tveksamt till nyttan av att bygga upp ett nationellt register.

*Vägverket* anser att kommitténs förslag är alltför omfattande för att vara realistiska. Man anser att arbetet bör koncentreras kring skador som orsakar dödsfall och invaliditet.

*Umeå kommun, Uddevalla kommun, Hallands och Jämtlands landsting* och *Landstinget Gävleborg* är positiva till ett skaderegister. *Västra Götalandsregionen* anser att detta bör placeras hos EpC på Socialstyrelsen, *Centrum för Skadeprevention i Stockholms läns landsting*

förordar att ett register bör byggas upp efter det s.k. GIS-systemets principer.

#### *Våld mot kvinnor*

*Rikspolisstyrelsen* påpekar att insatserna för att förebygga brott mot kvinnor och barn skall intensifieras och förbättras.

*Socialstyrelsen* påpekar att man i februari i år inbjöd myndigheter med uppdrag att bekämpa våld mot kvinnor till en diskussion om en utvecklad och fördjupad modell för nationell samverkan.

*Riksorganisationen för kvinnojourer i Sverige* finner det märkligt att kommittén inte uppmärksammat mäns sexualiserade våld mot kvinnor. Man uppmanar kommittén att ta till sig innehållet i Kvinnofridspropositionen. Även *RFSU* föreslår ökade insatser mot manligt våld.

#### **Andra uppdateringar av sakunderlaget**

Enligt WHO omkom år 1998 5,8 miljoner människor i världen till följd av skador. År 1997 registrerades i Sverige över 4 000 dödsfall till följd av skador, varav 2 595 dödsfall till följd av olyckshändelser, 1 526 dödsfall genom självmord och 94 dödsfall genom våld.

År 1997 inträffade 34 835 arbetsolycksfall och 10 582 färdolycksfall med personskada. 98 personer dödades vid olycksfall i arbetet. Under år 1999 polisrapporterades 15 827 vägtrafikolyckor med personskada i Sverige. Därvid omkom 580 personer medan 4 043 personer skadades svårt.

Nyligen föreslog *Konsumentpolitiska kommittén* (SOU 2000:29) bl.a. att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram ett underlag till ett nationellt heltäckande skaderegister med data från hälso- och sjukvården och samordna detta med de behov av särskild information som finns angående t.ex. hem- och fritidsskador.

I utredningen *Barnombudsmannen – företrädare för barn och ungdomar* (SOU 1999: 65) tas bl.a. upp frågor om barns lek- och utemiljö. Utredningen anser att ansvaret för olika sakfrågor bör ligga på sektorsansvariga myndigheter, men att det samordningsansvar för barnsäkerhetsfrågor, som Barnombudsmannen har idag, i stället bör överföras till Folkhälsoinstitutet och integreras i institutets nationella skadepreventiva program.

*Trafikansvarsutredningen* (SOU 2000:43) behandlade den gällande lagstiftningen inom vägtransportsystemet, som i huvudsak ensidigt pekar ut individerna som ansvariga för trafikolyckor och trafikskador.

Detta bidrar enligt utredningens mening till en felaktig inställning till hur vi kan skapa trafiksäkerhet och motverkar trafiksäkerhetsarbetet. Utredningen föreslår att riksdagens principbeslut om Nollvisionen och systemutformarnas ansvar för säkerheten i vägtrafiken lagregleras. Utredningen föreslår också att en särskild tillsynsmyndighet, Vägtrafikinspektionen, inrättas med uppgift att säkerställa ändamålet med den nya lagen.

Under hösten år 2000 kommer Folkhälsoinstitutet att utses till ett "Affiliate Support Centre for Safe Communities" av Världshälsoorganisationen (WHO) och har därmed ett ansvar att utveckla, stödja och sprida modellen En säker och trygg kommun

### 5.2.3 Bedömning

Flera remissinstanser har lämnat värdefulla synpunkter på kommitténs skadekapitel. En del synpunkter ligger dock på en sådan detaljeringsnivå att de inte kan ingå i slutbetänkandet. Det har inte framkommit några uppfattningar som ifrågasätter kommitténs tidigare förslag till mål och åtgärder på skadeområdet. Däremot bör vissa omformuleringar och kompletteringar göras.

Inom både arbetarskydds- och trafiksäkerhetsarbetet tillämpas ett tänkande som uttrycks i den s.k. nollvisionen, dvs. "systemansvariga" tar ett stort ansvar för att undvika skador och ohälsa. På samma sätt skall den s.k. "ansvars- och finansieringsprincipen" fungera när det gäller tillgänglighet för funktionshindrade. Varje sektor i samhället skall ta ansvar för att dess verksamhet är tillgänglig för funktionshindrade. Alla sektorer i samhället, offentliga såväl som privata, bör enligt principerna ovan ha ett ansvar för att hälsorisker undviks. Detta bör vara särskilt tydligt när det gäller att undvika skador.

En effekt av den ökande fattigdomen bland barnfamiljer kan vara att man köper billiga produkter av sämre kvalitet, samt att man inte anser sig ha råd att förse barnen med säkerhetsutrustning såsom cykelhjälmar och flytvästar.

Olyckshändelser med små sannolikheter men med stora konsekvenser, dvs. stora olyckor och katastrofer, kan ha stor betydelse för antalet dödade och skadade personer i olyckor under ett år (t.ex. Estonia-katastrofen och diskotekbranden i Göteborg). Det skulle vara nödvändigt med ett nytt omfattande faktaunderlag för att kunna bedöma om det krävs nya åtgärder för att förhindra eller mildra effekterna av oväntade olyckor. Av den anledningen behandlas inte frågan här.

Frågan om ett nationellt skaderegister har granskats särskilt och bedöms som angeläget. Som bas för det säkerhetsfrämjande och skade-

förebyggande arbetet på läns- och kommunnivå är det dessutom angeläget med regionala skaderegister med en större detaljeringsnivå än ett nationellt register.

Flera remissinstanser anser att användning av cykelhjälm för att reducera skadornas omfattning skall öka. En del förordar en lagstiftning för cykelhjälm eftersom information inte givit nödvändig effekt. Andra vill hellre ha information än lagstiftning. Det finns förmodligen inte tillräcklig acceptans i befolkningen för införande av lagstiftning för användande av cykelhjälm. Det är dessutom en skyddsåtgärd som endast riktas mot den enskilde individen, ingen annan skadas om det inträffar en skada på grund av att cykelhjälm inte använts. När den typen av lagstiftning genomförs är det väsentligt att det finns en hög allmän acceptans för åtgärden. I dagsläget finns anledning att förstärka informationsinsatserna kring betydelsen av att använda cykelhjälm.

Folkhälsoinstitutets nationella skadeprogram arbetar med sektorsövergripande samverkan med myndigheter. Inom institutet finns kompetens vad gäller skadeepidemiologi och prevention, interventionsstrategier, evaluering samt tvärvetenskapligt forskningssamarbete med universitet och högskolor. Medarbetare inom skadeprogrammet representerar Sverige i internationella sammanhang. Folkhälsoinstitutet bör kunna vara den expertmyndighet som ansvarar för den sektorsövergripande uppföljningen och utvärderingen av insatser på skadeområdet med utgångspunkt i de nationella folkhälsomålen.

## 5.3 Hudcancer<sup>101</sup>

### 5.3.1 Sammanfattning av avsnitt 10.4 i SOU 1999:137

#### **Förekomst av hudcancer i befolkningen**

I Sverige registreras varje år drygt 40 000 nya cancerfall, av vilka 10 procent utgörs av hudcancer.<sup>102</sup> Den allvarligaste formen är malignt melanom. En annan typ är skivepitelcancer. Till dessa skall läggas ett stort antal nya fall av basalcells cancer, uppskattat till cirka 25 000 per år.

Hudmelanom har ökat kraftigt de senaste tjugo åren och enligt senaste data (1997) ligger ökningen på 3,4 procent per år för män och på 2,3 procent per år för kvinnor. Även skivepitelcancer ökar bland både kvinnor och män. Skivepitelcancer i huden liksom basalcells cancer förekommer huvudsakligen hos äldre individer. Hudmelanom förekommer i alla åldrar utom hos barn och är vanligare bland grupper med högre socioekonomisk tillhörighet. För övriga hudcancerformer föreligger viss överrepresentation hos yrkesgrupper med utomhusarbete. Stora geografiska skillnader föreligger av melanomsjukdomens utbredning i världen. Även i Sverige förekommer sådana skillnader.

#### **Effekter för individ och samhälle**

Vetenskapligt stöd föreligger för ett samband mellan utsatthet för solens ultraviolette (UV) strålning och samtliga tre hudcancerformer.<sup>103</sup> UV-strålningen utövar flera effekter på huden. UV-strålningen är cancerframkallande, påverkar hudens immunkompetenta celler, kan orsaka akut brännskada (erytem) i huden samt förstöra hudens elasticitet. Vidare bör nämnas skador på ögat (grå starr). En ökad UV-strålning på grund av ozonuttunnning kan leda till ett ökat antal fall av hudcancer i framtiden.

<sup>101</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Docent Henrik Ullén, Karolinska sjukhuset, har biträtt sekretariatet med uppdateringar av sakunderlaget.

<sup>102</sup> Socialstyrelsen EpC. Cancer incidence in Sweden 1997. *Statistik, hälsa och sjukdomar* 1999:8. Stockholm 1999.

<sup>103</sup> IARC *monographs on the evaluation of carcinogenic risk to humans*; Vol 55; *Solar and ultraviolet radiation*, IARC, Lyon, 1992.

Solljuset under sommarhalvåret har positiva hälsoeffekter på det psykiska välbefinnandet utöver de möjligheter som sommarklimatet i allmänhet ger till rekreation och vila. Solstrålningen ger också värme som uppfattas som välgörande. UV-strålning bör beaktas vid ljusbehandling av depressioner<sup>104</sup> och i relation till kroppens behov av D-vitamin.<sup>105,106</sup>

### Orsaker till utvecklingen

Omfattande epidemiologiska undersökningar från en rad nationella och internationella studier har övertygande visat på ett orsakssamband mellan solvanor och hudcancerrisk.<sup>107,108</sup> UV-strålning från solen beräknas svara för ca 80 procent av all hudcancer. Upprepade solbrännskador under barn- och ungdomsåren liksom den totala livsdosen av UV-strålning har samband med risken att utveckla hudcancer.<sup>109,110</sup> En rad sociala och ekonomiska faktorer som t.ex. längre semester, charterresor, annat fritids- och rekreationsutbud, klädvanor och trenden att vara brun, kan sannolikt förklara ökningen av hudcancer.<sup>111</sup> Om de kosmetiska solarierna också har bidragit till hudcancers ökning är fortfarande ej helt klarlagt. Emellertid talar data för att ett frekvent användande av kosmetiskt solarium också kan öka risken för

<sup>104</sup> Terman M, Reme CE, Rafferty B, Gallin PF, Terman JS: Bright light therapy for winter depression: Potential ocular effects and theoretical implications. *Photochem Photobiol* 1990;51:781–792.

<sup>105</sup> Adams JS, Clemens TL, Parrish JA: Vitamin D synthesis and metabolism after UV irradiation of normal and vitamin D deficient subjects. *N Eng J Med* 1982;306:722–725.

<sup>106</sup> Lloyd S.A; Stratospheric ozone depletion. *Lancet* 1993;342 1156–1158.

<sup>107</sup> Lee JAH: Melanoma exposure to sunlight. *Epid. Rev* 1982;4:110–136.

<sup>108</sup> Elwood JM, Gallagher RP, Davidson J, Hill GB: Sunburn, suntan and the risk of cutaneous malignant melanoma – The Western Canada Melanoma Study. *Br J Cancer* 1985;51:543–549.

<sup>109</sup> MacKie RM, Aitchison T: Severe sunburn and subsequent risk of primary cutaneous malignant melanoma in Scotland. *Br J Cancer* 1982;46:955–960.

<sup>110</sup> Østerlind A, Tucker MA, Stone BJ, Jensen OM: The Danish case-control study of cutaneous malignant melanoma. II. Importance of UV-light exposure. *Int J Cancer* 1988;42:319–324.

<sup>111</sup> Marks R, Hill D (eds). *The public health approach to melanoma control. Prevention & early detection*. UICC, Geneva, 1992.

hudcancer.<sup>112,113,114</sup> Det är enligt en undersökning fler flickor än pojkar som använder solarium.<sup>115</sup> Den internationella strålskyddsexpertisen intar en mycket restriktiv hållning till det experiment på befolkningsnivå som solarieanvändningen utgör.<sup>116</sup>

Solskyddskräm innehåller kemiska ämnen – filter – som absorberar framför allt den del av UV-strålningen som ansetts farligast (UVB). Dagens kräm har filter mot både UVA och UVB. Solkrämerna skyddar mot den hudrodnad (erytem) som UV-strålningen kan ge, men ger inget skydd mot dess cancerframkallande eller immunskadande effekter. Användning av solskyddskräm kan därför inge en falsk trygghet och istället leda till en ökad exponeringstid.

Utvecklingen av vanliga födelsemärken, nevi, är genetiskt styrd men påverkas också av solexponering. Dysplastiska nevi (DN) eller avvikande födelsemärken, utgör en markör för extra hög risk att senare i livet utveckla hudmelanom.<sup>117</sup>

### Påverkansmöjligheter

Hudcancer kan förebyggas, dels genom att minska exponering för UV-strålning, dels genom tidig diagnostik för att hitta förstadiet eller tidiga tumörer.

<sup>112</sup> Diffey BL: Analysis of the risk of skin cancer from sunlight and solaria in subjects living in northern Europe. *Photoderm* 1987;4:118–126.

<sup>113</sup> Swerdlow AJ, English JSC, MacKie RM, O'Doherty CJ, Hunter JAA, Clark J, Hole DJ: Fluorescent lights, ultraviolet lamps, and risk of cutaneous melanoma. *BMJ* 1988;297:647–650.

<sup>114</sup> Walter SD, Marrett LD, From L, Hertzman C, Shannon HS, Roy P: The association of cutaneous malignant melanoma with the use of sunbeds and sunlamps. *Am J Epidemiol* 1990;131 (2):232–243.

<sup>115</sup> Boldeman C, Jansson B, Nilsson B, Ullén H: Sunbed use in Swedish urban adolescents related to behavioral characteristics. *Prev Med* 1997;26:114–119.

<sup>116</sup> SSI FS 1998:2 *Föreskrift om solarier*.

<sup>117</sup> Greene MH, Clark WH, Tucker MA, Elder DE, Kraemer KH, Guerry IV D, Witmer WK, Thompson J, Matozzo I, Fraser MC: Acquired precursors of cutaneous malignant melanoma. The familial dysplastic nevus syndrome. *N Engl J Med* 1985;312:91–97.

Erfarenheter från Australien och USA talar för att en bestående beteendeförändring beträffande solvanor går att uppnå.<sup>118,119</sup> I Australien anser man att ändrade solvanor kan kompensera ett befarat ökat antal fall av hudcancer till följd av ozonuttunnningen.

I Sverige torde en snabb beteendeförändring vara svår att uppnå. Detta kan ha sin grund i landets relativa solfattighet samt i en positiv attityd till solande och brunhet som hälsotecken. Data visar att kunskapen kring solstrålning och hudcancer är god i befolkningen.<sup>120</sup> Trots detta praktiserar svensken inte försiktiga solvanor. Risken för hudcancer uppfattas som liten.<sup>121</sup> Det förebyggande arbetet har initierats bl.a. genom en nationell samordningsgrupp mellan olika myndigheter, den medicinska professionen och andra aktörer – Arbetsgruppen för förebyggande av strålskador från solljus (AFSS). Viktigt är ett gemensamt solskyddsbudskap. Kläder och skugga är de viktigaste skyddsåtgärderna. Solskyddskräm utgör ett komplement.

Statens strålskyddsinstitut (SSI) har ansvar för utarbetande av föreskrifter för användning av kosmetiska solarier. Internationell strålskyddsexpertis bedömer solarieanvändning 10 gånger per år som "riskfri". SSI kan till kommun överlåta tillsynen av efterlevnaden av gällande föreskrifter. Kommunernas miljö- och hälsoskyddsnämnd skall utöva tillsyn av hygien etc. enligt hälsoskyddslagen och miljöbalken.

Svenskars kunskaper om sambandet mellan pigmentfläckar i huden och hudcancer är också relativt goda. Många söker sjukvården för att få sina hudfläckar undersökta. Genom tidigdiagnostik (screening) av hela eller delar av befolkningen kan dödligheten i vissa cancerformer påverkas. Denna förebyggande metod har ännu ej visats gälla hudcancer, men provas för närvarande i vetenskapliga studier bl.a. i Sverige.

<sup>118</sup> Hill D, White V, Marks R, Borland R: Changes in sun-related attitudes and behaviours, and reduced sunburn prevalence in a population at high risk of melanoma. *Eur J Ca Prev* 1993;2:447–456.

<sup>119</sup> Marks R: Melanoma prevention: is it possible to change a populations behaviour in the sun? *Pigment Cell Res* 1994;7:104–106.

<sup>120</sup> Brandberg Y, Ullén H, Sjöberg L, Holm L-E: Sunbathing and sunbed use related to self-image in a randomized sample of Swedish adolescents. *Eur J Cancer Prev* 1998;7:321–329.

<sup>121</sup> Sjöberg L: *Solstrålningens risker: Attityder, kunskaper och riskuppfattning*. Rapport nr 3, Centrum för riskforskning, Handelshögskolan, Stockholm 1993.

### **Forskningsbehov**

Den relativa betydelsen av solexponering i Sverige respektive på solsemester utomlands för antalet fall av hudcancer i Sverige är inte känd och behöver vetenskapligt studeras. Värdet av tidigdiagnostik av hudmelanom (screening) av högriskgrupper respektive hela befolkningen är inte klarlagt och behöver därför analyseras i kontrollerade studier. Orsakssambandet mellan solariebruk och hudcancer kräver ytterligare vetenskapliga studier. En mer permanent ozonuttunning över norra halvklotet kan komma att kräva noggranna studier av hudcancertrender.

En mer djupgående kunskap om svenskens inställning till att ändra sina solvanor saknas och olika typer av studier av solningsbeteenden är därför viktiga. De samhälls- och sjukvårdsekonomiska konsekvenserna av en fortsatt ökning av hudcancer i landet skulle behöva analyseras.

Vidare är kunskaperna om eventuella systemeffekter vid användning av solskyddskrämer ofullständiga.

Ett tvärvetenskapligt perspektiv på solning som livsstilsfråga skulle sannolikt påverka möjligheterna att uppnå en varaktig förändring av attityder och beteenden i fråga om solbrunhet som hälsoideal.

### **Befintliga mål, strategier och aktörer**

Medicinska forskningsrådet och Spri anordnade år 1994 en konsensuskonferens om att förebygga hudmelanom och dess dokument har använts som mål för nationellt arbete.<sup>122</sup> De viktigaste målgrupperna bedömdes vara barn och ungdomar samt individer med högt antal nevi samt de med ärftlig belastning för hudcancer. Överdriven exponering för solljus och solbrännskador särskilt under uppväxtåren skall undvikas. Befolkningsstrategier för samordning av insatser på nationell nivå har dock ej etablerats. Inom hälso- och sjukvården bedrivs en relativt omfattande nevuskirurgi i tidigdiagnostiskt syfte ofta kombinerad med solrådsinformation. Detta är ett patientorienterat arbete riktat till individen. Sedan år 1990 har sjukvården också tillämpat andra metoder för att öka medvetenheten om sambandet mellan hudcancer och solning, t.ex. genom Öppet hus på sjukhus, uppsökande verksamhet på badstränder samt nationella affischkampanjer. Den typen av befolkningsinriktat samhällsarbete avseende solvanor är dock mer sparsamt företräd i landet.

<sup>122</sup> Att förebygga utveckling av malignt hudmelanom. Konsensuskonferens 16–18 nov. 1994. *Spri tryck* 256, 1994.

### Uppnådda effekter

Hudcancer går i stor utsträckning att förebygga genom ändrade solvanor och genom tidig diagnos och behandling. Vid Öppet hus-aktiviteterna år 1990 förelåg ett stort intresse från allmänheten och media. En påverkan på antalet nya fall av hudmelanom noterades efter kampanjen. En erfarenhet var att det är svårare att nå ut med solrådsinformation än med erbjudande av gratis hudundersökning och att man framför allt nådde äldre människor med lägre risk för hudmelanom.

### Målförslag i avsnitt 10.4 i SOU 1999:137

1. *Antalet nya fall av alla hudcancerformer skall minska och framför allt dödligheten i hudmelanom*
  - UV-preventiva åtgärder på myndighetsnivå bör samordnas.
  - Attityder till solbrunhet och solvanor bör förändras.
2. *Barns och ungdomars utsatthet för UV-strålning skall minska*
  - Information om UV-skydd till föräldrar och personal inom barn- och skolhälsovård skall öka.
3. *Information om användningen av kosmetiska solarier skall förbättras*
  - Tillsynen av solarier skall förbättras.
4. *Enhetliga regler skall antas för produktdeklaration av hjälpmedel för UV-skydd*
  - Solskyddskrämer, solglasögon och textilier skall produktdeklareras.

### 5.3.2 Kompletteringar

#### Remissinstansernas synpunkter

Tre remissinstanser har yttrat sig över förslag till förebyggande åtgärder mot hudcancer, nämligen Barnombudsmannen (BO), Läkemedelsverket samt Statens strålskyddsinstitut (SSI). *Barnombudsmannen* stödjer målet att minska barns och ungdomars utsatthet för UV-strålning. BO anser att det är viktigt att säkra bra utemiljöer för barn. Vidare efterlyser BO ett större mått av samordning mellan olika sek-

torsmyndigheters ansvar för barns utemiljöer, som mellan Boverket, Konsumentverket, Folkhälsoinstitutet, Skolverket, Vägverket m.fl.

*Läkemedelsverket* stödjer föreslagna mål för hudcancerpreventiva åtgärder. Verket påpekar att det föreligger brister i kunskap om eventuella systemeffekter av solskyddskräm och att allergirisk kan föreligga. Man vill för att kunna utreda och minska dessa risker inte ha ett alltför snabbt införande av totalförbud mot djurtestning av s.k. innehållsämnena. Man betonar slutligen att på grund av stor internationell handel och EU-gemensamma bestämmelser kan arbete inom denna sektor komma att behöva bedrivas på EU-nivå.

*Statens strålskyddsinstitut* instämmer i kommitténs förslag till mål och strategier för ökat UV-skydd. Myndigheten är tillsammans med SMHI ansvarig för mätningar av och prognoser för UV-instrålning. Institutet har huvudansvaret för miljökvalitetsmålet Säker strålmiljö, vilket syftar till att skydda människor från skadliga effekter av strålning i den yttre miljön. En samordning med målformulering för radon efterlysas. Vad beträffar ansvarsfördelning anser SSI att Folkhälsoinstitutet bör vara huvudaktör för informations- och fortbildningsinsatser för sundare solvanor i samverkan med andra myndigheter och organisationer, främst Socialstyrelsen, Skolverket, sjukvårdshuvudmännen och olika expertorgan. SSI vill också uppmärksamma kommittén på barns speciella känslighet.

### **Andra uppdateringar av sakunderlaget**

Vad avser förekomst av och orsaker till hudcancer har inga nya data tillförts. Inom kort avses basalcellscancer att bli registrerat i Cancerregistret – liksom tidigare malignt melanom och skivepitelcancer. Först efter ett par år torde den reala incidensen av basalcellscancer att kunna fastslås. En kartläggning av hälsoekonomiska effekter av förebyggande arbete inom hudcancerområdet är under framtagande i en region i landet. Data torde kunna användas för skattning av kostnadsnyttoeffekter på nationell nivå.

Nya inhemska data stödjer ytterligare sambandet mellan användning av kosmetiska solarier och melanomrisk.

### **5.3.3 Bedömning**

Hudcancer ökar kraftigt i Sverige beroende på felaktiga solvanor med ökad UV-exponering. Dessutom kan en ökad UV-strålning på grund av ozonuttunning leda till ett ökat antal fall av hudcancer i framtiden.

Ökningen kan brytas genom ändrade solvanor genom förebyggande insatser på flera nivåer. Remissinstanserna instämmer i kommitténs förslag.

Att minska antalet fall av och dödligheten i den allvarligaste formen av hudcancer, hudmelanom, är det viktigaste målet för det hudcancerförebyggande arbetet. En reducerad UV-exponering kommer samtidigt att ha en effekt på övriga två hudcancerformer. För att minska antalet nya fall av hudcancer behövs en samordning av UV-preventiva åtgärder på myndighetsnivån och att attityder till solbrunhet och solvanor förändras. Strukturella åtgärder i lokalsamhället som underlättar riskfriare hälsoval, t.ex. skuggiga utomhusmiljöer i barn- och fritidsmiljöer bör prioriteras i den fysiska landskapsplaneringen.

Det är angeläget att informationen om UV-skydd till föräldrar och personal inom barn- och skolhälsovården ökar så att barns utsatthet för UV-strålning minskar. Exempel på utvecklingsarbete utgör pedagogiska hjälpmedel för sjuksköterskor som på barnavårdscentralerna leder föräldrautbildningar.

Det är också angeläget att medicinska företrädare förmedlar solråd. Denna primärpreventiva uppgift behöver lyftas fram i sjukvårdsorganisationen. Budskap i livsstilsfrågor som solvanor, måste vara likstämmiga från hälsovårdande myndigheter och från dem som har direkt sjukvårdande arbetsuppgifter.

Information om användningen av kosmetiska solarier bör förbättras och tillsynen av solarierna hållas på en hög nivå. Allmänt gäller för solariebruk att försiktighet anbefalles. Gällande antal "riskfria" solariepisoder per år bör bli känt i befolkningen för att möjliggöra frivilliga riskval. Vissa grupper som barn och individer med hög risk för hudcancer bör avrådas från solariebruk.

En bättre kartläggning av solariebruket i befolkningen är en förutsättning för ett bra förebyggande arbete. Detta kräver en bättre kunskap om geografisk utbredning och antal kommersiella solarier i landet. Efterlevnaden av gällande strålskyddsföreskrifter skulle kunna stärkas liksom uppföljningen av de nya reglerna för obligatorisk information till solariebesökare som infördes den 1 januari 1999.

Det behövs enhetliga regler för produktdeklaration av hjälpmedel för UV-skydd. En EU-samordning när det gäller produktdeklaration är angelägen. Solskyddskräm innehåller UV-filter mot hudrodnad (erytem). De innehåller dock inget säkert skydd mot dess cancerframkallande eller immunskadande effekter. Användningen av solskyddskräm kan därför ge en falsk trygghet. Ett internationellt utvecklingsarbete för att standardisera UV-skyddskrav på solskyddsprodukter är initierat. Solglasögon är ofta försedda med UV-skyddsmärkning. Dock saknas allmänt antagen standard för märkningen. Bad- och fritidskläder

som saluförs i Sverige saknar däremot UV-skyddsmärkning. Import av UV-skyddsmärkta badkläder har nyligen startat.

## 5.4 Allergier<sup>123</sup>

### 5.4.1 Sammanfattning av avsnitt 10.5 i SOU 1999:137

#### **Förekomst av allergi och annan överkänslighet**

Allergi och annan överkänslighet har under 1990-talet framträtt som ett stort folkhälsoproblem i västvärlden. I den vuxna svenska befolkningen anser nära 40 procent att de besväras av allergi.<sup>124</sup> För tonåringar och unga vuxna är siffran 50 procent,<sup>125</sup> 40 procent av barnen i 12–13-årsåldern och var fjärde sjuåring.<sup>126</sup> Astma, atopiskt eksem och hösnuva är numera de vanligaste kroniska sjukdomarna bland svenska skolbarn.

Antalet allergiker har ökat stadigt under de senaste decennierna. Allergiska sjukdomar är fortfarande vanligast bland vuxna, men den kraftigaste ökningen sker hos dem som är födda efter år 1960.<sup>127</sup> Vissa forskare talar om en fördubbling av de vanligaste allergisymtomen sedan mitten av 1970-talet, andra om en tredubbling.<sup>128</sup> Allergikurvorna

<sup>123</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Avdelningsdirektör Britta Andersson, Folkhälsoinstitutet har biträtt sekretariatet med faktauppdateringar.

<sup>124</sup> SCB:s undersökning av levnadsförhållanden: ULF 1996/97.

<sup>125</sup> Kjellman M. Introduktion. I: *Allergistämman 96. 7–8 november, Norra Latin, Stockholm. Tema: Inomhusmiljön*. Abstracts. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1996.

<sup>126</sup> Formgren H. *Omfattningen av allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998.

<sup>127</sup> Björkstén N. Astma och allergi i en föränderlig miljö. I: Hedlin G, Nordvall L (red). *Astma och allergi i en föränderlig miljö*. Glaxo Wellcome AB. Mölndal 1996.

<sup>128</sup> Kjellman M. *Allergiska sjukdomar ökar*. Linköping okt -98; Nilsson L. *Risk factors for atopic disease in childhood*. Department of Health and Environment. Division of Pediatrics. Faculty of Health Sciences, Linköping University 1998; Åberg N. Epidemiologi vid astma och allergi hos svenska skolbarn. I: Hedlin G, Nordvall L (red). *Astma och allergi i en föränderlig miljö*. Glaxo Wellcome AB. Mölndal 1996.

fortsätter att peka uppåt.<sup>129</sup> Idag har en majoritet av befolkningen minst en familjemedlem som är allergiker.<sup>130</sup>

De allergiska symtomen kan se olika ut i olika åldrar. Överkänslighet mot födoämnen förekommer oftare hos barn än hos vuxna och besvären dyker för det mesta upp redan under det första levnadsåret. Bland barn upp till sex års ålder och bland tonåringar och unga vuxna är ca 10 procent allergiska eller överkänsliga mot något födoämne.<sup>131</sup> Tillförlitliga data saknas för överkänslighet mot födoämnen i den vuxna befolkningen.

Bland de allergiska hudsjukdomarna (atopiskt eksem, allergiskt kontakteksem, irritationseksem och nässelutslag) dominerar atopiskt eksem bland barn. Cirka 16 procent av alla vuxna i Sverige uppger att de har eksem eller hudutslag.<sup>132</sup> En tiondel av befolkningen har handeksem. Mellan 15 och 20 procent besväras av någon kontaktallergi, varav runt 15 procent av kvinnorna och 2 procent av männen reagerar mot nickel.<sup>133,134</sup>

För astma visar studier att 4–10 procent av de vuxna berörs. 20–40 procent av alla små barn har vid något tillfälle haft besvär som kan tyda på astma, och 5–10 procent av skolbarnen har fått en astma-diagnos.

Den allra vanligaste allergiformen är höснуva. Förekomsten är här ganska ovanlig bland småbarn, men ökar snabbt under uppväxten för att nå en topp i tonåren och bland yngre vuxna. Av alla vuxna har 8–22 procent, enligt olika undersökningar, allergiska symtom i ögon eller näsa.<sup>135</sup>

Den som en gång blivit fri från symtom kan under ogynnsamma omständigheter få nya besvär, eftersom kroppens allergiska reaktionsmönster finns kvar livet ut.

När det gäller annan överkänslighet är det ont om tillförlitliga studier. Allt fler rapporterar att de lider av exempelvis el-känslighet,

<sup>129</sup> Kjellman M. Muntlig uppgift. Linköping 1998.

<sup>130</sup> Nilsson L. *Risk factors for atopic disease in childhood*. Department of Health and Environment. Division of Pediatrics. Faculty of Health Sciences, Linköping University 1998.

<sup>131</sup> Edberg U. De vanligaste matallergen. I: *Toxikologisk bedömning av allergen. Rapport från ett seminarium, 4/98*. Toxikologiska rådet. Rapport från kemikalieinspektionen. Stockholm 1998.

<sup>132</sup> SCB:s undersökning av levnadsförhållanden: ULF 1996/97.

<sup>133</sup> Meding B. Work-related skin disease. I: Kilbom Å, Messing K, Bildt T (red). *Women's health at work*. Arbetslivsinstitutet. Solna 1998.

<sup>134</sup> Runt 40 procent av nickelallergikerna utvecklar handeksem.

<sup>135</sup> Formgren H. *Omfattningen av allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998.

känslighet mot amalgam, "sjuka-hus-sjukan" och multipel kemisk känslighet. Det finns tecken som tyder på att gruppen till och med är större än allergikerna.<sup>136</sup> I en undersökning bland kontorsanställda uppgav totalt 45 procent att de blivit sjuka av inomhusmiljön på sin arbetsplats.<sup>137</sup> Skilda studier visar att 10–20 procent av den vuxna befolkningen får andningsproblem mot olika ämnen och irriteranter (bl.a. tobaksrök, damm, starka dofter och bilavgaser). Om besvär från övre luftvägarna och andra organ räknas in blir siffran ännu högre.<sup>138</sup>

### Sociala samband och riskgrupper

Sambanden mellan sociala förhållanden och allergi är ett relativt nytt forskningsområde. Sammanställningar pekar dock på att allergisk hö-snuva är vanligare inom högre socialgrupper medan astma förekommer oftare hos personer i lägre socialgrupper liksom allergi mot kvalster. Cirka 7 procent av vuxna arbetare anger att de besväras av astma, medan siffran för tjänstemännen är 5 procent.<sup>139</sup> Allergi är dubbelt så utbrett bland tätortsbarn som bland barnen på landsbygden.<sup>140</sup> Enligt en undersökning av Åberg som utförts på värnpliktiga mellan åren 1972 och 1996 konstateras att förekomsten av astma är vanligare i norra än i södra Sverige hos såväl 18-åringar som vuxna.<sup>141</sup>

Atopi – ärftlig allergibenägenhet – är den tyngst vägande riskfaktorn för allergi och finns hos en tredjedel av befolkningen i de skandinaviska länderna.<sup>142</sup> Störst risk att råka ut för en allergisk sjukdom löper den som har allergianlag i släkten och dessutom tidigt i livet exponerats för allergiframkallande ämnen. I familjer utan tecken på atopi insjuknar ca 10 procent av barnen i astma, hösnuva eller eksem.

<sup>136</sup> Löwhagen O. Skriftligt utkast. Allergicentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset. Göteborg 1998.

<sup>137</sup> Formgren H. *Omfattningen av allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998.

<sup>138</sup> Löwhagen O. Skriftligt utkast. Allergicentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset. Göteborg 1998.

<sup>139</sup> SCB:s undersökning av levnadsförhållanden: ULF 1996.

<sup>140</sup> Formgren H. *Omfattningen av allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998; Nilsson L. *Risk factors for atopic disease in childhood*. Department of Health and Environment. Division of Pediatrics. Faculty of Health Sciences, Linköping University. Linköping 1998.

<sup>141</sup> Formgren H. *Omfattningen av allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998.

<sup>142</sup> Meding B. Work-related skin disease. I: Kilbom Å, Messing K, Bildt T (red). *Women's health at work*. Arbetslivsinstitutet. Solna 1998.

Med en allergisk förälder fördubblas till tredubblas förekomsten. Har båda föräldrarna allergiska besvär drabbas vartannat barn.<sup>143</sup>

En annan utsatt grupp är de som i sitt arbete riskerar att utveckla allergi eller försämras i sin allergisjukdom. Eksem är den vanligaste yrkeshudsjukdomen i Sverige.<sup>144</sup> Många kvinnodominerade, lågavlönade yrken är utpräglade våtarbeten och därmed särskilt utsatta, t.ex. hårfrisörska, köksbiträde, livsmedelsarbetare, hemvårdare och lokalvårdare.<sup>145</sup> Vårdpersonal som dagligen använder skyddshandskar tillverkade av naturgummi (innehåller latexproteiner) är ytterligare en riskgrupp.<sup>146</sup> Även yrken där händerna ofta utsätts för väta, kemikalier och nötning är en riskgrupp. Överst i statistiken över rapporterade hudsjukdomar finns frisörer, maskinmontörer och kockar. Målare, svarvare, svetsare, bagare, mekaniker, byggnadsarbetare och fabriksanställda är andra utsatta grupper.<sup>147</sup>

### Effekter för individ och samhälle

Allergiska symtom kan sätta sig i luftrören, huden, näsan, ögonen och mag-tarmkanalen. I värsta fall kan hela kroppens cirkulation påverkas och leda till en livshotande allergichock. Varje år inträffar runt 900 dödsfall orsakade av allergi, i första hand med astma som direkt eller indirekt orsak.<sup>148,149</sup>

Ständig oro och otrygghet, känsla av att inte räcka till, täta kontakter med sjukvården eller oförstående attityder från omgivningen är några

<sup>143</sup> Nilsson L. *Risk factors for atopic disease in childhood*. Department of Health and Environment. Division of Pediatrics. Faculty of Health Sciences, Linköping University 1998.

<sup>144</sup> Björkner B. *Allergi och annan överkänslighet i huden*. Vetenskaplig kunskapssammanställning. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1994.

<sup>145</sup> Meding B. Work-related skin disease. I: Kilbom Å, Messing K, Bildt T (red). *Women's health at work*. Arbetslivsinstitutet. Solna 1998.

<sup>146</sup> Silverdahl M, Lundberg M. Kartläggning av hud- och allergibesvär bland tandvårdspersonal i Uppsala län; Söderlund U, Millqvist E, Bender M. Latex allergy among nurses in the operating unit; Turjanmaa, K. IgE-medierad latexallergi – historik, prevalens-klinik-diagnostik. I: *Allergistämman 98*. 4–5 februari, Norra Latin. Tema: Olikhet i hälsa. Stockholm. Abstracts. Folkhälsoinstitutet 1998.

<sup>147</sup> Meding B. Work-related skin disease. I: Kilbom Å, Messing K, Bildt T (red). *Women's health at work*. Arbetslivsinstitutet. Solna 1998.

<sup>148</sup> 1996 avled 897 personer på grund av astma, vilket är en hög siffra ställd i relation till andra dödsorsaker i Sverige.

<sup>149</sup> Socialstyrelsen. Statistik. *Antal döda med astma bronchiale som underliggande eller bidragande orsak 1960-1996*.

av de problem som "allergifamiljen" kan möta. Andra problem är extra kostnader för mediciner och specialmat som kan vara svår att få tag på och som många gånger är dyr. Vardagliga rutiner som städning, matlagning, planering och smörjning av eksem tar inte sällan mycket tid i anspråk. Det är också belagt att barn och ungdomar med astma och allergi periodvis presterar sämre i skolan och oftare söker hjälp hos skolpsykologen jämfört med andra jämnåriga. Känsla av utanförskap och ibland till och med social isolering riskerar att följa i allergisjukdomens spår.<sup>150</sup> Bristande yrkesrådgivning till ungdomar som har eller haft atopiskt eksem eller astma kan också få svåra följder – med risk för sjukskrivning, omskolning och förtidspensionering senare i livet. För den som har allergiska problem kan det även vara svårt att vistas i offentliga lokaler, utöva sina fritidsaktiviteter eller delta i nöjeslivet.

De ekonomiska konsekvenserna för hela samhället är likaså påtagliga. De totala kostnaderna för allergisjukdomarna uppskattades år 1991 till drygt 4,9 miljarder kronor och mycket tyder på att dagens kostnader är ungefär på samma nivå. Av den sammanlagda kostnaden för alla sjukdomar i Sverige svarade allergierna för 1,8 procent. Såväl direkta utgifter (vård och läkemedel) som indirekta kostnader (dödlighet, förtidspensionering och tillfällig sjukdom) har då räknats in. Den största kostnaden är att hänföra till förtidspensioneringar och till korttidssjukskrivningar.<sup>151</sup>

### **Orsaker och möjlighet att påverka**

Vad som ytterst ligger bakom den dramatiska allergiökningen är fortfarande inte klarlagt. Forskarna har avfärdat mutationer i arvsanlagen som förklaring. Inte heller har naturligt förekommande allergen (allergiframkallande ämnen) som pollen eller pälsdjur, blivit vanligare. Den övergripande hypotesen är att det krävs ett samspel mellan individens ärftliga känslighet och exponering för ett allergen för att en allergi skall utvecklas.

Miljöföroreningar som tobaksrök, bilavgaser och kemiska substanser kan också utlösa symtom, liksom hudkontakt med metaller eller intag av födoämnen. Miljöfaktorer förstärker effekten av en allergenexponering. Rökning anses här spela störst roll. Kort amningsperiod, dåliga inomhusmiljöer och föroreningar i utomhusluften är andra förstärkare. Flera faktorer i miljön kan också tillsammans

<sup>150</sup> Borres M. Allergiska barn i skolan. I: Hedlin G, Nordvall L (red). *Astma och allergi i en föränderlig miljö*. Glaxo Wellcome AB. Mölndal 1996.

<sup>151</sup> Jacobson L, Lindgren B. Astma. De samhällsekonomiska kostnaderna. *Studier i samhällsekonomi* 8. Lunds universitet 1995.

påverka allergirisken. Ett exempel är kombinationen att växa upp i en fuktskadad, dåligt ventilerad bostad och att föräldrarna samtidigt röker.<sup>152</sup>

Vi tillbringar ca 90 procent av vår tid inomhus. Omkring en halv miljon människor uppger att de besväras av inomhusmiljön. Under de senaste decennierna har inomhusmiljöerna förändrats. Husen har blivit tätare, ventilationen otillräcklig, byggprocesser har varit felaktiga och fuktskador har försämrat många inomhusmiljöer. Samband mellan "fuktiga" byggnader å ena sidan och luftvägsbesvär, "sjuka-hus-sjukan" samt allergier å andra sidan har säkerställts. De som redan har en allergi eller ärftliga allergianlag antas tillhöra riskgruppen.

I fuktiga miljöer trivs mögelsporer, bakterier och kvalster (små spindeldjur) som kan orsaka allergi. Dålig ventilation har kunnat kopplas till såväl sjuka-hus-symtom som kvalsterallergi. Gasformiga, irriterande ämnen som frigörs från byggnadsmaterial tros också vara en riskfaktor för allergi och annan överkänslighet. Då dammpartiklar kan vara bärare av allergiframkallande ämnen och irritera luftvägarna är dålig städning också en hälsofara.<sup>153</sup>

Den främsta källan till partiklar i inomhusluften är rökning. Flera undersökningar har visat att små barn som utsätts för passiv tobaksrök lättare insjuknar i astma än andra barn. Om mamman rökt under graviditeten tilltar barnets astmarisk. Många barn som redan har astma mår

<sup>152</sup> Björkstén N. Astma och allergi i en föränderlig miljö. I: Hedlin G, Nordvall L (red). *Astma och allergi i en föränderlig miljö*. Glaxo Wellcome AB, Mölndal 1996; *European Allergy White Paper. Allergic diseases as a public health problem*. The UCB Institute of Allergy, Braine-l'Alleud 1997; *Immunologiska reaktioner och budskap om prevention. Tre svåra frågor om allergi och försök till immunologiska svar*. 21 oktober i Stockholm. Seminariedokumentation. Folkhälsoinstitutet 1997;16; SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. Miljöhälsoutredningens slutbetänkande.

<sup>153</sup> *Inneboken – en bok för alla som bryr sig om en hälsosam inomhusmiljö*. Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. AB Svensk Byggtjänst. Stockholm 1998; SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. Miljöhälsoutredningens slutbetänkande; Sundell J, Kjellman M. *Luften vi andas utomhus. Inomhusmiljöns betydelse för allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskaps-sammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1994; *TVOC and Health in Non Industrial Indoor Environment*. Report from a Nordic Scientific Consensus Meeting at Långholmen in Stockholm 1996; Warner A. *Childhood Asthma and Indoor Environment*. Linköping University Medical Dissertations No. 564. Department of Health and Environment Division of Pediatrics. Faculty of Health Sciences. Linköping 1998.

sämre och upp till en tredjedel av astmabesvärerna anses bero på andras rökning.<sup>154</sup>

Forskningsbelägg finns för sambandet mellan kontakt med pälsdjursallergen – främst från katt – under barnets första levnadsår och ökad risk för allergi senare i livet. Detta gäller särskilt vid ärftlig allergibenägenhet. Astma, allergisk snuva, pipande och väsande andning samt långdragna luftvägsinfektioner kan vara några av följderna vid exponering för pälsdjur. Rökning, fukt och pälsdjur pekas sammantaget ut som de allvarligaste riskfaktorerna för astma hos småbarn.<sup>155</sup>

Även om Sveriges nivåer av luftföroreningar är låga jämfört med andra länder kan halterna av framför allt ämnen i bilavgaser och sotpartiklar orsaka hälsoeffekter. Det är klarlagt att exponering för kvävedioxid och ozon – där största källan är vägtrafiken – allvarligt riskerar att försämra hälsotillståndet hos den som redan lider av astma och luftvägsbesvär. Detsamma gäller svarta partiklar från ”vanlig” småskalig vedeldning. Studier har också visat att kvävedioxid och ozon förmår förstärka reaktionen på allergiframkallande ämnen.<sup>156</sup>

Nya kemiska produkter, kosmetika, hygienartiklar och byggnadsmaterial introduceras kontinuerligt på marknaden. Idag beskrivs 3 700 olika ämnen som kontaktallergen och bland dem finns nickel som det största problemet. Även inom tillverkningen av livsmedel har under de senaste decennierna många allergirisker identifierats och misstankar

<sup>154</sup> SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. Miljöhälso-utredningens slutbetänkande; Sundell J, Kjellman M. *Luften vi andas utomhus. Inomhusmiljöns betydelse för allergi och annan överkänslighet. Vetenskaplig kunskapssammanställning*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1994.

<sup>155</sup> Ahlbom A, Backman A, Bakke J, Foucard T, Halken S, Kjellman M, Malm L, Skerfving S, Sundell J, Zetterström O. *Pälsdjur inomhus – risk för allergi eller skydd mot sensibilisering/allergi?* Nordisk tvärvetenskaplig granskning av den vetenskapliga litteraturen angående samband mellan främst små barns exponering för pälsdjur, sensibilisering och allergiutveckling. Utkast 1998; *Inneboken – en bok för alla som bryr sig om en hälsosam inomhusmiljö*. Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. AB Svensk Byggtjänst. Stockholm 1998; SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. Miljöhälso-utredningens slutbetänkande.

<sup>156</sup> *Allergistämman 98. 4–5 februari, Norra Latin, Stockholm. Tema: Olika typer av hälsa; Urban Air & Respiratory Health. A Nordic Conference, Stockholm, Sweden, November 5–6 1997. Summary*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm; Boström CE. Förändringar i utomhusmiljön, speciellt luftföroreningar. I: Hedlin G, Nordvall L (red). *Astma och allergi i en föränderlig miljö*. Glaxo Wellcome AB. Mölndal 1996; Bylin G. Är det farligt att bo i stan? I: *Allergistämman 98. 4–5 februari, Norra Latin, Stockholm. Tema: Olika typer av hälsa. Abstracts*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998; SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. Miljöhälso-utredningens slutbetänkande.

finns om ytterligare ett stort antal. Inom delar av industrin, exempelvis byggbranschen, märks emellertid ett växande intresse för att framställa allergisäkra produkter. Samråd mellan myndigheter, organisationer, näringsliv och forskare är betydelsefullt för att utveckla och skapa konsensus kring märkning av produkter och konsumtionsvaror. Allergisäkra produkter och konsumtionsvaror bör tas fram i ökad omfattning i samråd mellan näringsliv, forskning, myndigheter och organisationer.

Trots att faktorerna bakom allergiernas ökning inte säkerställts vetenskapligt finns idag samlade erfarenheter som pekar på hur allergiska sjukdomar kan förebyggas, framför allt hos små barn med ärftliga anlag att utveckla allergi. Folkhälsoinstitutet har på vetenskaplig grund formulerat en rad preventiva råd. Vissa förebyggande insatser bör riktas till hela befolkningen, då högriskgruppen sammantaget endast utgör en minoritet av alla som får allergi.<sup>157</sup>

### Forskningsbehov

Säkrast är kunskaperna idag om allergen och tobaksrök, medan det ännu är oklart genom vilka mekanismer fukt, mögel, partiklar och kemiska ämnen inverkar på människan.<sup>158</sup> Vad som ytterst legat bakom den kraftiga ökningen av allergierna under de senaste decennierna är också ovisst. Allergiforskningen har genom Vårdalstiftelsens tillkomst fått ett ekonomiskt tillskott.<sup>159</sup> Forskningsbehovet inom området allergi

<sup>157</sup> Hos de personer som inte tillhör riskgruppen har dock allergiökningen varit marginell, jämfört med dem som har ärftliga allergianlag. Källa: Nilsson L. *Risk factors for atopic disease in childhood*. Department of Health and Environment. Division of Pediatrics. Faculty of Health Sciences, Linköping University 1998.

<sup>158</sup> *Inneboken – en bok för alla som bryr sig om en hälsosam innemiljö*. Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen. AB Svensk Byggtjänst. Stockholm 1998; SOU 1996:124. *Miljö för en hållbar hälsoutveckling*. Miljöhälsoutredningens slutbetänkande.

<sup>159</sup> Källor till avsnittet om befintliga mål och strategier: *Allergianpassad kommun den 14 december 1995 i Stockholm. Idéer och erfarenheter från allergiförebyggande arbete i kommunerna*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1996; *Allergiprogrammets utbildningsutskott. Verksamhetsberättelse 1997*. Folkhälsa Sundsvall; *Allergiåret 95. Redovisning och erfarenheter*. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1997; *Ett allergifritt samhälle. Vision och strategi*. Folkhälsoinstitutets rapportserie 1995:2; *Förebygg allergi. Nationell handlingsplan mot allergi*. Faktafolder. Folkhälsoinstitutet; *Förebygg allergier. Dokumentation till upptaktsmöte för Nationella mål och Nationell handlingsplan mot allergi*. 15 december 1997, Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1998; *Gör det osynliga synligt – arbeta konkret mot allergi! Gemensamma mål i det allergi-*

och annan överkänslighet är dock fortsatt mycket stort och ett tvärvetenskapligt synsätt efterlyses. Ett europeiskt samarbete har etablerats beträffande inommiljöforskning och framtagande av guidelines för att förbättra inommiljön i skolor och förskolor.

### **Befintliga mål och strategier**

Folkhälsoinstitutet har det samordnande ansvaret för att förebygga allergi och annan överkänslighet. Övergripande mål för arbetet är att förebygga allergi och annan överkänslighet och lindra besvären för dem som redan har allergi. Allergifrågorna skall ha sin praktiska tyngdpunkt nära människorna i kommuner och landsting, vilket slogs fast redan för tio år sedan av Allergikutredningen. Vetenskapliga utvärderingar och kontinuerligt samråd med forskarvärlden utgör grunden för de preventiva budskapen.

Det pågår ett arbete med att ta fram en nationell handlingsplan mot allergi till år 2003. Arbetet med att ta fram handlingsplanen sker i nära samverkan med berörda myndigheter, organisationer, landsting, kommuner och näringslivet. Det långsiktiga målet är att hela Sverige med politiska beslut som underlag skall mobiliseras i kampen mot de allergiska sjukdomarna.

År 1996 hölls den första allergistämman som sedan dess är en återkommande mötesplats för forskare och praktiskt verksamma. Drygt 100 kommuner har inrättat särskilda allergikommittéer, varav ett drygt 30-tal uppfyller kriterierna för en "allergianpassad" kommun. Det kommunala allergiarbetet i Sverige anses vara unikt ur ett internationellt perspektiv. Nätverk och andra former för utbyte av erfarenheter mellan skilda aktörer har etablerats.

---

*förebyggande arbetet. Internt dokument 1999-01-15. Folkhälsoinstitutet; Inne-  
miljöåret 99. En gemensam informationssatsning för att säkra hälso- och  
miljöriktigt byggande, förvaltning och brukande. Projektbeskrivning. INSHE:  
Myndighetsgrupp för Samverkan kring Inomhusmiljö, Hälsa och Energi-  
effektivitet. Folkhälsoinstitutet 1997; Larsson-Toll, K och Nordling, E. *Mobi-  
liseringskampanjen Allergiåret 1995. Förmätning 1994 och eftermätning 1996.*  
SIFO. Stockholm 1996; *Målgruppsanalys – Allergi.* Internt dokument. Folk-  
hälsoinstitutet 1998; *Verksamhetsplanering för Folkhälsoinstitutets allergi-  
program.* Faktafolder. Folkhälsoinstitutet 1998.*

**Målförslag i avsnitt 10.5 i SOU 1999:137***1. Allergifrågorna skall ha hög prioritet i folkhälsoarbetet*

- Det långsiktigt allergiförebyggande arbetet bör samordnas.
- Insatserna inom barn- och mödrahälsovården skall utvidgas.

*2. Förekomsten av allergiframkallande ämnen i miljön skall minska*

- Ingen människa skall behöva utsättas för passiv rökning.
- Tillgång till allergisäkra miljöer skall erbjudas inom exempelvis förskolan, skolan, arbetslivet och offentliga lokaler.
- Hälsofarliga luftföroreningar skall minska.
- Byggnadsmaterial eller byggnaders konstruktion skall ej kunna framkalla allergiska reaktioner, symtom på annan överkänslighet eller andra hälsobesvär.
- I arbetet med att ta fram allergisäkra produkter bör samråd ske mellan näringsliv, organisationer och forskning.
- Märkning av allergisäkra varor skall utvecklas.

**5.4.2 Kompletteringar****Remissinstansernas synpunkter**

*Barnombudsmannen* ställer sig bakom förslagen, och vill framför allt lyfta fram behovet av bättre resurser till information och stöd inom mödra- och barnhälsovården och att den yttre miljön i skolor och förskolor ses över.

*Folkhälsoinstitutet* instämmer i stort med texten kring allergier, men vill uppmärksamma på kontaktallergier som nickelöverkänslighet. FHI föreslår en ytterligare strategi: "Ingen skall bli sjuk eller få symptom av brister i varor som används i hushåll eller vid fritidsaktiviteter."

*Handikappombudsmannen* anser att det är viktigt med ökad kunskap om orsaker till astma, allergi samt annat överkänslighet.

*Läkemedelsverket* instämmer i beskrivningen, men påpekar att på grund av internationell handel och EU-gemensamma bestämmelser kan arbetet med produkter behöva bedrivas på EU-nivå. När det gäller kosmetiska och hygieniska produkter varnar verket för en alltför snabb avveckling av användandet av djurförsök.

*Uddevalla kommun* anser att kommittén bör uppmärksamma behovet av en jordnötsfri kost i skolan. *Örnsköldsviks kommun* anser att

medborgarnas attityder och åsikter i frågan måste påverkas mot en ökad tolerans.

*Landstinget i Halland* välkomnar det faktum att kommittén uppmärksammar allergifrågan. Landstinget anser dock att beskrivningen tydligare borde fokuseras dels på vad som orsakar sjukdomen, dels på vad som utlöser symtom. I den aktuella beskrivningen läggs fokus på att eliminera symtom, vilket innebär en risk för att man faktiskt inte når roten till det onda. Landstinget vill i detta sammanhang fästa uppmärksamheten på den just nu diskuterade "hygienhypotesen" som man menar inte fått tillräckligt utrymme i betänkandet.

*Västra Götalandsregionen* anser att det är av stor vikt att allmänhetens kunskaper inom detta område förbättras, och anser att skolan kan göra viktiga insatser här.

*Kristdemokratiska ungdomsförbundet* förordar att alla landsting och kommuner antar program för allergianpassning.

*Astma och allergiförbundet* anser att det är mycket viktigt att kommittén överväger och beskriver ansvarsfördelningen på olika samhällsnivåer när det gäller folkhälsoarbetet i allmänhet och arbetet mot allergi och annan överkänslighet i synnerhet. Förbundet anser att centrala myndigheter och organisationer måste stimuleras till samverkan för att förebygga allergier och att allergikommittéer på lokal nivå måste ges organiserat stöd.

*Vårdalsstiftelsen* lyfter fram behovet av fortsatt forskning inom detta område, något som stiftelsen själv bland andra avser att prioritera. Stiftelsen vill också poängtera att det allergiförebyggande arbetet har en viktig roll i det lokala förebyggande arbetet.

*Centerkvinnorna* vill uppmuntra till forskning och kunskapsutveckling. Organisationen tycker att det är bra att kommuner och landsting agerar starkt i frågan, men att staten inte får stå tillbaka från det övergripande ansvaret.

*Allergiprogrammet i Sundsvall* anser att kommittén måste överväga hur ansvaret mellan olika instanser i folkhälsoarbetet skall fördelas, och att allergifrågorna i samband med detta måste ges stor prioritet.

## Andra uppdateringar av sakunderlaget

Läkemedelskostnaderna på grund av allergi och astma ökade från 1983 till 1996 med 318 procent.<sup>160</sup>

<sup>160</sup> Hansén C, Lindgren B. De samhällsekonomiska kostnaderna av allergi och astma 1996. Lunds universitet 1999.

En förstående och hänsynsfull omgivning i förskola och skola är av stor betydelse för barn/elever med astma och allergi. Åtgärder för att åstadkomma en hälsosam skolmiljö för allergiker har visat sig vara hälsofrämjande även för övriga elever i skolan<sup>161</sup>. Enligt FN:s barnkonvention, artikel 23, har handikappade barn rätt till bästa uppnåeliga hälsa och särskild omvårdnad.

### 5.4.3 Bedömning

Allergiproblemet är i omfattning och sett till konsekvenserna alarmrande och utgör idag ett allvarligt hot mot befolkningens hälsa och livsföring. Kunskapen om hur allergiska besvär undviks är idag betydande även om vi inte vet grundorsakerna till uppkomsten av besvären. De preventiva budskapen har emellertid inte nått fram i önskvärd utsträckning och inte heller fått den praktiska genomslagskraft som krävs för ett effektivt allergiarbete. Människor med allergiska besvär måste kunna leva ett liv på lika villkor som andra människor.

För att skydda små barn mot allergi måste föräldrarna nås av preventiva råd som vilar på vetenskaplig grund. Detta är av särskild betydelse när det finns anlag för allergi i familjen. Samtliga gravida kvinnor och föräldrar till nyfödda bör erbjudas vägledning om hur de kan skydda sina barn från att utveckla allergier. Insatserna inom barn- och mödrahälsovården måste utvecklas och utvidgas för att ge nyanserade, differentierade och vid behov riktade råd om pälsdjursinnehav, val av föda, betydelsen av utevistelser m.m.

Förskola och skola bör se som sitt ansvar att skapa rutiner för ett gott omhändertagande av de allergiska eleverna, såväl medicinskt som socialt och miljömässigt. Det är ett led i att uppfylla FN:s barnkonvention. För att skydda allergikänsliga barn och vuxna måste allergisäkra miljöer erbjudas i förskola, skola, arbetsliv och offentliga miljöer. Stor vikt måste också läggas vid städningens betydelse.

Många människor, även barn, tvingas mot sin vilja andas in miljö- tobaksrök på restauranger, hotell, diskotek, kaféer eller i andra offentliga miljöer som borde vara tillgängliga för alla. Forskningen har fastlagt att passiv rökning inte bara kan förstärka allergiska reaktioner och vara till stort besvär för dem som är överkänsliga utan även medför andra hälsorisker. Små barn som utsätts för passiv rökning insjuknar

<sup>161</sup> *Astma och allergi i skolan – Råd och rekommendationer*. Skolläkarföreningen i samverkan med Astma- och Allergiförbundet, Astma och Allergisjuksköterskeföreningen, Barnläkarföreningen, Folkhälsoinstitutet, Riksföreningen för skolsköterskor, Skolledarförbundet. Folkhälsoinstitutet 1999.

lättare i astma än andra barn och om mamman rökt under graviditeten ökar risken markant.

Vi tillbringar ca 90 procent av vår tid inomhus. Under de senaste decennierna har inomhusmiljöerna förändrats. Nya byggnads- och inredningsmaterial, fukt- och mögelskador, försämrade ventilation och slarvigare städning är några exempel. Många besvärar sig av inomhusmiljön med symtom som irritation i ögon, näsa och hals, känsla av torrhet i huden, trötthet samt huvudvärk (Sjuka-Hus-Sjuka). Astma och symtom i nedre luftvägarna beror i viss utsträckning på bristande ventilation i bostaden. Väsentligt är att byggnadsmaterial eller byggnaders konstruktion inte framkallar allergiska reaktioner, symtom på annan överkänslighet eller andra hälsobesvär.

Nya kemiska produkter, kosmetika, hygienartiklar och byggnadsmaterial introduceras kontinuerligt på marknaden. Idag beskrivs tusentals olika ämnen som kontaktallergen och bland dem finns nickel som det största problemet. Även när det gäller livsmedel har under de senaste decennierna många allergirisker identifierats och misstankar finns om ytterligare ett stort antal. Inom delar av industrin, exempelvis byggbranschen, märks emellertid ett växande intresse för att framställa allergisäkra produkter. Allergisäkra produkter och konsumtionsvaror bör tas fram i ökad omfattning i samråd mellan näringsliv, forskning, myndigheter och organisationer. Samråd mellan myndigheter, organisationer, näringsliv och forskare behövs för att utveckla och skapa konsensus kring märkning av produkter och konsumtionsvaror. För personer som lider av överkänslighet mot födoämnen eller födoämnesallergi är det viktigt att livsmedelsmärkningen är heltäckande.

”Nya” symtom på olika slags överkänslighet bör uppmärksammas i forskningen. Allergi och annan överkänslighet är multifaktoriellt och berör många discipliner inom forskningen. Ett tvärvetenskapligt synsätt i allergiforskningen bör därför stimuleras.

För att åstadkomma ett framgångsrikt allergiförebyggande arbete är det viktigt att både offentlig sektor, näringsliv och ideella organ tar med allergi- och överkänslighetsaspekterna i sin verksamhet. Därtill krävs beslut som gynnar långsiktigt allergiförebyggande arbete, landsomfattande insatser samt samordning vad gäller organisation, ansvar och resurser att driva på arbetet.

Det pågående arbetet med att ta fram en nationell handlingsplan mot allergi är angeläget. Det är också viktigt att arbetet med att göra kommunala allergiprogram fortsätter, så att man inte hänvisar till det nationella arbetet och avvaktar med att göra alla de åtgärder man redan har kunskap om och kan vidta.

## 5.5 Prevention av sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter<sup>162</sup>

### 5.5.1 Sammanfattning av avsnitt 10.6 i SOU 1999:137

Hälsofrämjande och förebyggande arbete för att minska förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar (STD) och minska antalet aborter har som mål att människor skall vidmakthålla ett hälsosamt sexuellt beteende eller förändra ett beteende som innebär risk att smittas med en STD eller risk för en oönskad graviditet. Folkhälsoarbetet var tidigare mest inriktat på att varna för risker och riskfaktorerna framhölls. Numera betonas sexualitets- och samlevnadsperspektivet i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.<sup>163</sup>

#### Förekomst av hiv, övriga STD och aborter

##### *Hiv*

Hiv och övriga STD är ett omfattande och allvarligt hot mot folkhälsan i många länder. Enligt WHO/UNAIDS lever över 30 miljoner människor idag med hiv<sup>164</sup> och över 300 miljoner människor i världen uppskattas vara smittade med behandlingsbara STD som t.ex. gonorré, syfilis och klamydia. Till och med år 1998 har 4 917 personer diagnostiserats med hiv i Sverige.

Antalet diagnostiserade fall av hiv per år i gruppen män som har sex med män har varit relativt oförändrat under de senaste åren.<sup>165</sup> Eftersom de diagnostiserade fallen till stor del speglar smittspridningen flera år tillbaka måste utvecklingen följas under flera år. Bland de heterosexuellt smittade utgörs majoriteten av personer som smittats innan de

<sup>162</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Avdelningsdirektör Gunilla Rådö, Folkhälsoinstitutet, har biträtt sekretariatet med faktauppdateringar.

<sup>163</sup> Folkhälsoinstitutet. *En fråga för livet – ett sexualitets- och samlevnadsperspektiv på Nationell folkhälsopolicy för hiv/STD*. Folkhälsoinstitutet 1997:31.

<sup>164</sup> UNAIDS. *AIDS Epidemic update*. UNAIDS december 1998.

<sup>165</sup> Smittskyddsinstitutet. *Smittsamma sjukdomar i Sverige 1997*. Epidemiologiska enhetens årsrapport.

flyttat till Sverige. Antalet framtida fall i den sistnämnda gruppen kan därför påverkas av invandring till Sverige av personer som kommer från områden med hög förekomst av hiv. Resande till och vistelse i länder med hög förekomst av hiv/STD kan också komma att påverka hiv/STD-utvecklingen.

### *Sexuellt överförbara sjukdomar*

Knappt var femte person i Sverige har eller har någon gång haft en STD.<sup>166</sup> Vanliga STD i befolkningen är klamydia, genital herpes och kondylom. Klamydia är den STD som är vanligast förekommande vad avser anmälningspliktiga STD och sprids huvudsakligen bland unga personer.<sup>167</sup> 97 procent av alla anmälda personer är mellan 15 och 39 år. År 1998 anmäldes 15 198 fall, en ökning med 9 procent jämfört med år 1997. Beträffande gonorré ökade antalet fall något under år 1997 till 246 fall, 198 män och 48 kvinnor. Det var första gången sedan 1976 som incidensen ökade jämfört med föregående år. 26 procent var smittade homosexuellt. En majoritet av de heterosexuellt smittade männen var smittade utomlands. Anmärkningsvärt är att antalet fall ökat bland tonåringar. Syfilis är numera en ovanlig STD. Andra STD som är vanliga i befolkningen är kondylom och genital herpes. Man beräknar att ungefär en tredjedel i den yngre åldersgruppen är bärare av kondylom.<sup>168</sup> Uppgifter om utbredningen av genital herpes är osäkra, men sjukdomen är mycket vanligt förekommande.<sup>169</sup>

STD medför mer eller mindre allvarliga symtom. Vissa STD kan om de inte behandlas leda till allvarliga komplikationer. För behandlingsbara STD som t.ex. syfilis, gonorré och klamydia är tidig upptäckt av stor betydelse. Obehandlad STD kan leda till allvarliga komplikationer som infertilitet, utomkvedshavandeskap och livmoderhalscancer. En annan viktig anledning att tidigt behandla STD är att risken för att smittas med annan STD, t.ex. hiv ökar. Läkarbesök och behandling av STD är kostnadsfritt för individen för de STD som är samhällsfarliga enligt smittskyddslagen.

<sup>166</sup> Lewin B (red). *Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996*. Folkhälsoinstitutet 1998:11.

<sup>167</sup> Götz H, Arneborn M, Berglund T. Aktuell information från Smittskyddsinstitutet. *Smittskydd* 1999;2:16.

<sup>168</sup> Folkhälsoinstitutet, RFSU. *Kondylom. 22 frågor och svar om kondylom – könsvärtor*. Folkhälsoinstitutet 1997.

<sup>169</sup> Folkhälsoinstitutet. *Frågor och svar om genital herpes*. Folkhälsoinstitutet 1997.

### *Oönskade graviditeter*

Abortfrekvensen i olika åldersgrupper har varierat sedan abortstatistiken infördes år 1975. De största förändringarna har skett i de yngre åldrarna, som tidigare svarade för majoriteten av aborterna. Under den första hälften av 1990-talet sjönk antalet tonårsaborter.<sup>170</sup> De flesta aborter genomförs idag bland kvinnor mellan 20 och 30 år. Det sammanhänger med den ökade tendensen att senarelägga barnafödandet. Det finns stora geografiska skillnader. Studier har visat klara samband mellan antal aborter och kvinnans socioekonomiska situation. I jämförelse med övriga kvinnor är det fler som bor i socioekonomiskt svaga områden som genomgår abort. Enligt studien *Sex i Sverige*<sup>171</sup> sker vart fjärde samlag i åldersgruppen 25 till 49 år utan graviditetsskydd och utan barnönskan.

En studie har visat att känslor av skuld och skam i samband med abort numera är ovanligt.<sup>172</sup> En abort kan dock innebära påfrestningar, framförallt psykiska, för kvinnan och mannen. Allvarliga komplikationer i samband med abort är mycket ovanliga.

### **Kunskap om orsaker och möjlighet att påverka**

Regelbundna undersökningar angående svenska folkets kunskap om hiv visar att kunskapsnivån är hög.<sup>173</sup> En majoritet vet hur hiv smittar, men få personer anser sig själva vara utsatta för risk att smittas. Detta inkluderar även dem som har tillfälliga sexuella kontakter. En annan fråga är hur bättre läkemedel och behandlingsmetoder för hiv-patienter påverkar hiv-spridningen. Om läkemedlen minskar smittsamheten hos mäniskor med hiv kan spridningen minska. Om bättre behandlingsmetoder minskar människors benägenhet att skydda sig mot smitta kan spridningen däremot öka. Det finns dessutom risk för att hiv blir resistent mot behandling och att dessa resistentastammar sprids. Ytterligare forskning och utvecklingsarbete behövs också vad gäller graviditetsskydd för såväl kvinnor som män.

<sup>170</sup> Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum. Aborter i Sverige 1998 januari-december. Preliminär sammanställning. *Statistik Hälsa och Sjukdomar* 1999:33.

<sup>171</sup> Lewin B (red) a.a.

<sup>172</sup> Holmgren K. *The legal abortion during very early pregnancy: women's experiences and ethical conflicts*. Karolinska Institutet. Stockholm 1994.

<sup>173</sup> Herlitz C. *Allmänheten och hiv/aids – kunskaper, attityder och vanor 1986–1997*. Folkhälsoinstitutet 1998:4.

Undersökningar visar att många män som har sex med män är väl-informerade om smittvägar och säkrare sex. Psykologiska faktorer styr ofta människors till synes irrationella beteenden. En viktig faktor när det gäller den homosexuelle mannens benägenhet att skydda sig kan vara hur han upplever omgivningens attityder, om han anser sig diskriminerad på grund av sin homosexualitet. Detta bidrar till att forma hans självbild. Att stärka den homosexuella identiteten och självkänslan och påverka allmänhetens attityder till homosexualitet är därför ett viktigt led i det hiv-preventiva arbetet.

Flera undersökningar av bl.a. ungdomsgrupper visar att de som tar risker i sexlivet ofta utsätter sig för hälsorisker också på andra områden. De är oftare rökare eller konsumerar mer alkohol än övriga. Ett bra sex- och samlevnadsarbete syftar bl.a. till att öka medvetenheten om den egna identiteten, stärka självkänslan och öka förmågan att hantera relationer till andra människor. Det viktiga är att det preventiva arbetet tar fasta på det friska, det positiva, utan att för den skull negligera hälsoriskerna. Detta synsätt är också utgångspunkten för det alltmer använda begreppet "sexuell och reproduktiv hälsa", där hälsa definieras i positiva termer som sexuell njutning och känslomässig gemenskap, samtidigt som begreppet innebär ett "säkert" sexualliv utan STD och oönskade graviditeter.

### **Befintliga mål och strategier**

Flera av WHO: s 21 hälsomål för Europa behandlar det förebyggande och hälsofrämjande arbetet av hiv/STD och oönskade graviditeter. Enligt Mål 7 skall alla länder år 2015 uppvisa en stabil minskning av incidens, dödlighet och skadliga konsekvenser av hiv-infektion, aids och andra STD.

Sedan tillkomsten av det första handlingsprogrammet mot hiv har regeringen varje år i budgetpropositionen under det s.k. aidsanslaget lämnat riktlinjer beträffande målen för insatserna och hur medlen skall prioriteras. De övergripande målen är att förebygga smittspridning av hiv, minska de negativa effekterna av epidemin i form av ångest och rädsla och att verka för solidaritet och motverka utstötning och diskriminering av hivsmittade och riskutsatta grupper. Frivilligorganisationernas arbete betonas. Med hjälp av dessa medel har verksamheter byggts upp och olika projekt har genomförts över hela landet.<sup>174</sup> Under

<sup>174</sup> Jarlbro G. Var det värt alla pengarna? Utvärdering av hur det särskilda bidraget för HIV-förebyggande insatser använts. *Folkhälsoinstitutet utvärderar* 4/1995.

år 1995 utarbetade Folkhälsoinstitutet i samarbete med olika myndigheter, kommun- och landstingsförbunden och frivilligorganisationer en nationell folkhälsopolicy för hiv/STD.<sup>175</sup>

Smittskyddslagen har regler för skydd mot att smittsamma sjukdomar sprids i samhället. Vissa STD som hiv, klamydia, syfilis och gonorré är klassade som samhällsfarliga sjukdomar, vilket bl.a. innebär skyldighet för en person som misstänker sig vara smittad att uppsöka läkare och låta undersöka sig. En utvärdering beträffande det svenska smittskyddet med tonvikt på lagen och övriga författningar som hör till smittskyddet har genomförts. Smittskyddskommittén föreslår i sitt betänkande en ny smittskyddslag och förändringar i den straffrättsliga regleringen samt i regleringen av de s.k. bastuklubbarna.<sup>176</sup>

### Målförslag i avsnitt 10.6 i SOU 1999:137

1. *Ungdomar skall ges likvärdiga förutsättningar att utveckla en hälsosam sexualitet*
  - Alla elever skall få återkommande sex- och samlevnadsundervisning.
  - Elever skall få tillgång till individuell rådgivning och stöd inom grund- och gymnasieskolan.
  - Ungdomar skall ha tillgång till ungdomsmottagningar med bred kompetens.
  - Insatser skall riktas till ungdomar som av olika skäl behöver särskilt stöd.
2. *Antalet nyinfekterade fall av sexuellt överförbara sjukdomar (STD) skall minska*
  - Kondomanvändning skall öka.
  - Särskilda insatser skall vidtas till grupper där smitta huvudsakligen sker.
  - Åtgärder skall vidtas för tidig upptäckt av smittade, effektiv behandling och ett gott omhändertagande
  - Diskriminering och stigmatisering av hivsmittade samt deras närstående skall minska.

<sup>175</sup> Folkhälsoinstitutet. *Nationell folkhälsopolicy för hiv/STD – utgångspunkter och principer*. Folkhälsoinstitutet 1995.

<sup>176</sup> SOU 1999:51 *Smittskydd, samhälle och individ*. Betänkande av 1996 års Smittskyddskommitté.

### 3. Antalet oönskade graviditeter skall minska

- Användning av graviditetsskydd skall öka.
- Riktade insatser skall göras till de grupper som har de högsta abort-talen.
- Preventivmedelsrådgivningen skall vara tillgänglig och kostnadsfri.
- Abortrådgivning bör erbjudas till både mannen och kvinnan.

## 5.5.2 Kompletteringar

### Remissinstansernas synpunkter

Majoriteten remissinstanser som yttrat sig över avsnittet prevention av STD och oönskade graviditeter menar att frågorna bör behandlas i ett brett perspektiv med betoning av den psykiska och sociala dimensionen av sexualitet. STD och oönskade graviditeter som en del av den sexuella och reproduktiva hälsan lyfts fram av flera instanser, liksom betydelsen av sexualiteten som främjande av människors hälsa och välmående. Förslag på hur människors reproduktiva hälsa och sexuella välbefinnande kan förbättras efterlyses.

RFSU menar att sexualiteten är en positiv kraft, en källa till njutning och tillfredsställelse och att det perspektivet måste vara tydligare. Den sexuella friheten för den enskilde skall värnas utan att det innebär ofrihet för andra. Sexualiteten skall därför grundas på ömsesidighet och respekt. RFSU understryker att sexualiteten har ett egenvärde.

Sex- och samlevnadsundervisningens betydelse betonas också av RFSU som framhåller att en god sexualundervisning kan spela en nyckelroll för ungas utveckling. Undervisningen hjälper till att bekräfta ungdomars identitet och ger dem medel att hantera sexualitet och relationer. RFSU påpekar att målet om att alla elever skall få återkommande sex- och samlevnadsundervisning redan är inskrivet i läroplanen men att det saknas förslag på hur den kan förbättras. Man välkomnar att kommittén tar upp de äldres sexualitet.

*Stockholms läns landstings verksamhet för STD-förebyggande arbete, Lafa*, betonar också synen på sexualiteten som en friskfaktor och menar att detta synsätt är ett nydanande utvecklingsområde. Det förebyggande perspektivet utgår från ett traditionellt sjukdomsperspektiv och därför är det viktigt att områdena hålls isär för att mål, strategier och forskningsbehov skall kunna synliggöras. *Barnombuds-mannen* anser att det viktigaste målet är att ungdomar ges lika förutsättningar att utveckla en hälsosam sexualitet. BO är positiv till de olika strategierna och anser det vara av vikt att det förebyggande arbetet integreras i ett brett hälsofrämjande och förebyggande arbete. Vik-

ten av kontinuerlig forskning om ungdomar och ungdomssexualitet betonas. Dessutom saknas, enligt BO, kunskap om vilka insatser de unga själva anser har fungerat samt om viss information saknas och om informationskanalerna som används är de bästa. *Skolverket* understryker att det redan finns nationella styrdokument om att alla skall få sex- och samlevnadsundervisning.

*Folkhälsoinstitutet* instämmer i stort med delbetänkandet, men vill speciellt lyfta fram hiv. Man anser att överskriften bör lyda "Prevention av hiv, övriga sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter." Det innebär att mål 2 bör formuleras "Antalet nyinfekterade fall av hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar (STD) bör minska".

*Jämtlands läns landsting* anser att det är viktigt att se det STD-och abortförebyggande arbetet som en integrerad del i det lokala förebyggande arbetet. *Landstinget i Kronoberg* trycker också på behovet att se frågorna i ett brett perspektiv. *Landstinget i Västernorrland* önskar att en politik skulle skapas som underlättar för kvinnor att fullfölja även oönskade graviditeter. Det gäller i synnerhet kvinnor i utsatta situationer som ibland efter en abort snart blir gravida igen. *Västra Götalandsregionen* anser att kommitténs perspektiv är för snävt och förutsätter att slutbetänkandet kommer att innehålla även den psykiska och sociala dimensionen av sexualitet och reproduktiv hälsa.

*Riksförbundet för hiv-positiva, RFHP*, ställer sig bakom kommitténs förslag till mål och strategier men menar att en närmare analys bör göras av varför hiv-positiva diskrimineras. RFHP betonar att det absolut viktigaste som måste till för att förbättra situationen för hiv-positiva är att förändra smittskyddslagen. *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande, RFSL*, anser att det är anmärkningsvärt att kommittén bortser från de specifika faktorer i form av fördomar samt social och juridisk diskriminering, som i högsta grad påverkar homo- och bisexuellas livsvillkor och livskvalitet och följaktligen hälsan. Man menar att man inte bara kan uppmärksamma homosexualitet i det avsnitt som rör hiv och sexuellt överförbara sjukdomar.

*Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning, HomO*, har liknande synpunkter som RFSL. HomO påpekar att fortfarande går de flesta homo- och bisexuella barn och ungdomar genom hela sin skoltid utan att mötas av en relevant spegling av sin egen sexuella identitet i läromedel, undervisning, samtal eller umgänge med skolpersonal och andra elever. Inte ens ungdomsmottagningar eller skolans elevvård har i de flesta fall någon genomtänkt strategi för att möta homo- och bisexuella ungdomar på ett sätt som är ägnat att tillgodose deras särskilda behov.

*Riksorganisationen för kvinnojourer i Sverige, ROKS*, anser att betänkandet i allt väsentligt saknar köns- och jämställdhets-

perspektiv. Sexualiserat våld utgör enligt kvinnojourernas erfarenhet en tydlig orsak till ohälsosam stress hos kvinnor och barn. Många skolbarn, som upplever oro och lättare psykiska problem, är utsatta i hemmen för våld direkt eller indirekt genom att pappan utsätter mamman för våld. I den arbetsplatsrelaterade stressen ingår också sexuella trakasserier. ROKS anser att mäns sexualiserade våld mot kvinnor och barn skall vara ett särskilt område i folkhälsoarbetet på alla nivåer.

### Andra uppdateringar av sakunderlaget

Hiv fortsätter att spridas i många länder i världen. WHO/UNAIDS uppskattar att 33 miljoner levde med hiv i slutet av 1999.<sup>177</sup> Mer än 65 procent av hivspridningen har skett i Afrika. Hiv/aids har och kommer att få mycket allvarliga konsekvenser för utvecklingen i många länder. Detta har fått till följd att FN:s säkerhetsråd uttalat att hiv/aids-epidemin utgör en säkerhetsrisk avseende fred och stabilitet i världen. UNAIDS har antagit ett särskilt strategiprogram för Afrika som syftar till att intensifiera de förebyggande insatserna och lindra konsekvenserna av epidemin. I vissa länder i Östeuropa ökar spridningen av hiv bland injektionsmissbrukare.

I Sverige minskade antalet nydiagnostiserade hiv-fall något under 1999 till 217 fall jämfört med 252 fall 1998.<sup>178</sup> Den största minskningen var i gruppen män som har sex med män. Beträffande övriga STD fortsätter gonorré och klamydia att öka även 1999.<sup>179,180</sup> Detta är en trend som pågått under några år. Särskilt allvarlig är uppgången av klamydia i de yngsta åldersgrupperna. Bland män som har sex med män fortsätter ökningen av gonorré vilket kan tyda på ett ökat sexuellt risktagande. Ett ökat sexuellt risktagande i denna grupp rapporteras från flera länder som t.ex. Storbritannien, USA och Australien.<sup>181</sup>

<sup>177</sup> UNAIDS, *AIDS Epidemic Update*. UNAIDS December 1999.

<sup>178</sup> Smittskyddsinstitutet. *Smittskydd* 1 2000. Smittskyddsinstitutet 2000.

<sup>179</sup> Berglund T, Götz H. Gonorré ökar för tredje året i följd men syfilis minskar. *Smittskydd* 6:39-41, 2000.

<sup>180</sup> Götz H, Arneborn M. Fortsatt ökning av sexuellt överförd klamydia-infektion. *Smittskydd* 6:27-30, 2000.

<sup>181</sup> Grulich A. HIV risk behaviour in gay men: on the rise? *BMJ* 2000;320:1487-8.

Det totala antalet aborter minskade något under 1999 till cirka 30 700, jämfört med 31 008 under 1998.<sup>182</sup> Nedgången har skett i åldersgrupperna över 19 år, medan tonårsaborterna ökat med tre procent. Det är fjärde året i rad som tonårsaborterna ökar och det är fortfarande bland de yngre tonåringarna som ökningen är störst.

En kartläggning beträffande ungdomars attityder till sex och om dessa förändrats över tid har genomförts av Folkhälsoinstitutet på uppdrag av regeringen.<sup>183</sup> Kartläggningen visar att skolan när det gäller kunskapsförmedling till ungdomar om sexualitet generellt fyller en viktig funktion. I vissa mångkulturella skolor är dock tidningar, tv och pornografi de mest framträdande informationskanalerna. Kartläggningen visar också att kvinnors och mäns ålder för samlagsdebut under 1900-talet blivit allt lägre, skillnaden i ålder för samlagsdebut mellan män och kvinnor har minskat, fler flickor hade haft samlag första kvällen 1997 jämfört med 1989 och analsex har blivit vanligare. Studier som redovisas i kartläggningen tyder på ett samband mellan analsex och att ha tittat på pornografisk film. Sexuellt språkbruk och sexuella trakasserier bland unga är ett problem på många skolor. Det saknas studier som visar om sexuella trakasserier blivit vanligare men det framgår att många ungdomar, framför allt flickor, uppger att de blivit utsatta.

Skolverket har genomfört en kvalitetsgranskning vid ett urval grund- och gymnasieskolor i landet av bl.a. sexual- och samlevnadsundervisningen.<sup>184</sup> Granskningen visar att i endast fyra av sammanlagt 50 grundskolor och i sex av sammanlagt 29 gymnasieskolor hade alla elever en rik och varierad sexual- och samlevnadsundervisning med tydliga mål. I knappt hälften av grundskolorna utgick undervisningen i klasserna 7–9 från biologiämnet med tonvikt på kropp och biologi och mindre på identitet och manligt/kvinnligt. I elva av gymnasieskolorna förekom knappt någon undervisning alls, endast någon enstaka temadag eller besök av ungdomsmottagning.

I Norge presenterades år 1999 en rapport<sup>185</sup> som understryker att det är de yttre sociala strukturerna som gör att homosexuella som grupp mår förhållandevis sämre än befolkningen som helhet. Utanförskapet i en kultur skapar stress, som i sin tur leder till sämre hälsa.

<sup>182</sup> Socialstyrelsen, Epidemiologiskt Centrum. Aborter i Sverige 1999 januari–december. Preliminär sammanställning. *Statistik Hälsa och sjukdomar* 2000:1.

<sup>183</sup> Folkhälsoinstitutet. *Ungdomar och sexualitet – en presentation av aktuell kunskap*. Folkhälsoinstitutet 2000.

<sup>184</sup> Skolverket. *Nationella kvalitetsgranskningar 1999*. Rapport nr 180 Skolverket 2000.

<sup>185</sup> Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. NOVA rapport 1/99.

I en rapport om negativ särbehandling av hiv-positiva i arbetslivet konstateras att många hiv-positiva personer upplever att samhället har dåliga kunskaper om vad hiv verkligen är samt att de har upplevt, eller är rädda för, att omgivningen hyser fördomar mot dem.<sup>186</sup> Fördomar mot de s.k. riskgrupperna bedöms också ha betydelse i sammanhanget. Av denna anledning är det många som håller sin hiv-status hemlig på arbetsplatsen.

I en rapport om homosexuellas utsatthet för brott redovisas att homosexuella var utsatta för våld och hot i dubbelt så hög utsträckning som andra.<sup>187</sup> Många, både män och kvinnor, har varit utsatta för trakasserier, mobbning och våld redan i unga år. De unga homosexuella rapporterar om rädsla för att utsättas för brott på grund av sin sexuella läggning.

Ett förslag till nationell handlingsplan för hiv/STD-prevention för perioden 2000–2005 har, på uppdrag av regeringen, tagits fram av Folkhälsoinstitutet i samarbete med myndigheter, landsting, storstadskommuner och frivilligorganisationer.<sup>188</sup> I handlingsplanen konstateras att hiv och övriga STD orsakar allvarliga konsekvenser både på ett samhälleligt och individuellt plan. Det är dessa sammanlagda konsekvenser som ytterst motiverar att omfattande resurser sätts in för att förebygga smittspridning. Tyngdpunkten i handlingsplanen är mål för uppföljning, utvärdering och samordning av det förebyggande arbetet. En handlingsplan för det förebyggande arbetet med oönskade graviditeter kommer också att utarbetas av Folkhälsoinstitutet liksom strategier för det hälsofrämjande arbetet inom området sexuell och reproduktiv hälsa.

Hur sexualiteten hanteras i samhället är en del i hela samhällsutvecklingen. Utveckling från 1900-talets mitt fram till idag speglas delvis i studien *Sex i Sverige*. I en nyutkommen rapport beskriver Kajsa Sundström utvecklingen och refererar till undersökningens resultat beträffande tre generationers svar på frågor om sexualitet och sexualvanor.<sup>189</sup> De yngsta som deltog i studien var 18 år och de äldsta 74 år. Under de år som personerna har levt sker samhälleliga förändringar över tid som avspeglas i vanor och attityder till sexualitet. Ett

<sup>186</sup> Segersten J, Karlsson P. *Negativ särbehandling av hivpositiva i arbetslivet*. Riksförbundet för hivpositiva 2000.

<sup>187</sup> Tiby E. *De utsatta. Brott mot homosexuella kvinnor och män*. Folkhälsoinstitutet 2000:3.

<sup>188</sup> Folkhälsoinstitutet. *Förslag till nationell handlingsplan för hiv/STD-prevention 2000–2005*.

<sup>189</sup> Sundström K, Centerwall E, Nilsson A, Nordenmark, L. *Hur gör dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet*. Folkhälsoinstitutet 2000:7.

exempel är ålder för samlagsdebut (medelvärde) som för kvinnor sjunkit från 19,3 år i den äldsta åldersgruppen (55-74 år) till 16,5 år i den yngsta (18-34 år). Även för männen har åldern sjunkit från 18,5 år (55-74 år) till 17 år (18-34 år). Utvecklingen sammanfattar Kaja Sundström som följer:

På 1950-talet var giftermål den officiella sanktionen av sexualiteten och sexuellt samliv inom äktenskapets ram var det enda skolan kunde anbefalla. Sedan 1970-talet är sexual- och samlevnadsundervisningens mål inte längre avhållsamhet i ungdomen utan jämställdhet och ansvarstagande. På 1990-talet samlagsdebuterar unga män i genomsnitt ett halvt år senare än kvinnor i samma åldersgrupp.

I samma rapport beskriver Love Nordenmark hur människors sexualliv förändras mellan generationerna, s.k. "livsskedesbeskrivningar". Beskrivningarna sammanfattas enligt följande:

Yngre kvinnor har ett mer varierat sexualliv än äldre kvinnor och unga kvinnor är mer tillfredsställda med sitt sexuella liv än jämnåriga män. Äldre män har mer varierad sexuell erfarenhet än jämnåriga kvinnor, men kvinnor anser oftare att de kunnat leva sexuellt som de önskat under livets gång. Kvinnors lust varierar över tid och kvinnor i alla åldrar känner lust ibland snarare än ofta. Mäns lust är mera stabil, majoriteten av män under 50 känner lust ofta, medan flertalet av de äldre uppger att de känner lust ibland.

En annan del av rapporten behandlar myter och föreställningar om sexuella vanor och dessa ställs mot de fakta som presenteras i undersökningen Sex i Sverige. Erik Centerwall har sammanfattat dessa:

De män som debuterat tidigt värderar sitt sexuella liv högre, medan de som debuterat sent oftare tycker att de i ungdomen inte fått leva sexuellt som de önskat. Att män uppger ett större antal samlagspartners än kvinnor kan bero på att kvinnor underrapporterat sina erfarenheter under det att män överrapporterat. Faktum är att det vanligaste är att samlivet utövas i ett fast förhållande under lång tid och att de som lever i en relation i alla avseenden är mer sexuellt aktiva än andra.

I rapporten kommenteras att relativt många, både män och kvinnor, någon gång har gått med på sexuella handlingar utan att vilja det själva. Det är 28 procent av kvinnorna och 15 procent av männen som upplevt detta. På frågan om de tvingats till olika sexuella handlingar är det en lägre andel som uppger detta, 18 procent av kvinnorna och 10 procent av männen. Det finns dock inte något stöd för att det sexuella tvånget har ökat över tid. I de äldsta åldersgrupperna är detta vanligare än i övriga åldersgrupper. I studien framgick att 12,7 procent av männen har erfarenhet av prostitutionskontakter, och oftast har detta skett utomlands.

Födelsetalen sjönk i Sverige från början av 1970-talet till början av 1980-talet. Därefter ökade barnafödandet igen, vilket berodde framför allt på att fler kvinnor födde ett tredje barn. Detta kan ha samband med förlängd föräldraledighet, bättre tillgång till barnomsorg och höjning av ersättningsnivåerna i föräldraförsäkringen och barnbidraget. Födelse-talet var 1991 2,1 barn per kvinna. Under 1990-talet sjönk barnafödandet igen eventuellt beroende på ekonomiska besparingar och ökad arbetslöshet. År 1998 var födelsetalet 1,5 barn per kvinna. Allt fler unga väntar också med att skaffa barn till upp mot 30-års ålder. I mitten av 1960-talet var genomsnittsåldern för en förstföderska 23 år, 1995 hade den stigit till 27,5 år och 1999 var den 28,2 år.<sup>190</sup> Man vet att fertiliteten hos kvinnor avtar med stigande ålder, vilket påverkar födelsetalen. Tendensen att vänta med att föda barn har fört med sig att allt fler kvinnor söker hjälp mot oönskad barnlöshet.

Enligt forskaren Chris Magnusson råder en allmän avsaknad av kunskap, även internationellt, om hur ungdomar formar sin sexuella identitet, sexuella värden och sexuella livsstilar. Denna avsaknad av kunskap gäller framförallt pojkar. Det finns ingen övergripande teori och få teoretiska modeller för ungdomars sexuella utveckling. Alla teoretiker betonar sexualitetens betydelse i adolescensutvecklingen, och att handskas med sexualiteten är en viktig del i varje människas utveckling. Sexualitetens positiva effekter i adolescensen har visat sig ha betydelse för utvecklingen av en positiv självkänsla, självständighet och social kompetens. Det är ett område som det behövs mer forskning omkring.

### 5.5.3 Bedömning

Som flera remissinstanser påpekat är sexualiteten en viktig faktor i människors liv och har betydelse för lust och livsglädje. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med STD och hiv samt oönskade graviditeter bör därför breddas och utgå från betydelsen av ett sexuellt välbefinnande för individen. Sexualiteten är central i människors liv och påverkas av en rad faktorer som biologiska, emotionella, sociala och religiösa. Faktorerna växlar i betydelse under olika åldrar och i samhället över tid.

Sexualiteten formas i samspel med andra och efter det samhälle där en person växer upp och lever. Hur sexuella frågor hanteras i samhället är därför viktigt, som t.ex. homosexualitet. Frågor som jämställdhet mellan könen påverkar i stor utsträckning. Även den stigmatisering och

<sup>190</sup> SCB.

diskriminering av hiv-positiva som finns har effekter på människors beteende. Sexualpolitiska beslut har också betydelse för att påverka synen på olika sexuella frågor t.ex. förbudet mot köp av sexuella tjänster (1999) och uppmärksamheten kring vad som skall anses som våld och tvång i porrfilmer och därmed förbjudas. Det sexualiserade våld som riktas mot unga flickor och kvinnor är en folkhälsopolitisk fråga, eftersom det påverkar hälsan i total bemärkelse.

I Sverige finns god kunskap om STD och reproduktion samt om smitt- och graviditetsskydd. Men enbart kunskap leder inte till att människor använder smittskydd och preventivmedel. För att kunskapen skall omsättas i handling krävs att kunskapen står i samklang med individens och samhällets attityder, samt att individen har grundläggande färdigheter, som t.ex. trygghet med den egna sexualiteten och förmåga att kommunicera med sin partner.

Hiv och övriga sexuellt överförda sjukdomar (STD) har allvarliga konsekvenser både på ett samhälleligt och individuellt plan. Hiv är den allvarligaste sjukdomen och det finns därför anledning att betona hiv särskilt. Sverige har internationellt sett ett gynnsamt läge när det gäller STD och hiv. Detta läge kan dock snabbt försämrats. Diskussioner pågår för närvarande om hiv skall särredovisas eller ingå i STD-begreppet. Hiv har fortfarande en medicinsk och social särprägel eftersom bot saknas och sjukdomen är omgärdad av föreställningar, vilket gör att hivsmittade och deras närstående kan riskera stigmatisering och ibland även diskriminering. Tills vidare bör därför en särredovisning av hiv ske.

Oroande tecken ses idag vad gäller spridningen av STD i Sverige och i omvärlden. Sedan mitten av 1990-talet kan man se en ökning av gonorré och klamydia bland framförallt de yngsta sexuellt aktiva ungdomarna. I gruppen män som har sex med män har antalet fall av gonorré ökat de senaste två åren. Detta tyder på förändringar i sexuellt beteende och inger oro för att även hivsmittade kan komma att öka i denna grupp.

Under den första delen av 1990-talet sjönk antalet tonårsaborter fram till 1996, varefter en viss ökning har skett. Ökningen av tonårsaborterna och ökningen av klamydia visar att det finns grupper av ungdomar som har ett sexuellt risktagande. Studier visar att ökningen av både aborter och STD i de yngre åldersgrupperna inte sker i alla regioner i landet utan att det finns stora skillnader. Studier beträffande aborter visar klara samband mellan antal aborter och kvinnans socioekonomiska situation. Det finns anledning att anta att de nya "dagen-efter-pillren" kommer att förändra antalet aborter.

Prevention av hiv/STD och oönskade graviditeter måste bli än mer integrerat i det allmänna hälsofrämjande och förebyggande folkhälso-

arbetet. Särskilt tydligt är det i de insatser som riktas till ungdomar. Sex- och samlevnadsundervisningen har betydelse för ungdomars kunskap och bidrar till att utveckla den egna sexualiteten. Särskild betydelse får skolans undervisning i en tid när ungdomar överöses med olika sexuella budskap via tv, video och Internet.

För att möta ungdomars behov av upplysning och dialog om sexuella frågor behöver sex- och samlevnadsundervisningen utvecklas. Enskilda ungdomars behov av individuell rådgivning förutsätter en god skolhälsovård/elevvård samt ungdomsmottagningar. Särskilt viktiga är dessa resurser för ungdomar vars hälsa riskerar att utvecklas ohälsosamt. Homo- och bisexuella ungdomars behov av positivt stöd i sin identitetsutveckling behöver särskilt uppmärksammas. Skolan och ungdomsmottagningarna måste uppmärksammas på att barn och ungdomar är olika, man får inte utgå ifrån att alla är heterosexuella, eftersom man då försvårar identitetsutvecklingen hos de homo- och bisexuella ungdomarna.

Utbildningen inom området sexualitet och samlevnad för olika yrkesgrupper, som t.ex. lärare och vårdpersonal, behöver ses över liksom även fortbildningen.

I Sverige har två befolkningsbaserade undersökningar om sexualvanor genomförts, den senaste år 1996. Inom området hälsofrämjande aspekter på sexualitet samt sexualiteten som friskfaktor behövs ytterligare kunskap.

## 6 Målgrupper

### 6.1 Barn och ungdom<sup>1</sup>

#### 6.1.1 Sammanfattning av avsnitt 11.2 i SOU 1999:137

##### **Förekomst och fördelning**

Svenska barns och ungdomars hälsa är generellt sett god. Spädbarnsdödligheten i Sverige, Finland och Japan, är den lägsta i världen. Det allmänna välbefinnandet, skattat med hjälp av frågeformulär till skolbarn, är också bättre i Sverige än i de flesta andra länder i Europa och Nordamerika.<sup>2</sup> De främsta hälsoproblemen under uppväxten är nyföddhetsperiodens sjukdomar, missbildningar samt plötslig oväntad spädbarnsdöd. Efter spädbarnstiden är psykisk ohälsa, olycksfallsskador, infektioner samt astma och allergi, i nu nämnd ordning, de problem som främst försämrar barns och ungdomars hälsa.<sup>3</sup>

Till dessa problem bör läggas riskfaktorer för ohälsa i vuxen ålder, som grundläggs under uppväxtåren, men som vanligen inte manifesteras som ohälsa förrän i vuxen ålder. Dessa riskfaktorer är tobaksbruk, fysisk inaktivitet, lågt intag av frukt och grönsaker, drogmissbruk samt oskyddad sexuell aktivitet.<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Docent Sven Bremberg, Karolinska Sjukhuset, har biträtt sekretariatet med faktauppdateringar.

<sup>2</sup> King A, et al. *The health of youth: a crossnational survey*. Copenhagen: WHO, 1996.

<sup>3</sup> Peterson S, Backlund I, Diderichsen F. *Sjukdomsbördan i Sverige – en svensk DALY-kalkyl*. Stockholm: Karolinska Institutet, Folkhälsoinstitutet, Epidemiologiskt Centrum, Stockholms Läns Landsting, 1999.

<sup>4</sup> Murray J, Lopez A. *Global burden of disease*. Vol 1. Harvard: Harvard University Press, 1996.

De uppräknade riskfaktorerna för ohälsa i vuxen ålder är vanligare för barn och ungdom med socialt mindre gynnad bakgrund. Alkoholbruk under tonåren utgör dock ett undantag. Fördelningen könen emellan visar på ett relativt enhetligt mönster; de flesta folkhälsoproblem är vanligare bland pojkar än bland flickor. Könsfördelningen av psykiska problem och astma varierar dock över ålder. Könprofilen, för de uppräknade riskfaktorerna för ohälsa i vuxen ålder, är sammansatt. Tobaksbruk och fysisk inaktivitet är vanligare bland tonårsflickor medan alkoholbruk, lågt intag av frukt och grönsaker samt drogmissbruk är vanligare bland pojkar.

Dödligheten i de flesta vanligaste fysiska sjukdomarna, nyföddhetsperiodens sjukdomar, missbildningar, plötslig oväntad spädbarnsdöd, infektioner samt olycksfallsskador, har minskat under 1990-talet. Förekomsten av astma har däremot ökat. Det är en trend som funnits under flera decennier. Ökningen av astma förefaller dock i första hand gälla mindre svåra former.

Vissa psykiska problem, främst psykosomatiska besvär, liksom depressioner, förefaller också att öka. Tillgången till jämförbara undersökningar av psykisk ohälsa är dock mycket begränsad. Den främsta informationskällan har varit de upprepade enkätundersökningar bland skolbarn som gjorts i Folkhälsoinstitutets regi. Studierna visar att symtom som magvärk, huvudvärk, sömnsvårigheter och nedstämdhet gradvis har ökat under perioden från läsåret 1985/86 till 1997/98 såväl bland 11-åringar som bland 13- och 15-åringar.<sup>6</sup> Flickor har oftare symtom än pojkar redan i 11-årsåldern och skillnaden mellan pojkar och flickor blir större med åldern. I skolåldern har flickor oftare inåtvända psykiska problem, dvs. oro, ångest, depression och psykosomatiska symtom, medan pojkar oftare har utagerande problem, främst hyperaktivitet med koncentrationssvårigheter och utagerande beteendestörningar. Enligt Barnpsykiatriutredningen<sup>7</sup> har 5 till 10 procent av alla barn så uttalade problem att deras dagliga liv väsentligt påverkas. Efter spädbarnsåret är således psykiska problem det största enskilda hälsoproblemet och det enda större problem som, vid sidan av astma, också ökar.

---

<sup>5</sup> National Institute of Public Health. *Determinants of Burden of Disease in the European Community*. Stockholm: National Institute of Public Health, 1997.

<sup>6</sup> Folkhälsoinstitutet. *Skolbarns hälsovanor*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1999.

<sup>7</sup> SOU 1998:31 Barnpsykiatriutredningen.

### Bestämningsfaktorer

För att göra framställningen mer överblickbar när bestämningsfaktorer diskuteras används beteckningarna "biologiska", "mellanliggande" och "generella bestämningsfaktorer". Det synsätt som ligger bakom denna indelning återfinns i betänkandet, även om beteckningarna inte används där. Biologiska faktorer är de som direkt påverkar ett sjukdomsförlopp. Sådana faktorer redovisas längre fram i texten. Mellanliggande faktorer påverkar de biologiska faktorerna, men först efter flera mellanled. Tobaksbruk kan tjäna som exempel. Generella faktorer, slutligen, befinner sig ännu längre från de slutliga biologiska effekterna. Ett exempel på en sådan faktor är familjens sociala position. Faktorn betecknas som generell därför att ett flertal olika, och biologiskt åtskilda, hälsoproblem påverkas av samma faktor.

#### *Generella bestämningsfaktorer*

Barnens och barnfamiljernas samlade ekonomiska, sociala, politiska och kulturella resurser är sannolikt avgörande för både deras fysiska och psykiska hälsa. En aktuell sammanställning av de resurser som barn och ungdomar har tillgång till har nyligen gjorts.<sup>8</sup> Studien innefattar direkta utgifter för mat, kläder osv., betalda tjänster producerade för barn, exempelvis inom skola och sjukvård, och tjänster som utförs för barn men som ej redovisas i den formella ekonomin, exempelvis föräldrarnas insatser. De samlade insatserna fram till 18-årsdagen har ett värde av SEK 3,4 miljoner per barn/ungdom, varav familjen står för merparten.

Den markanta förbättring av barns hälsa som skett under 1900-talet kan sannolikt till stor del förklaras av de ökade resurser barn har fått tillgång till, både inom familjens ram och genom institutioner som förskola och skola. Familjens resurser har särskilt stor betydelse under de första levnadsåren. I ett internationellt perspektiv är hälsoläget bland barn i Sverige mycket gott under denna åldersperiod. Detta förhållande kan troligen till väsentliga delar förklaras av en internationellt sett mycket låg andel fattiga barnfamiljer.

Den ekonomiska utvecklingen för barnfamiljerna i Sverige under 1990-talet har dock varit oroande. Enligt Social rapport 1997 har andelen fattiga, dvs. de som lever under socialbidragsnormen, bland

<sup>8</sup> Dalman C, Bremberg S. *Insatser för barn och ungdom i Stockholms län*. Huddinge: Centrum för Barn- & ungdomshälsa, 1999.

ensamstående kvinnor med barn ökat från 18 procent år 1987 till 26 procent år 1994. Totalt var det år 1995 omkring 50 000 barn under 18 år som levde i familjer som får socialbidrag.<sup>9</sup> Vogel har visat på en ökande generationsklyfta under perioden 1975–1995 och pekar ut ensamföräldrar och småbarnsföräldrar som de stora förlorarna.<sup>10</sup>

Bostadssegregationen har ökat under de senaste decennierna, särskilt i storstadsområdena. Den har negativa effekter på barnen i de socialt och ekonomiskt svagaste familjerna. Skälet är att barns hälsa inte bara påverkas av resurser som finns i den egna familjen utan även av de ekonomiska, känslomässiga och kulturella resurserna som finns i närmiljön. Vuxna är mindre beroende av närområdet eftersom de ofta har arbete och vänner utanför det egna bostadsområdet. Barn däremot har sina främsta kontakter med andra barn och vuxna i närheten av bostaden och vanligen går de också i förskola och skola där. Barn kan utvecklas väl trots brister i familjen. Den främsta förklaringen är att barnen knyter kontakter med andra vuxna som kan engagera sig i barnet. Om de vuxna som finns i närmiljön redan är belastade av andra problem minskar däremot denna möjlighet. Därför är bostadssegregationen ogynnsam för barnen.

### *Mellanliggande faktorer*

De viktigaste påverkbara bestämningsfaktorerna för barns fysiska hälsa är tobaksbruk, amning, olika former av olycksfalls- och skadeprevention, sovläge på rygg, god ventilation inomhus, samt vaccinationer. För samtliga faktorer, med de två sista undantagna, är situationen sämre för barn i familjer med låg social position. Trenden över tid har varit gynnsam; riskfaktorerna har minskat i omfattning och spridningen av skyddsfaktorerna har ökat. Det är troligt att denna trend kan fortsätta genom utveckling av de förebyggande insatserna.

<sup>9</sup> Epidemiologiskt centrum. *Social rapport 1997*. SoS-rapport. 1997:14. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.

<sup>10</sup> Vogel J. Inkomst och fattigdom. I: Vogel J. (red.) *Välfärd och ojämlikhet i 20-års perspektiv 1975–1995*, Rapport 91. Levnadsförhållanden. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 1997.

## Möjlighet att åtgärda

Barns psykiska hälsa bestäms av de genetiska förutsättningarna och de erfarenheter barnen gör under uppväxten. De genetiska förutsättningarna går inte att påverka medan barnens uppväxtvillkor kan påverkas.<sup>11</sup> Ökade påfrestningar medför ökad risk för ohälsa, men en viss påfrestning förefaller inte vara knuten till någon särskild form av psykisk ohälsa.<sup>12</sup> Påfrestningar växelverkar med varandra vilket gör att den samlade effekten blir större än summan av delarna. Motsvarande gäller för skyddsfaktorer.

Under loppet av de senaste tre decennierna har det skett genomgripande förändringar av familjelivet i Sverige. Kvinnors deltagande i förvärvslivet har ökat, åldern då kvinnor föder sitt första barn har successivt blivit högre och barnen kommer tätare. Separationer i familjer har ökat, både bland sammanboende och gifta. Hälsoeffekterna av ombildade familjer är dock ofullständigt kända liksom effekterna av tätare barnafödande och av föräldrarnas högre ålder då första barnet föds.

Utöver betydelsen av generella resurser för barns psykiska hälsa går det att peka på särskilda skyddsfaktorer under barnens olika livsskeden.

## Spädbarnstiden

De senaste decenniernas spädbarnsforskning visar att utveckling av en trygg anknytning har väsentlig betydelse för den psykiska hälsan, både under uppväxten och senare i vuxen ålder. Anknytningsmönstret utvecklas under de första levnadsåren och är därefter relativt stabilt.<sup>13</sup> Forskning från en rad olika länder visar att omkring 40 procent av alla föräldrar inte förmår utveckla ett lyhört samspel med sitt barn.<sup>14</sup> Det finns således en betydande potential till förbättring.

<sup>11</sup> Rutter M. Childhood experiences and adult psychosocial functioning. *Ciba Found Symp* 1991;156(189):189-200.

<sup>12</sup> Bergman L, Magnusson D. A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 1997;9:291-319.

<sup>13</sup> Broberg A. A review of interventions in the parent-child relationship informed by attachment theory. *Acta Paediatr* 2000;89 (Supplement 434):37-42.

<sup>14</sup> Medicinska forskningsrådet. *Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv*. Medicinska forskningsrådets State of the art-konferens 1999. Stockholm 1999.

Utveckling av en trygg anknytning bestäms bl.a. av samspelet mellan barnet och den främsta vårdgivaren, ofta mamman. Samspelet påverkas i sin tur av mammans känslighet för barnets signaler. Denna känslighet går att utveckla med hjälp av pedagogiska program.<sup>15</sup> En version av sådana program har framgångsrikt prövats i Norge inom ramen för mödra- och barnhälsovårdens föräldragrupper.

Mammans känslighet för barnet blir nedsatt om hon själv är utsatt för påfrestningar. Otrygg anknytning är vanligare i familjer med en utsatt social situation. Påfrestningar kan balanseras av stöd från andra människor. Mödra- och barnhälsovårdens föräldragrupper erbjuder möjligheter för föräldrar att förbättra sitt sociala nätverk. Endast hälften av det totala antalet blivande föräldrar deltar dock i föräldragrupper inom barnhälsovården.<sup>16</sup> En lovande form för familjestöd är familjecentraler där öppen förskola, mödra- och barnhälsovård och socialsekreterare, utan myndighetsutövning, samlokaliseras.

### Förskoleåldern

Under förskoleåren gör föräldrarna själva de största insatserna för barnen. Det finns ett flertal studier som visar att olika former av stöd till föräldrar ger långsiktigt positiva effekter på barns psykiska och sociala hälsa.<sup>17</sup> Insatser under förskoleåldern ger bättre effekt än åtgärder i skolåldern.<sup>18</sup> Idag erbjuds dock ett begränsat föräldrastöd, främst inom barnhälsovården. Föräldrastöd är särskilt viktigt för föräldrar till barn med aggressiva och andra utagerande beteenden. Goda resultat har visats i studier både av insatser som genomförs enskilt och i grupp.<sup>19</sup>

<sup>15</sup> Broberg A. A review of interventions in the parent-child relationship informed by attachment theory. *Acta Paediatr* 2000;89 (Supplement 434):37-42.

<sup>16</sup> SOU 1999:161. *Stöd i föräldraskapet*. Betänkande av Föräldrautbildningsutredningen.

<sup>17</sup> Durlak JA. *Successful prevention programs for children and adolescents*. New York: Plenum, 1997.

<sup>18</sup> Bremberg S. (red.) *Barnrapporten. Kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn och ungdom i Stockholms län*. Stockholm: Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 1998.

<sup>19</sup> Durlak JA. *Successful prevention programs for children and adolescents*. New York: Plenum, 1997.

En annan väg att gå är att utveckla föräldrautbildningen i anslutning till förskolan. Detta var också tanken när föräldrautbildning infördes i mitten av 1970-talet.

### *Skolåldern*

Förekomst av belastningar och skyddsfaktorer i skol- och fritidsmiljöerna har stor betydelse för barnens psykiska hälsa under denna åldersperiod. Situationen är jämförbar med den som gäller för vuxna på deras arbetsplatser. Skillnaderna, jämfört med vuxna, är dels att skolmiljön är mer homogen än arbetsmiljöer för vuxna dels att barnens rättsliga ställning är svagare än den som gäller för en vuxen arbetstagare.

Under skolåren finns olika strukturer som kan ge ungdomar individuellt stöd. Vid sidan av föräldrar, grannar, lärare och fritidsledare är sannolikt skolhälsovårdens sjuksköterska den person som flest barn och ungdomar vänder sig till. Andra aktörer med färre kontakter är övrig elevvård, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, barnhabilitering och ungdomsmottagningarna. Samverkan mellan de olika aktörerna är ofta bristfällig.

### **Forskningsbehov**

Tre typer av forskningsbehov är aktuella; forskning som syftar till att klargöra bestämningsfaktorer för hälsa och ohälsa, att utforma effektiva interventioner och forskning som syftar till att klargöra sambanden mellan resursinsatser och effekter inom de omfattande system som är avsedda för barn, som förskola och skola.

### **Målförslag i avsnitt 11.2 i SOU 1999:137**

#### *1. Barnfamiljerna skall ha en trygg situation*

- De offentliga resurserna skall fördelas så att de tillgodoser alla barns behov.
- De offentliga tjänster som kommer barn till del skall ha en god och jämn kvalitet.

## 2. Den psykiska hälsan hos barn och ungdom skall förbättras

- Stödjande miljöer för barn och ungdom skall främjas och särskilt gäller det i utsatta områden.
- Mödra-, barn- och skolhälsovården samt ungdomsmottagningarna skall utvecklas. Nationella och fortlöpande mätningar av barns hälsa skall införas.
- Kvalitetskontrollen av förskola, skola och fritidsverksamhet skall förstärkas.

### 6.1.2 Kompletteringar

#### Remissinstansernas synpunkter

##### *Förekomst och fördelning*

*Barnombudsmannen* pekar på bristerna i statistik när det gäller barn och ungdomar, särskilt när det gäller skyddsfaktorer. Ett flertal remissinstanser pekar på tendenser till försämring av barns och ungdomars psykiska hälsa. *Folkhälsoinstitutet* saknar en definition av psykisk hälsa.

##### *Generella bestämningsfaktorer*

Flera remissinstanser diskuterar betydelsen av generella bestämningsfaktorer. Vissa instanser, som exempelvis *Nordiska hälsovårdshögskolan*, hävdar att det finns ett starkt samband mellan å ena sidan sociala och ekonomiska resurser och å andra sidan hälsa. Andra ifrågasätter sambandens betydelse. Ingen av de instanser, som ifrågasätter sambanden, för dock explicit fram tveksamheter kring sambandens betydelse för barns och ungdomars hälsa. Som en följd av denna analys instämmer ett flertal remissinstanser i behovet av olika former av ekonomiskt stöd till barnfamiljer. *Moderata Kvinnoförbundet* anser dock att stödet inte bör ske genom transfereringar och samhälleligt stöd.

*Barnombudsmannen* anser att generella kompensatoriska åtgärder för barn och ungdomar i utsatta områden är viktiga och bör förstärkas med ett mål för år 2020. Andelen barn som växer upp i utsatta områden bör halveras även under kommande tioårsperiod, anser BO. *Folkhälsoinstitutet* vill formulera indikatorer som kan leda till en positiv utveckling av förhållandena i bostadsområden som har den största andelen utsatta innevånare. Även svaret från *Nätverken för folkhälsoarbete i Större och Medelstora städer*, liksom Ånge kommun, tyder på

att skrivningen kring utsatta bostadsområden bör förtydligas. *Linpöings kommun* vill i stället för "minskad segregation" skriva "ökad integration".

#### *Bestämningsfaktorer på mellannivå*

Ett flertal remissinstanser lyfter fram föräldrarnas betydelse. *Riksföreningen för Barnsjuksköterskor*, *TCO*, *Uddevalla kommun* samt *Vårdförbundet* pekar på mödra- och barnhälsovårdens betydelse, och särskilt på den föräldrautbildning som bedrivs där. Man efterfrågar metodutveckling. *Socialstyrelsen* och *Socialhögskolan i Stockholm* ser förhoppningsfullt på försöken med familjecentraler, och vill se fortsatta utvärderingar. *Folkhälsoinstitutet* önskar att föräldrautbildning och socialt stödjande nätverk lyfts in i ett mål.

En faktor som flera remissinstanser lyfter fram är betydelsen av barns och ungdomars möjlighet att själva påverka sin situation. *Barnombudsmannen* pekar på att barns och ungdomars livssituation i hög grad bestäms av kommunala beslut. Enligt barnkonventionen har barn och ungdomar rätt till samråd kring beslut som rör dem själva. Mål och indikatorer bör utarbetas för att mäta förändringar inom detta område, anser *BO*. *IOGT-NTO:s juniorförbund* saknar en övergripande strategi för barns och ungdomars inflytande i samhället, något som de menar skulle ligga i linje med FN:s barnkonvention. *Lärarnas Riksförbund* pekar på att ett ökat elevinflytande skulle stärka såväl elevernas som skolpersonalens hälsa. *Barnombudsmannen* och *Folkhälsoinstitutet* anser att förslagen om ökade möjligheter för individer att påverka sina arbetsvillkor, även bör gälla för skolan, och särskilt förskolan.

Ett flertal remissinstanser pekar på skolans betydelse. *Folkhälsoinstitutet* delar kommitténs uppfattning om vikten av läs- och skrivfärdigheter. *Stockholms kommun* anser att mer utrymme borde ha getts åt en diskussion om skolan som arbetsplats. *Svenska Läkaresällskapet* efterlyser en djupare analys av skolan som arbetsmiljö. *Arbetskyddsstyrelsen* påpekar att arbetsmiljön i skolan, inkluderande den psykiska arbetsmiljön, regleras i arbetsmiljölagen, i samma utsträckning som på andra arbetsplatser.

*Barnombudsmannen* och *Handikappombudsmannen* vill fästa kommitténs uppmärksamhet på de funktionshindrade barnen och deras speciella svårigheter. *Intresseförbundet för Schizofreni* anser att speciell uppmärksamhet bör riktas mot den psykiska hälsan hos barn till psykiskt sjuka.

*Barnombudsmannen* och *Folkhälsoinstitutet* pekar på betydelsen av individuella friskfaktorer som goda kamratrelationer, självtillit, själv-

förtroende och social kompetens. Barnombudsmannen pekar också på att rekreation och utevistelser är viktiga för hälsan. För barnen handlar det dock inte bara om rekreation, anser BO, utan om nödvändiga villkor för utvecklingen.

### *Skolans roll*

En dominerande del av remissvaren betonar skolans möjlighet till påverkan av riskbeteenden bland ungdomar. Många förslag pekar på betydelsen av enskilda skolämnen, främst av idrott och hälsa, ett ämne som flera även anser bör utökas, av hemkunskap samt av sex- och samlevnadsundervisning. *Folkhälsoinstitutet*, *Skolverket*, *Tyresö* och *Umeå kommuner* framhåller att traditionell klassundervisning sannolikt inte påverkar dessa beteenden. De tar delvis som utgångspunkt en aktuell studie som Skolverket publicerat.<sup>20</sup> De skolor som lyckats har ofta utgått från elevernas behov istället för att utgå från ämnet. *Folkhälsoinstitutet* framhåller att pedagogiska insatser kring livsstilsrisker skall ses som en del i utvecklingen av skolan som en stödjande miljö. *Skolverket och Lärare mot tobak* framhåller att det finns ett stort behov av åtgärdsinriktad beteendevetenskaplig forskning.

*Folkhälsoinstitutet* påpekar att det finns många sätt att uppmuntra hälsofrämjande beteenden, exempelvis fysisk aktivitet. Hur detta skall gå till bör inte styras centralt, utan måste bestämmas av den enskilda kommunen eller skolan. Också *Sollentuna kommun* påpekar att målen för att motverka livsstilsrisker måste sättas lokalt. Flera remissinstanser pekar på värdet av insatser i närmiljön som kan motverka livsstilsrisker. Man pekar särskilt på god kost i form av skolmåltider, begränsningar av ungdomars tillgång till tobak och alkohol, samt tillgång till tillfällen för fysisk aktivitet.

*Barnombudsmannen* lyfter fram språket som en nyckel till en framgångsrik inläring. *Folkhälsoinstitutet* anser att målet om utbildning i kapitel 3. bör formuleras om. En mer korrekt skrivning vore: "...utbildning som anpassas efter deras behov t.o.m. gymnasienivån."

*Skolverket* påpekar att flera av de strategier som föreslås på förskole- och skolområdet redan finns angivna i olika nationella styrdokument. Problemet är enligt Skolverket inte brist på mål inom området, utan att målen inte uppfylls. Därför menar Skolverket att kommitténs förslag i högre grad bör handla om strategier för hur målen skall uppfyllas.

<sup>20</sup> Skolverket. *Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger*. Stockholm: Skolverket, 1999.

## Andra uppdateringar av sakunderlaget

### *Förekomst och fördelning*

Resultat från tre aktuella studier stärker uppfattningen om att den psykiska ohälsan ökar. En västsvensk serie undersökningar av högstadieelever tyder på en ökning av psykiska symptom mellan åren 1990–1992 och 1994–1996.<sup>21</sup> I en stor nordisk studie, som genomförts 1984 och upprepats 12 år senare, har andelen ungdomar i Sverige med psykosomatiska symptom fördubblats.<sup>22</sup> I en genomgång av internationell litteratur kring förekomst av depression bland ungdomar refereras 8 studier från Nordamerika och Europa där en ökning påvisats.<sup>23</sup>

Fullbordade självmord är en indikator på psykisk ohälsa. Självmord har minskat i alla grupper utom hos barn och ungdom. Självmordsförsök ökar vidare bland unga flickor.<sup>24</sup>

Sambanden mellan etnisk bakgrund och ohälsa bland barn och ungdom har analyserats i Stockholms län.<sup>25</sup> Det finns en ökad förekomst av ohälsa bland barn och ungdomar till föräldrar som inte har svenska som modersmål. Överrisken kan dock nästan helt förklaras av föräldrarnas lägre sociala position.

Många folkhälsoproblem är vanligare i socialt mindre gynnande grupper<sup>26</sup> och det finns ett samband mellan social position och ohälsa. Det innebär att hälsoläget för barn som växer upp i en familj, som har en social position som ligger strax under de mest välbeställdas, är något sämre än för barn till den mest välbeställda gruppen. Hälsoläget bland barn i genomsnittliga familjer är ännu något sämre och i de mest utsatta familjerna sämst. De sociala villkoren har således effekter för de allra flesta barn och inte bara för socialt särskilt utsatta. För ett enskilt barn har de sociala villkoren störst betydelse bland de mest

<sup>21</sup> Grufman M, Carlsten C, Krabbe M, Berg-Kelly K. Health and health behaviours among Swedish adolescents during a period of social change. *Acta Paediatr* 1999;88(12):1380-4.

<sup>22</sup> Berntsson L. Health and well-being in the five Nordic countries in 1984 and 1996. Göteborg: Nordic School of Public Health (thesis), 2000..

<sup>23</sup> Olsson G. *Adolescent depression*. Uppsala: Uppsala University (Thesis), 1998.

<sup>24</sup> Hultén A, Wasserman D. Suicide among young people aged 10-29 in Sweden. *Scand J Soc Med* 1992;20(2):65-72.

<sup>25</sup> Hjern A. *Migration till segregation – en folkhälsorapport om barn med utländskt ursprung i Stockholm*. Huddinge: Centrum för Barn- och Ungdomshälsa, 1998.

<sup>26</sup> Bremberg S. *Bättre hälsa för barn och ungdom. En strategi för de sämst ställda*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet-Gothia, 1999:143.

utsatta. Men för barn- och ungdomsgruppen som helhet betyder effekterna i mellangruppen mer. Skälet är att betydligt fler barn berörs.

### *Generella bestämningsfaktorer*

En rapport från UNICEF publicerad i juni 2000 visar på de mycket starka samband som finns också i de rika länderna mellan barnhälsa och andelen barn som är fattiga. Rapporten gör det troligt att en väsentlig orsak till att barndödligheten i Sverige hör till den lägsta i världen, är att andelen fattiga barn i Sverige också är den lägsta bland de rika länderna.<sup>27</sup>

Utbildningsnivå diskuteras inte närmare i avsnittet om generella bestämningsfaktorer. Globalt är utbildningsnivån, särskilt bland kvinnor, en av de viktigaste bestämningsfaktorerna för barnhälsa.<sup>28</sup> Inom de rika länderna är också känt att barn i familjer där föräldrarna har lång utbildning också är de barn som är friskast. Orsakssambanden är inte självklara eftersom utbildningsnivå även är en indikator på social position. Sambandet mellan utbildning och hälsa är dock tydligt, även då man tagit hänsyn till ekonomi och sociala villkor.<sup>29</sup> Det finns också starka samband mellan satsningar på utbildning och barnhälsa även inom det relativt homogena område som EU utgör.<sup>30</sup> Detta talar för att utbildningsnivå även i ett land som Sverige är en betydande och självständig bestämningsfaktor.

### *Bestämningsfaktorer på mellannivå*

Det finns övertygande bevis för att det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn har stor betydelse för barnets fortsatta utveckling såväl vad avser den mer allmänna sociala/känslomässiga utvecklingen som utvecklingen av psykisk ohälsa. Studierna är alla utförda i välutvecklade marknadsekonomier under de två senaste decennierna. Undersökningar i andra typer av samhällen saknas. I länderna där undersökningarna gjorts är det vanliga mönstret att modern ensam tar hand om sitt spädbarn. Under människans samlade historia har detta mönster inte

<sup>27</sup> UNICEF. *Child poverty in rich nations*. Florence: UNICEF, 2000.

<sup>28</sup> World Bank. *World development report 1993 - Investing in health*. Oxford: Oxford University Press, 1993:330.

<sup>29</sup> Keating DP, Herzman C, ed. *Developmental health and the wealth of nations*. New York: Guilford, 1999.

<sup>30</sup> Bremberg S, opublicerad studie, 2000.

varit det vanliga. I betydligt fler samhällstyper är det flera vuxna (kvinnor) som tillsammans tar hand om spädbarn och småbarn. Det första levnadsåret är en sårbar tid, både för barnet och för mamman/föräldern. Om det finns flera vuxna tillhands blir spädbarnet och mamman mindre utelämnade åt varandra.

Ett stort antal undersökningar visar att förskola har en skyddande effekt.<sup>31</sup> En förutsättning för en långsiktig positiv effekt är dock att man lämnar ett stort utrymme för barnen att själva påverka vad de vill göra.<sup>32</sup> Om man däremot främst låter de vuxna direkt styra verksamheten finns visserligen kortsiktiga positiva effekter men inga långsiktiga vinster. En pedagogik som lämnar utrymme för barnens initiativ kräver dock mer personal. Förskolan, liksom skolan, har under 1990-talet vidlåtit kvalitetsförsämringar. Barngrupperna på förskola och fritidshem har blivit större, samtidigt som personaltätheten har minskat. Under perioden har antalet barn per årsarbetande personal ökat med 35 procent inom förskolan och med nästan 50 procent vid fritidshemmen.<sup>33</sup> Denna utveckling pekar på en risk för att pedagogiken skall lämna mindre utrymme för den pedagogik som visats ge de långsiktiga skyddseffekterna.

En rapport om gravida kvinnors tobaksvanor för perioden 1983–1996 har intresse.<sup>34</sup> I nästan alla kommuner har en minskning av rökningen skett. Skillnaderna, olika kommuner emellan, har dock ökat markant. År 1983 var andelen rökare 46 procent i de kommuner där kvinnorna rökte som mest, vilket är dubbelt så mycket som i kommuner där man rökte minst (21 %). År 1996 har andelen rökare sjunkit något i kommunerna med mest tobaksbruk (36 %) medan rökning bland gravida nästan helt har eliminerats i vissa kommuner (4–5 %).

Den aktuella brittiska folkhälsostrategin för barn lägger särskilt tonvikt vid den språkliga utvecklingen under förskolåren.<sup>35</sup> Man pekar på att skolmisslyckanden, och de problem som ofta följer på detta, har sin grund i att barnen redan på lågstadiet språkligt har svårt att tillgodogöra

<sup>31</sup> Durlak JA. *Successful prevention programs for children and adolescents*. New York: Plenum, 1997.

<sup>32</sup> Clarke-Stewart A. *Daycare*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1993.

<sup>33</sup> Skolverket. *Barnomsorgen i siffror 1998 – Barn och Personal*. Rapport nr. 152. Skolverket: Stockholm, 1998.

<sup>34</sup> Socialstyrelsen. *Rökvanor bland gravida kvinnor och spädbarnsföräldrar 1996*. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.

<sup>35</sup> Secretary of State for Health. *Saving lives. Our healthier nation*. London: The Stationery Office, 1999.<sup>36</sup> Svensson A-K. *Tidig språkstimulering av barn*. Stockholm: Almquist & Wiksell (avhandling), 1993.

sig undervisningen. En god språklig träning under förskoleåren för alla barn, särskilt av de barn som inte har majoritetsspråket som modersmål, ger därför skydd mot framtida skolmisslyckanden. I Sverige finns särskilda språkförskolor för barn innan de börjar inom förskolan. Kontrollerade studier visar också att föräldrar kan främja barnens språkutveckling om de får tillgång till material och instruktioner.<sup>36</sup>

Det finns en omfattande internationell forskning inom skolområdet som går att använda för att förstå vilka faktorer i miljön det är som främjar inlärning. En sådan miljö främjar vanligen också psykisk hälsa. Därför går den pedagogiska forskningen att använda för att förstå vilka faktorer i skolmiljön som är hälsofrämjande och vilka faktorer som har motsatt inverkan.

En god fritidsmiljö är en skyddsfaktor mot psykisk ohälsa. Det finns dock betydligt färre studier på detta område, jämfört med skolområdet. En aktuell studie gäller verksamhet på fritidsgårdar.<sup>37</sup>

En svensk studie av skolmiljön tyder på att en strukturerad miljö, av den typ som betecknas som "effective schools", skyddar mot alkoholmissbruk.<sup>38</sup> En annan svensk studie bekräftar antagandena att elevinflytande i skolan skyddar mot psykisk ohälsa.<sup>39</sup>

De riskfaktorer, som utvecklas under uppväxtåren och som har betydelse för hälsan i vuxen ålder, har inte utvecklats gynnsamt. Den genomsnittliga årskonsumtionen av alkohol har ökat både bland flickor och bland pojkar sedan slutet av 1980-talet. Från 1990-talets början har andelen skolelever som prövat narkotika mer än fördubblats. Rökningen bland niondeklassare ökade från mitten till slutet av 1980-talet. Därefter har nivåerna varit relativt oförändrade.<sup>40</sup> Däremot röker nu flickor betydligt mer än pojkar. Tonårsaborterna ökar<sup>41</sup> liksom förekomst av sexuellt överförda klamydiainfektioner. Fysisk inaktivitet har blivit vanligare. Ungdomars intag av frukt och grönsaker förefaller dock ha utvecklats i gynnsam riktning. När det gäller målet om att

<sup>37</sup> Mahoney JL, Stattin H, Magnusson D. Youth leisure activity participation and individual adjustment: The Swedish youth recreation center. *International Journal of Behavioral Development* (in press) 2000.

<sup>38</sup> Grosin L, personligt meddelande 2000.

<sup>39</sup> Öfverberg C, Bremberg S. *Går det att förklara varför ungdomars psykiska hälsa är bättre i vissa skolor? En studie av skyddsfaktorer i olika skolmiljöer*. Stockholm: CBU, Samhällsmedicin, 2000.

<sup>40</sup> CAN. *Drogutvecklingen i Sverige Rapport 2000*. 2000.

<sup>41</sup> Socialstyrelsen. *Aborter i Sverige 1999 januari – december*, Preliminär sammanställning. Stockholm: Socialstyrelsen, 2000.

matens innehåll av fett bör minska i befolkningen till högst 30 energi-procent fett, så har det redan nåtts av ungdomar i början av 1990-talet.<sup>42</sup>

Bestämningsfaktorer kan indelas i tre grupper, (1) tillgång till yttre möjligheter att genomföra beteendet, exempelvis tillgång till tobak eller tillfällen till fysisk aktivitet, (2) sociala normer kring beteendet samt (3) individernas egenskaper, exempelvis psykisk ohälsa, förmåga att motstå kamrattryck, etc. Samtliga tre grupper av bestämningsfaktorer går att påverka.

Elevvårdsutredningen har lagt fram sitt slutbetänkanden år 2000.<sup>43</sup> Ett av de viktigaste förslagen är att påbörja försöksverksamhet med socialmedicinskt hälsoarbete för barn och ungdomar inom i några olika regioner/landsting. En viktig uppgift är att utveckla hälsofrämjande arbete i skolorna, men inriktningen skall också ligga på andra arenor än skolans.

I januari 2000 publicerade Skolverket en rapport om ANT-undervisningen.<sup>44</sup> Man konstaterar att i jämförelse med det övriga samhällets förväntningar på skolan är skolans egna krav tämligen låga och otydliga och det kan ifrågasättas om skolan kan sägas leva upp till de krav som det övriga samhället ställer. Bristerna gällde såväl målformuleringar, uppföljning, kompetensutveckling, elevmedverkan som samverkan med föräldrar och det övriga närsamhället.

#### *Bestämningsfaktorer på biologisk nivå*

Nästan alla barn får tillgång till insatser inriktade mot bestämningsfaktorer på den biologiska nivån. Exempelvis får 95–99 procent av alla barn de rekommenderade vaccinerna. En viktig förklaring är en heltäckande barn- och skolhälsovård. Utanför de nordiska länderna är det vanligt att barn från socialt mindre gynnande grupper inte får del av dessa insatser.

I delbetänkandet diskuteras endast i ringa omfattning bestämningsfaktorer för de två största fysiska hälsoproblemen, nyföddhetsperiodens sjukdomar samt missbildningar. Skälet är att mycket lite är känt om påverkbara faktorer, utöver bruk av tobak och alkohol. Låg födelsevikt

<sup>42</sup> Bergström E, Hernell O, Persson LA. Dietary changes in Swedish adolescents. *Acta Paediatr* 1993;82(5):472-80.

<sup>43</sup> SOU 2000:19. *Från dubbla spår till Elevhälsa – i en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling*. Slutbetänkande av Elevvårdsutredningen. Stockholm: Utbildningsdepartementet, 2000.

<sup>44</sup> Skolverket. *Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger*. Stockholm: Skolverket, 1999.

är en avgörande riskfaktor för nyföddhetsålderns sjukdomar. Förekomsten av låg födelsevikt har varit väsentligen oförändrad under de senaste decennierna.<sup>45</sup> Dödligheten har däremot minskat markant. Det innebär att de framsteg som gjorts under det senaste decenniet väsentligen måste tillskrivas förbättrad sjukvård.

Liknande gäller missbildningar där förekomsten varit väsentligen oförändrad medan dödligheten har minskat.<sup>46</sup>

### 6.1.3 Bedömning

Kapitlet tar upp psykisk ohälsa som ett av åldersgruppens främsta problem. Problemen har beskrivits med ledning av gängse använda diagnosmanualer.<sup>47</sup> Många åtgärder som handlar om att förebygga ohälsa hos barn och att undvika riskfaktorer för ohälsa i vuxen ålder behandlas under olika kapitel i delbetänkandet, som under fysisk aktivitet, tobak, skador etc. Allt som gäller barn i de andra kapitlen har inte upprepats i detta avsnitt.

Den föreslagna strategin bygger på att generella bestämningsfaktorer är avgörande för barns hälsa. Några remissinstanser ifrågasätter dessa faktorerens betydelse. Man för dock inte fram några studier som stöd för ifrågasättandet. Den vetenskapliga litteraturen ger ett samstämmigt stöd för samband mellan familjernas ekonomiska resurser och barnens hälsa. Detta talar mycket starkt för att transfereringar är en kraftfull metod för att förbättra hälsoläget under uppväxten. Det vetenskapliga stödet för att utbildning har avgörande betydelse för hälsan är likaså robust. Detta gäller både hur det varit tidigare och hur det är idag, då kunskap och kunskapsutveckling får allt större betydelse för samhället som helhet.

Att många barn inte har en trygg anknytning har en väsentlig betydelse för den kommande psykiska hälsan. Utveckling av en trygg anknytning bestäms av bl.a. samspelet mellan barnet och föräldrarna, oftast modern. Att stödja föräldrarna till ett fungerande socialt nätverk är en viktig faktor för att minska påfrestningarna. Det går också att hjälpa föräldrarna till att bli mer uppmärksamma på barnets signaler.

<sup>45</sup> Socialstyrelsen. *Medicinsk födelseregistrering 1996*. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.

<sup>46</sup> Socialstyrelsen. *Medicinsk födelseregistrering 1993 och missbildningsregistrering 1973–1993*. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.

<sup>47</sup> Gängse använda diagnosmanualer är ICD-10 och DSM-IV. Vid epidemiologiska beskrivningar är det en fördel att använda diagnosbegreppet eftersom en mycket stor del av all litteratur utgår från dessa begrepp.

Mödra- och barnhälsovården och familjecentraler är viktiga instrument för att stödja föräldrarna under denna första viktiga tid i barnets liv. Olika stöd behövs för att stärka faderskapet. När föräldrar har problem i sin samlevnad kan olika stödinsatser eller familjerådgivning hjälpa dem att fungera som föräldrar, oavsett om de fortsätter samlevnaden eller inte.

Det finns ett tydligt vetenskapligt stöd för att barnfamiljernas ekonomiska situation är avgörande för barnens hälsa. Av stor betydelse är också att föräldrarna finns närvarande och att de interagerar med barnen. Vissa studier talar för att föräldrar idag ägnar mer aktiv tid åt sina barn, när de är tillsammans, jämfört med situationen för en generation sedan.<sup>48</sup> Hur tillgång till sådan tid fördelas mellan olika grupper av föräldrar är oklart. Likaså är det osäkert vilken mängd tid som är den optimala.

Ofta utgår diskussionen från ett föräldraperspektiv där många föräldrar, särskilt kvinnor, upplever att de borde vara mer tillsammans med sina barn än de faktiskt är. Det är dock oklart om frågan har samma karaktär från barnens perspektiv. Förslagen om mer tid är vag och utgår från ett vuxenperspektiv. Från barnens perspektiv är det också viktigt att "andra vuxna" finns till hands. Barnforskningen visar tydligt att "andra vuxna" är en viktig skyddsfaktor.<sup>49</sup> Barn till ensamstående föräldrar klarar sig lika bra som barn i familjer med två vuxna, om man kontrollerat för moderns utbildningsnivå och föräldrarnas förmåga att hantera svårigheter.<sup>50</sup>

Även om det inte finns vetenskapliga belegg för hur mycket tid föräldrarna behöver vara med sina barn, så är det viktigt att uppmärksamma kraven på dagens arbetsmarknad. Många unga vuxna är inte färdiga med sina utbildningar förrän i 25-årsåldern, samtidigt som allt fler av olika skäl lämnar arbetslivet vid 55-årsåldern. Det är under en allt kortare tid som både barnuppfostran och karriär i yrkeslivet skall ske. Antalet födda barn har kraftigt gått ned och idag är åldern för förstföderskor omkring 28 år. Kraven på arbetsmarknaden har samtidigt hårdnat. Arbetslivet måste utformas så att föräldrar orkar ta hand om sina barn på ett bra sätt.

Förslagen om att minska segregationen och genomföra kompensatoriska åtgärder innebär att två metoder förordas för att nå målet att ge

<sup>48</sup> Andersson B, Gunnarsson L, ed. *Svenska småbarnsföräldrar*. Studentlitteratur, 1990.

<sup>49</sup> Werner EE. High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59(1):72-81.

<sup>50</sup> Ricciuti H. Single parenthood and child development. *Journal of Family Psychology* 1999;13:450.

barn och ungdomar likvärdiga förutsättningar. I delbetänkandet betonades särskilt åtgärder för barn och ungdom i utsatta områden. Men en sådan avgränsning är delvis problematisk. Insatser för enbart de mest utsatta kan visserligen vara motiverade av flera skäl, men har begränsad effekt om avsikten är att uppnå likvärdiga förutsättningar för alla barn. Åtgärder riktade till alla barn, men med särskild tyngd i områden där många barn behöver extra stöd är därför att föredra.

De främsta möjligheterna till att förbättra främst den psykiska hälsan ligger i en jämnare och bättre kvalitet på de tjänster som erbjuds barnfamiljer, barn och ungdom. Satsningar på förbättrad kvalitet på kommunal nivå behöver konkretiseras och brytas ned i planer i varje kommun. Ökad aktuell kunskap om hur just de barn och ungdomar lever som bor i den egna kommunen, stadsdelen eller landstinget är mycket viktig för att satsningarna skall hamna rätt. Skolans nyckelroll gör det motiverat att särskilt analysera skolans betydelse för barns och ungdomars hälsa i dessa planer.

Skolans utformning tas upp i ett stort antal remissvar. Frågan har sådan dignitet att en samlad analys av skolans roll från ett folkhälso-perspektiv är motiverad. Skolans effekter på elevernas hälsa förmedlas i första hand genom sättet på vilket man organiserar arbetet i skolan.<sup>51</sup> Undervisning i ämnen relaterade till hälsa har en mer underordnad roll. Detta innebär att skolans utformning blir central för en diskussion av hur man skall kunna minska barns och ungdomars psykiska ohälsa, och de livsstilsrisker, som är förbundna med psykiska problem. Därför är en särskild analys av skolans betydelse för barns och ungdomars hälsa motiverad. Det som är särskilt angeläget är att tydliggöra vilka skol-karaktäristika som är särskilt betydelsefulla för barns och ungdomars psykiska hälsa och att föreslå standards för dessa egenskaper som alla skolor skall uppnå. I kapitel 9 beskrivs skolans roll särskilt.

Vissa instanser pekar på särskilda riskfaktorer som exempelvis mobbning, sexuellt våld och torftig utemiljö. Mobbning i skolan har en särskild dignitet, eftersom det är en lagstadgad skyldighet för skollä-ningen att motverka detta problem.

För att homo- och bisexuella ungdomar skall kunna utvecklas i sin identitet är det viktigt att skolan och ungdomsmottagningarna inte utgår från att alla barn och ungdomar är heterosexuella.

<sup>51</sup> Bremberg S. Kan utbildning ge bättre hälsa? I: Nilsson A. (red.) *Är Pippi Långstrump en hälsoupplysare eller hälsorisk? En antologi om hälsoarbete i skolan*. Stockholm: Skolverket, 1996:139-150.

Betydelsen av att alla ungdomar får tillgång till gymnasieutbildning är stor. En förhållandevis stor grupp ungdomar slutför dock inte gymnasieutbildning. Skälet är vanligen skolmisslyckanden, som börjar redan under grundskoletiden. Det är därför viktigt att tidigt förebygga skolmisslyckanden. Det sammanhänger också delvis med främjandet av en god psykisk hälsa. Förbättrade insatser bör framför allt genomföras under förskoletiden. Samtidigt måste skolan vara vaksam på de elever som halkar efter och se till att de får det stöd de behöver.

## 6.2 Äldre<sup>52</sup>

### 6.2.1 Sammanfattning av avsnitt 11.3 i SOU 1999:137

#### Utveckling av hälsa och funktionsförmåga hos äldre<sup>53</sup>

Äldres hälsa har förbättrats under den senaste 20-årsperioden enligt SCB:s ULF-undersökningar. Trots att merparten av de äldre har minst en långvarig sjukdom eller besvär anser år 1995 enligt ULF-undersökningarna drygt 60 procent av männen och 54 procent av kvinnorna i åldern 65–74 år att de har ett gott allmänt hälsotillstånd. Motsvarande för åldersgruppen 75–84 år är 47 procent av männen och 41 procent av kvinnorna. För gruppen 65–74 år har andelen med ett gott allmänt hälsotillstånd ökat med 7–8 procentenheter under en 20-årsperiod.

Hjärt-kärlsjukdomar är de vanligaste långvariga sjukdomarna bland äldre, såväl män som kvinnor. Mellan 35 och 50 procent av personer i åldern 65–84 år har någon sådan sjukdom år 1995.

Psykisk ohälsa i form av ångest, oro och depressioner är vanligare bland äldre än yngre personer. Kvinnor i åldersgruppen 65–74 år, har år 1995 angivit sömnbesvär i dubbelt så hög utsträckning som männen

<sup>52</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Avdelningsdirektör Anna Thille, Folkhälsoinstitutet har biträtt sekretariatet med faktauppdateringar.

<sup>53</sup> Primär källa är Statistiska centralbyrån, *Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975–1995*, Levnadsförhållanden, Rapport 91. Stockholm 1997. Utöver ULF-materialet i denna källa bygger avsnittet i huvudsak på följande referenser: Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport 1997*, SoS-rapport 1997:18; Andersson L, Hälsoläget hos äldre. I: Nationella folkhälsokommittén, *Gammal och frisk? – Om äldres hälsa*, Stockholm 1998.

(36 % resp. 18 %). Svåra besvär av ängslan, oro eller ångest är vidare tre gånger vanligare bland kvinnor än män (6 % resp. 2 %).

Demens är ett samlingsbegrepp för ett antal sjukdomar som drabbar minne, språk, orienteringsförmåga, tankeförmåga och personlighet. Alzheimers sjukdom är den vanligaste och svarar för ca 60 procent av demenssjukdomarna. Från att i åldern 65–74 år drabba några få procent ökar därefter insjuknandet i demens kraftigt. Bland personer som är 85 år och äldre har drygt 20 procent en demenssjukdom.

Även risken att få cancer är åldersrelaterad. Den ökande medellivslängden är i sig en viktig anledning till ökningen av cancerincidens. Det beräknas att var tredje svensk kommer att insjukna i cancer någon gång under sitt liv. Vart femte dödsfall orsakas av cancer.

Förekomst av diabetes ökar också med stigande ålder. I 70-årsåldern har ca 6 procent diabetes (typ 1 eller typ 2) och i 80-årsåldern gäller detta ca 8 procent.<sup>54</sup> Personer med diabetes har större risk att få hjärt- och kärlsjukdom än andra.

Sjukdomar i rörelseorganen är mycket vanliga bland äldre. Ledbesvär och värk är vanliga hos minst varannan individ. Drygt en tredjedel av kvinnorna och knappt en fjärdedel av männen över 64 år har sjukdomar i rörelseorganen. Under perioden 1988–1995 har dock en viss förbättring skett när det gäller värk och svår värk i skuldror, axlar och nacke både bland män och bland kvinnor som är 65 år och äldre. Det samma gäller för ryggvärk.

Osteoporos (benskörhet) är en sjukdom som utmärks av låg bentäthet och förändrad mikrostruktur i skelettet, med nedsatt hållfasthet och ökad risk för benbrott som följd. Sjukdomen drabbar i första hand kvinnor. Var tredje kvinna som blir 80 år eller äldre kommer att drabbas av en höftfraktur. En kraftig förbättring har enligt ULF-materialet skett under de senaste decennierna när det gäller rörelsehinder. Andelen personer i åldersgruppen 65–74 år med rörelsehinder har minskat för män från 19 till 13 procent och för kvinnor från 28 till 18 procent mellan åren 1975 och 1995. Förbättringen är ytterligare accentuerad i åldersgruppen 75–84 år där andelen med rörelsehinder har minskat från 41 till 26 procent för män och från 52 till 42 procent för kvinnor sedan år 1980.

Enligt den fördelningspolitiska redogörelsen i budgetpropositionen 1998/99:1 har ålderspensionärerna som grupp fått en genomsnittlig ökning av sin ekonomiska standard med ca 5 procent mellan åren 1991 och 1998. Denna förbättring beror helt på högre inkomster hos nyttillträdande pensionärer under perioden. Ser man istället till utvecklingen av den ekonomiska situationen för de äldre pensionärerna har dessa fått

<sup>54</sup> I SOU 1999:137 redovisades högre siffror, vilka dock var felaktiga.

en genomsnittlig försämring av sin disponibla inkomst efter skatt. För perioden 1991–1996 är denna försämring 3 procent i genomsnitt.<sup>55</sup> Skillnaderna är stora mellan olika grupper inom äldregruppen. Äldre personer med låg ATP har en avsevärt sämre situation än yngre med hög ATP. Vidare har kvinnor en sämre situation än män bl.a. beroende på att äldre kvinnor har förvärvsarbetat i mindre utsträckning än männen. Enligt en studie som Socialstyrelsen genomfört hade 130 000 personer år 1995 en inkomst som var lägre än socialbidragsnormen efter skatt och betalda boendekostnader.<sup>56</sup>

I Socialstyrelsens Ädel-ULF-studie från år 1994 redovisas uppgifter om socioekonomisk klass, hälsa och funktionsförmåga bland personer över 75 år.<sup>57</sup> Fyra klasser belyses, nämligen okvalificerade arbetare, kvalificerade arbetare, tjänstemän samt jordbrukare och företagare. Här redovisas några värden för okvalificerade arbetare och tjänstemän.

Andelen äldre med en dålig självskattad hälsa är 22 procent bland okvalificerade arbetare och 12 procent bland tjänstemän. Motsvarande för nedsatt rörlighet är 45 respektive 35 procent. Andelen äldre som inte klarar dagliga ADL-aktiviteter (bl.a. toalettbesök, förflyttning, på- och avklädning samt dusch och bad) är 18 procent för okvalificerade arbetare och 14 procent för tjänstemän. Andel äldre som inte klarar dagliga I-ADL-aktiviteter (bl.a. matinköp, matlagning, städning, tvätt) är på motsvarande sätt 34 respektive 23 procent.

Utomlands födda personer utgjorde 10,8 procent (954 231) av befolkningen i december 1997. Andelen 65 år och äldre i den utlandsfödda gruppen var 13,5 procent, dvs. fyra procentenheter lägre än andelen äldre över 65 i hela befolkningen. Bland de äldre utgjorde kvinnorna drygt 60 procent. Data som belyser äldre invandras hälsosituation saknas i stor utsträckning. Vid en jämförelse mellan invandrare i alla åldersgrupper och infödda svenskar i motsvarande åldrar framgår att dubbelt så hög andel, 9 procent, bland invandrarna uppger att deras allmänna hälsotillstånd är dåligt.

<sup>55</sup> Ds 1999:5, *Sämlre för mig, bättre för oss*, Socialdepartementet.

<sup>56</sup> Socialstyrelsen, *Äldrehushåll under socialbidragsnormen*, Ädeluppdraget 1998:3.

<sup>57</sup> Thorslund M, Lundberg O, Parker M G, Ahacic K. Klass, hälsa och funktionsförmåga bland de allra äldsta. I: Socialstyrelsen (1996). *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård*, Ädelutvärderingen 1996:6.

**Faktorer som påverkar hälsan hos äldre<sup>58</sup>**

Äldres hälsa påverkas av socioekonomiska och miljömässiga livsvillkor samt levnadsvanor på samma sätt som gäller för andra. Därtill kommer att åldrandeprocessen som sådan medför kroppsliga och andra förändringar som har betydelse för hälsan. Kroppens celler och vävnader förändras, organens reservfunktioner minskar, funktioner som rörelseförmåga, hörsel, syn, minne m.fl. påverkas. Många fysiska och mentala funktioner är idag relativt oförändrade fram till 70–75 års ålder. Därefter blir funktionsnedsättningar allt vanligare vilket bl.a. yttrar sig i svårigheter att klara av olika dagliga aktiviteter. I avsnittet redovisas primärt olika friskfaktorer för hälsa. Riskfaktorer för sjukdom tas inte upp särskilt. En redovisning av sådana finns i rapporten *Äldre som har utarbetats av kommitténs arbetsgrupp för äldrefrågor*.<sup>59</sup>

Äldreforskare betonar den stora betydelse som den enskildes kontroll över sin livssituation har för vidmakthållandet av hälsa och funktionsförmåga. Begreppet kontroll innebär i detta sammanhang framför allt att den enskilde har tillgång till resurser för att styra sitt liv och upprätthålla sina vanor. Det kan gälla bl.a. ekonomiska och sociala resurser, sysselsättning, tillgång till tjänster och att bostaden och den fysiska miljön är lättillgänglig. Förlust av oberoende medför sänkt livskvalitet som i sin tur sätter ned motståndskraften.

Andra viktiga faktorer för ett hälsosamt åldrande är bibehållen fysisk, psykisk och social aktivitet. Fysisk aktivitet har t.ex. positiva förebyggande effekter på en rad sjukdomar såsom ledbesvär, högt blodtryck, depression och ångest. Vidare finns ett klart samband mellan fysisk aktivitet och funktionsförmåga. Kondition, muskelstyrka och balans är exempel på funktioner som påverkas av fysisk aktivitet. Risken för fallolyckor och frakturer minskar med regelbunden fysisk aktivitet. Därtill minskar fysisk aktivitet risken för att insjukna och dö i hjärt- och kärlsjukdom.

Sociala aktiviteter, t.ex. gemenskap med familj, släkt och vänner, har stor inverkan på äldres hälsa. Även kontakt med djur har hälsoeffekter. Det sociala nätverket är viktigt inte minst när man lämnar sin arbetsplats och blir pensionär, när livspartnern dör, när man blir sjuk eller behöver ökat socialt stöd på grund av tilltagande ålder.

<sup>58</sup> Avsnittet bygger i huvudsak på Folkhälsoinstitutet (1998), a. a.

<sup>59</sup> Nationella folkhälsokommittén, *Äldre*, Rapport från arbetsgruppen för äldrefrågor, underlagsrapport nr 12, Stockholm 1999.

Fortsatt sexuell aktivitet under ålderdomen är en hälso- och livskvalitetsfråga som uppmärksammas alltmer.<sup>60</sup> Forskning om äldres sexualitet visar att många kvinnor och män fortfarande är sexuellt aktiva och har kvar ett sexuellt intresse, även i de högsta åldrarna.

Äldre människor behöver en mindre mängd energi än yngre men i allmänhet lika mycket icke energigivande näringsämnen som yngre. Vitamin D och kalcium är särskilt viktiga för äldre. Båda har betydelse för att förebygga benskörhet och frakturer. Kostfibrer är en annan ingrediens i maten som är betydelsefull. Äldres konsumtion av fiberrik mat är ibland för låg med en ökad risk för förstoppning och diabetes. Behovet av protein ökar ofta vid sjukdom.

Förmågan att känna törst avtar med stigande ålder. Tillräcklig vätsketillförsel är viktigt eftersom vattenhalten i kroppen är av stor betydelse för alla biologiska funktioner. Det har beräknats att cirka tio procent av äldre personer i Sverige i 70–80-årsåldern löper risk för undernäring i olika avseenden. Riskgrupper för undernäring är äldre med kort utbildning respektive låg inkomst, ensamboende, änkor och änklings, personer som inte äter lagade måltider regelbundet, personer med funktionshinder samt personer med depressioner eller andra psykiska åkommor.

Boendestandard är en nyckelfråga när det gäller äldres hälsa. Oro för att inte kunna bo kvar i den egna bostaden kan innebära risk för psykisk ohälsa. Omvänt kan möjlighet att bo kvar och att få hjälp med standardförbättringar av boendemiljön medföra bibehållen självkänsla och psykiskt välbefinnande. Folk- och bostadsräkningen år 1990 visar att de äldres boendeförhållanden inte längre skiljer sig från befolkningens i övrigt i något väsentligt avseende. Faktorer som i övrigt har betydelse för äldres möjligheter att bo kvar i den egna bostaden är t.ex. utformningen av badrummet, möjligheten att använda tvättstugan och möjlighet att utan trappsteg nå en hiss i fastigheten.

Utformningen av miljön mer allmänt är även av intresse från hälso-synpunkt. Äldre behöver kunna röra sig fritt och känna trygghet även utanför hemmet.

<sup>60</sup> Studier om äldres sexualitet finns i bl.a. Skoog I Sexualitet hos äldre. I: Lundberg, P-O (red), *Sexologi*, Liber Utbildning 1994: 104–113 samt i artiklar om sexualitet i Tidskriften Äldre i Centrum nr 2/1995.

### **Påverkbarhet**

Bestämningsfaktorerna för äldres hälsa är påverkbara i större utsträckning än vad som kanske i allmänhet uppfattas som möjligt. Ett hälsofrämjande arbete bör i första hand inriktas på att ge äldre förutsättningar till kontroll över sin livssituation och att leva ett aktivt liv, att bli tagen i anspråk, att uppleva deltagande och gemenskap samt att få kunskaper, lust och intresse till att upprätthålla eller etablera en livsstil med hälsosamma levnadsvanor. Detta berör den enskilde själv och de anhöriga men är också en uppgift för hela samhället inklusive offentliga organ som socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt frivilliga organisationer.

Många tänkbara åtgärder ligger inom kommunernas verksamhetsansvar, såsom boende, trafik, parkanläggningar, stöd till föreningsverksamhet m.m. Även den kommunala vården och omsorgen har betydelse i sammanhanget genom stödet till kvarboende i den egna bostaden och utformningen av det särskilda boendet. Även företag, fackliga organisationer och intresseorganisationer och ideella organisationer har viktiga roller att spela för att ge äldre personer möjligheter och stimulans att fortsätta att leva som aktiva, behövda samhällsmedborgare.

### **Forskningsbehov m.m.**

Det finns behov av kompletterande levnadsnivåundersökningar för personer som är 85 år och äldre. Vidare behövs en basstatistik där äldres socialgruppstillhörighet framgår. Även statistiken över äldre människors användning av service, omvårdnad och vård behöver byggas ut.

Den folkhälsoforskning om äldre som redovisas i regeringens proposition om den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) bör kompletteras i några avseenden. Det gäller bl.a. studier av skillnader i hälsa och i bestämningsfaktorer för hälsa mellan olika grupper av äldre, t.ex. i socioekonomiskt, utbildningsmässigt och etniskt hänseende. Dessutom behövs studier av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser som kan bidra till att förbättra äldres livskvalitet och begränsa och senarelägga åldersrelaterade och invalidiserande sjukdomar, däribland demenssjukdomar. Ett annat angeläget forskningsområde är att undersöka hur biståndsbedömningar av service och omvårdnad går till i praktiken både med avseende på insatser i eget boende och insatser i särskilda boendeformer.

### Befintliga mål och strategier

För närvarande saknas svenska folkhälsopolitiska mål och strategier inom äldreområdet. Däremot finns nationella mål för äldrepolitiken i stort. Riksdagen beslutade om sådana mål i juni 1998 (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU 24, rskr. 1997/98:307). Målen för den nationella äldrepolitiken är att äldre skall

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt, samt
- ha tillgång till god vård och omsorg.

Målen ger ett klart uttryck för ett hälsofrämjande perspektiv på äldre människors behov och villkor och därmed även en grund för en nationell folkhälsopolitik riktad till äldre.

WHO:s europaregion har i september 1998 antagit 21 nya hälsa-för-alla-mål för regionen. Sverige har ställt sig bakom de nya målen. WHO anger följande mål avseende äldre i Europa. ”Till år 2020 skall människor över 65 år ha fortsatta möjligheter att kunna njuta av en god hälsa och delta aktivt i samhällslivet.”

- För 65-åringar bör den förväntade återstående medellivslängden liksom förväntad återstående livstid utan funktionshinder öka med minst 20 procent.
- Andelen 80-åringar som har tillräckligt god hälsa för att bo i en hemmiljö, som tillåter och ger dem möjlighet att behålla sitt oberoende, sin självkänsla och sin plats i samhället, bör öka med minst 50 procent.”<sup>61</sup>

Folkhälsoinstitutet gjorde under hösten 1997 en kartläggning av hälsofrämjande verksamhet för äldre i kommuner, landsting och frivilliga organisationer. Av kartläggningen framgick att fysisk aktivitet är den verksamhet som de flesta redovisat. Att skapa förutsättningar för äldre att leva ett aktivt liv i gemenskap med andra är ett syfte som framhållits av många, eftersom ensamhet och social isolering uppfattas som en faktor som bidrar till ohälsa.

<sup>61</sup> Socialdepartementet, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Nationella folkhälsokommittén (1999). *Hälsa 21. En introduktion till ”Hälsa för alla” – policyn för WHO:s europaregion.*

**Målförslag i kapitel 11.3 i SOU 1999:137**

1. *Äldres egenkontroll över livssituationen skall stärkas*
  - Bättre möjligheter till förvärvsarbete för äldre personer skall skapas.
  - Utslagning från arbetsmarknaden av personer i åldern 50–65 år skall förhindras.
  - Den ekonomiska situationen för pensionärer som har låga inkomster skall förbättras.
2. *Förutsättningarna för äldre att vara socialt aktiva skall förbättras*
  - Organisationernas hälsofrämjande aktiviteter bör stimuleras.
  - Förebyggande servicetjänster skall öka.
  - Uppsökande verksamhet med hälsosamtal och information om aktiviteter som främjar hälsan skall etableras.
3. *Förutsättningarna för fysisk aktivitet och bra mathållning bland äldre skall förbättras*
  - Äldre skall erbjudas delta i gruppaktiviteter med inriktning på motion.
  - Promenadvägar skall ses över med tanke på äldre.
  - Alla äldre skall ha tillgång till naturkontakt.
  - Information om mat till äldre, anhöriga och organisationer som riktar sig till äldre skall utarbetas och spridas.
  - Äldre som bor hemma skall vid behov få sin mat tillagad.
4. *Skador till följd av äldres hemmiljö skall förebyggas*
  - Lagen om bostadsanpassning skall ses över med inriktning att förebygga skador i hemmiljön.

## 6.2.2 Kompletteringar

**Remissynpunkter**

Remissinstanserna har följande synpunkter på förslagen om äldre i betänkandets kapitel 11:

*Folkhälsoinstitutet* påpekar att hälsofrämjande insatser för äldre hittills varit sällsynta och relativt begränsade. Utvecklingsinsatser behövs för att utveckla metoder för att nå de äldre. FHI anser också att det är viktigt att frivilligorganisationer ges stöd till sitt arbete och att arbetet bör bygga på samverkan mellan aktörer. När det gäller de äldres bostäder handlar det inte enbart om bostadsanpassning, utan att exem-

pelvis genom uppsökande verksamhet och hälsosamtal eliminera halkrisker.

*Konsumentverket* anser att metoderna för att eliminera skador till följd av fallolyckor måste spridas, och pekar på en rad utvecklingsprojekt där detta skett. Arbetet måste bygga på bred samverkan och förutsätter medverkan från hyresvärdar och bostadsbolag.

*HOMO* vill lyfta fram behovet bland homo- och bisexuella äldre att få ett särskilt boende tillsammans med andra av samma läggning.

*Socialstyrelsen* vill uppmärksamma de erfarenheter som finns från Danmark av uppsökande hälsosamtal för äldre.

*Göteborgs kommun* anser att det är angeläget att alla ges samma möjligheter till att påverka sin hälsa, och att det finns anledning att lyfta fram de äldres situation. Kommunen välkomnar diskussionerna omkring de äldres situation på arbetsmarknaden. När det gäller skapandet av socialt stöd vill kommunen uppmärksamma arbetet med frivilligorganisationer och -centraler.

*Sollentuna kommun* anser att arbetet bör kopplas till mål i den nationella äldrepolitiken. Kommunen förordar hälsosamtal med äldre, något som man anser bör kopplas till hälsokontroller. Slutligen lyfter kommunen fram behovet av bra promenadvägar, och i samband med detta god snöröjning. Även *Falkenbergs kommun* anser att det finns ett stort behov av goda utemiljöer och möjligheter att vistas ute för den äldre befolkningen.

*Länsstyrelsen i Skåne län* visar på goda erfarenheter av uppsökande verksamhet. Styrelsen menar dock att det finns stora behov av att förbättra kommunernas omhändertagande av omsorgstagarnas hälsa. Slutligen visar styrelsen på problematiken omkring äldre sammanboende kvinnors hälsa. Dessa har ofta ett stort ansvar för sin make, vilket leder till osäkerhet, ångslan och psykisk ohälsa.

*Landstinget i Jämtland* uppmärksammar behovet av att stötta människor att förebereda sig inför sin pensionering, eftersom denna ofta leder till stora förändringar framför allt socialt, vilket kan påverka hälsan i negativ riktning.

*Pensionärernas Riksförbund* – PRO – ställer sig bakom inriktningen av visionen. PRO efterlyser dock en mer aktuell och framåtblickande bild av hälsoutvecklingen för den äldre befolkningen och vill därför att det satsas på fördjupad forskning. Förbundet anser att WHO-målen är en bra plattform för det fortsatta arbetet. PRO vill speciellt värna om den grupp pensionärer som har den lägsta ekonomiska standarden, och är positiv till fördjupade hälsofrämjande insatser från förbundets sida. För sådana insatser behövs dock ett ekonomiskt stöd menar man. PRO anser att frågan om mat och äldres hälsa är dåligt belyst. Slutligen välkomnar PRO en förbättring av bostadsanpassningsbidragen, samtidigt

som man efterlyser en granskning av bostadsbeståndet med utgångspunkt i den äldre befolkningen.

*Sveriges Pensionärers Riksförbund* anser att betänkandet är mycket väl underbyggt och att de förslag som berör de äldre bör tas med till slutbetänkandet och genomföras.

*Sveriges Pensionärsförbund* instämmer i stort i betänkandet och vill särskilt poängtera vikten av förslagen angående de äldre på arbetsmarknaden, behovet av social gemenskap, skadeproblematiken, samt läkemedelsfrågorna. Förbundet påpekar speciellt att det är viktigt att vara flexibel när det gäller pensionsålder, samt öppen för nya lösningar så att även den äldre arbetskraften kan fortsätta vara aktiv så länge "vilja och ork håller".

Remissinstanserna har också redovisat andra synpunkter:

*Karolinska Institutet* poängterar att det hälsofrämjande arbetet är dåligt utvärderat. Detta gäller särskilt verksamheter bland äldre, vilket kommittén också har påpekat.

*Svenska läkaresällskapet* anser att betydligt mera kraft bör ägnas åt att anpassa samhälls- och hälsoperspektiv utifrån äldre individers ökade sårbarhet och minskade autonomi.

*Landstinget i Halland* vill speciellt värna om rättigheten att komma ut i naturen för äldre och för människor i särskilt boende.

*Umeå och Vilhelmina kommuner* anser det speciellt viktigt att lyfta fram folkrörelsernas roll.

*Föreningen Osteoporotiker* önskar en massiv informationsinsats om sambanden mellan goda kost- och motionsvanor och förebyggande av benskorhet till såväl allmänhet som beslutsfattare.

Matens betydelse för såväl friska äldre som för äldre inom institutionsvården lyfts fram i flera remissvar bl.a. av *Centerkvinnorna*. De anser också läkemedelsfrågor vara mycket viktiga.

## Uppdateringar av sakunderlaget

### *Utveckling av hälsa och funktionsförmåga hos äldre*

Två amerikanska forskare har nyligen publicerat en översikt över den internationella utvecklingen beträffande äldres funktionsförmåga och konstaterat att andelen funktionshindrade äldre sjunker i de flesta industriländer. Även OECD konstaterar efter en genomgång av ett antal publicerade studier att det mesta talar för en trend mot bättre hälsa i OECD-länderna. Den svenska ULF-undersökningen har visat att andelen äldre med svår ohälsa har minskat avsevärt under de senaste tjugo

åren, men nedskärningar inom äldreomsorgen har varit mer omfattande än vad som varit motiverat av hälsoförbättringar hos äldre.<sup>62</sup>

I en ny studie<sup>63</sup> beskrivs olika självrapporterade hälsoproblem och funktionsnedsättningar bland män och kvinnor i åldern 55–84 år. Syftet med studien har varit att dels beskriva hälsoskillnader mellan kvinnor och män, dels undersöka om Stockholm skiljer sig från övriga landet. Jämfört med åldersgrupperna 55–74 år upplever fler av de äldre pensionärerna, 75–84 år, sin hälsa som dålig. Bland pensionärerna över 75 år rapporterar många att de har rörelsehinder, särskilt kvinnorna. Andelen äldre med syn- och hörselproblem såväl som andelen med någon långvarig sjukdom ökar med hög ålder, bland både män och kvinnor. Men när det gäller svår värk är det vanligare bland män 55–64 år än bland män över pensionsåldern. Kvinnorna har däremot en viss ökning av värk med högre ålder. Ängslan/oro, trötthet, sömnlöshet och huvudvärk är ungefär lika vanligt bland män i åldersgrupperna mellan 55 och 84 år. Bland de äldsta kvinnorna, 75–84 år, är andelen med dessa problem större än bland de yngre.

Generellt rapporterar fler kvinnor än män i studien olika former av hälsoproblem. Undantag är nedsatt hörsel som är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor i samtliga åldersgrupper mellan 55–84 år.

Färre män och kvinnor i åldern 65–84 år i Stockholmsregionen rapporterar fysisk ohälsa eller funktionshinder jämfört med män och kvinnor i samma åldersgrupp i övriga landet. Det gäller t.ex. värk, nedsatt hörsel, långvarig sjukdom och behov av hjälp med s.k. I-ADL-aktiviteter (matinköp, städning, m.m.). När det gäller psykiska problem visar resultatet däremot inte några tydliga skillnader. Tuggproblem rapporterar en högre andel i Stockholms stad, framför allt männen, jämfört med övriga landet. I Stockholms stad uppger också fler män viss form av allergiska besvär jämfört med övriga landet.

Behovet av att uppmärksamma frågor om äldres tandhälsa har på senare år lyfts fram i olika sammanhang. Detta belyses i kapitel 11 i ett avsnitt om Tandhälsa hos äldre.

Äldre i åldern 65–84 år rapporterar ett bättre allmänt hälsotillstånd under 1990-talet jämfört med 1980-talet. I stort sett i samtliga områden har andelen som upplever sitt hälsotillstånd som dåligt minskat, både bland män och kvinnor, även om förändringarna i Stockholms stad och övriga Stockholms län är statistiskt osäkra.

<sup>62</sup> Batljan I, Lagergren M. *Kommer det att finnas en hjälpande hand? – en analys av framtida behov och kostnader för vården och omsorgen om de äldre 2000–2030*. Bilaga till Långtidsutredningen 1999/2000

<sup>63</sup> von Hamn A, Klason T. *Äldres hälsa*. Rapport, Projekt Äldre och folkhälsa. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2000:3.

En annan nyligen publicerad studie om hälsoskillnader bland äldre i Stockholms län visar att det finns stora hälsoskillnader mellan olika grupper av äldre<sup>64</sup> som beror på ålder, kön, om man är utrikes född, civilstånd samt socioekonomiska förhållanden. Beroende på kombinationen av dessa faktorer finns avsevärda skillnader i risken för ohälsa.

Inom åldersgruppen 65–84 år är sannolikheten för att drabbas av svår ohälsa störst för både män och kvinnor om man är i åldern 80–84 år, inte gift och utrikes född samt har en inkomst i lägsta inkomstgruppen. Gruppen där sannolikheten för svår ohälsa är lägst är åldern 65–69 år, gift och född i Sverige samt har en inkomst i den högsta inkomstgruppen.

En betydelsefull faktor för ohälsa är ålder. Men studien visar att yngre äldre (65–74 år) inte behöver vara friskare än äldre äldre (75–84 år) när hänsyn tas till socioekonomiska förhållanden, vilket mätts med inkomst. Den förväntade andelen med svår ohälsa är t.ex. högre för yngre äldre, 65–69 år, i den lägsta inkomstgruppen än för äldre äldre, 80–84 år, i den högsta inkomstgruppen. Det finns alltså ett klart samband mellan inkomst och hälsa. Ju högre inkomst desto lägre är sannolikheten för ohälsa.

Sannolikheten för svår ohälsa är något högre för kvinnor, för utrikes födda samt för personer som inte är gifta. Men när hänsyn tas till inkomst minskar en del av dessa faktorerers betydelse. Jämförelse mellan en person född i Sverige och en person som är utrikes född, där båda ligger i samma inkomstgrupp, visar att den förväntade andelen med svår ohälsa är något högre för utrikes födda.

Görs jämförelsen i förväntad ohälsa mellan två personer där båda är födda i Sverige, men den ena har låg inkomst och den andre en hög inkomst blir dock skillnaderna avsevärt större. Risken för svår ohälsa är för kvinnor ungefär tre gånger så stor och för män fyra gånger så stor i den lägsta inkomstgruppen som för med dem i den högsta inkomstgruppen.

I denna studie från Stockholms län samvarierar kommunernas och stadsdelarnas beräknade ohälsolivåer starkt med medelinkomsterna i de olika områdena.

<sup>64</sup> von Hamn A, Klason T, Lagergren M. *Rik och frisk..* Rapport 3, Projekt Äldre och folkhälsa. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

### Faktorer som påverkar hälsan hos äldre

I en studie har 105 personer över 90 år intervjuats om hur de upplever sitt välbefinnande.<sup>65</sup> Om man jämför tidigare forskning som omfattar både yngre och äldre personer, förefaller det som om livstillfredsställelsen ökar med åldern, men den minskar något i de riktigt höga åldrarna. Hälsan har, tvärtemot vad man tror, ingen avgörande betydelse för välbefinnandet. Däremot är det viktigt för välbefinnandet hur man upplever sin sjukdom.

När det gäller välbefinnandet i stort visade undersökningen inte några könsskillnader. Utbildningsbakgrund har heller inte någon större betydelse, även om de som har högre utbildning tenderar att ha mera positiva känslor. Typ av bostad verkar inte ha någon betydelse för välbefinnandet bland de allra äldsta. Att leva tillsammans med någon visar ett svagt samband med både livstillfredsställelse och positiva känslor. Familjen är viktig för livstillfredsställelsen, men vänner är ännu viktigare. Ekonomin är inte avgörande för välbefinnandet men med bättre ekonomi är det lättare att kunna göra sådant som man har lust till. Bra ekonomi ger också trygghet.

Fysiska aktiviteter har visat sig vara viktiga även om det bara är en liten promenad. Betydelse för livstillfredsställelsen har också sociala och intellektuella aktiviteter t. ex läsning. Resultaten i studien pekar på ett starkt samband mellan personlighet och välbefinnande vilket innebär att om man har ett högt välbefinnande som ung har man även det som riktigt gammal. Med åren blir man generellt sett också något mer känslomässigt stabil och mindre utåtriktad. Livsupplevelser kan påverkas genom att de äldre gör mer av det de upplever som positivt, t.ex. deltar i läsgupper, studiecirklar eller motion.

Även upp i hög ålder har fysisk aktivitet en positiv effekt på hälsan.<sup>66</sup> Studien visar att andelen med svår ohälsa bland de fysiskt inaktiva är märkbart högre. Jämförelse mellan olika socioekonomiska grupper visar på stora skillnader i fysisk aktivitet. Bland dem med längre utbildning är det färre som är fysiskt inaktiva. Det är också vanligare att de med längre utbildning ägnar sig åt kulturella aktiviteter.

Enligt studien Sex i Sverige är samlagsfrekvensen lägre i den äldre generationen, men skillnaden har snarare med parrelationen än åldern

<sup>65</sup> Hillerås P. Well-Being among the Very Old. A survey on a Sample. Aged 90 Years and above. Akademisk avhandling, Karolinska Institutet, Stockholm, 2000.

<sup>66</sup> Hillerås P. Well-Being among the Very Old. A survey on a Sample. Aged 90 Years and above. Akademisk avhandling, Karolinska Institutet, Stockholm, 2000.

att göra. Trots att flera äldre sagt att de haft problem i sitt sexualliv och önskat hjälp är det få som sökt hjälp. Deras behov har heller inte uppmärksammats inom sjukvården.<sup>67</sup>

Måltidsmiljöns betydelse framgår från ett försök vid ett sjukhem.<sup>68</sup> Genom positiva förändringar i miljön förbättrades patienternas näringsintag och fysiska aktivitet. Slutsatsen var att en miljö som är anpassad till de äldre genom att det bl.a. finns tillräckligt med tid i matsituationen har stor betydelse för näringssituationen men också för aktivitet hos både friska och sjuka äldre.

### Kommunala strategier

En uppföljning av Folkhälsoinstitutets kartläggning från år 1997 om hälsofrämjande verksamhet för äldre har genomförts under våren 2000.<sup>69</sup> Till de 115 kommuner som år 1997 lämnade uppgifter om sin hälsofrämjande verksamhet för äldre har nu fogats ytterligare 98 kommuner med redovisad verksamhet. Detta kan tolkas som att kommunernas egen hälsofrämjande verksamhet bland äldre har ökat påtagligt jämfört med 1997. Bilden av ökad omfattning av den hälsofrämjande verksamheten förstärks av svaren från dem som deltog i 1997 års studie. Endast i ett fall har verksamheten avbrutits medan den har ökat i omfattning hos 65 procent av de svarande och förblivit oförändrad hos 33 procent.

<sup>67</sup> Lewin B.(redaktör) *Sex i Sverige; Om sexualitet i Sverige 1996*. Folkhälsoinstitutet 1998.

<sup>68</sup> Elmståhl S, Blabolil V, Kuller R, Steen B. Hospital nutrition in geriatric long-term care medicine. Effects of a changed meal environment. *compr. gerontol* 1987.

<sup>69</sup> Folkhälsoinstitutet, *Folkhälsoarbete bland äldre*, Regeringsuppdrag beträffande hur det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet bland äldre har fortlöpt. Folkhälsoinstitutet 2000.

Tabell 5. Hur har verksamhetens innehåll förändrats sedan 1997?

Totalt antal svar: 166.

| Verksamhet                           | Ökat  |    | Oförändrad |    | Minskat eller upphört |    |
|--------------------------------------|-------|----|------------|----|-----------------------|----|
|                                      | Antal | %  | Antal      | %  | Antal                 | %  |
| Fysisk aktivitet                     | 79    | 48 | 66         | 40 | 6                     | 4  |
| Hobbyverksamhet                      | 22    | 13 | 101        | 61 | 16                    | 10 |
| Kulturaktiviteter                    | 59    | 36 | 77         | 47 | 9                     | 5  |
| Kurser                               | 50    | 30 | 80         | 48 | 12                    | 7  |
| Matlagning                           | 35    | 21 | 82         | 50 | 14                    | 8  |
| Skadeförebyggande                    | 68    | 41 | 64         | 39 | 3                     | 2  |
| Uppsökande verksamhet                | 70    | 42 | 60         | 36 | 8                     | 5  |
| Kartläggning av behov                | 65    | 39 | 63         | 38 | 2                     | 1  |
| Social samvaro (ej spec.)            | 76    | 46 | 63         | 38 | 7                     | 4  |
| Hälsofrämjande verksamhet (ej spec.) | 79    | 48 | 55         | 33 | 5                     | 3  |

\*Det är mycket få som angivit att verksamhet har upphört och därför har de sammanförts under rubriken "minskat eller upphört".

Samtidigt har samverkan mellan landsting, kommuner och frivilliga organisationer också ökat sedan förra undersökningstillfället. Detta framgår bl.a. av svaren på frågan till dem som deltog i 1997 års studie om hur omfattningen av samverkan med andra organisationer har förändrats under de tre åren. En nästan försumbar andel av de svarande kunde ange minskad eller upphörd samverkan med en eller flera aktörer, medan 60 procent av svaren visade på ökad samverkan med pensionsorganisationerna, 40 procent på ökad samverkan med kyrkan och med studieförbunden. Sammanfattningsvis hade samverkan ökat eller hållit sig oförändrad i förhållande till samtliga samarbetspartners.

De positiva förändringarna i samverkansmönstren kommer också fram när det gäller finansiering av den hälsofrämjande verksamheten. För tre år sedan var kommunerna ensam finansiär i 64 procent av de verksamheter där man var finansiellt engagerad. I den nu aktuella studien är kommunen ensam finansiär i bara 40 procent av verksamheterna. Liknande gäller för landstingen. År 1997 var landstingen ensam finansiär i 47 procent av verksamheterna medan motsvarande siffra nu är 19 procent. Andelen verksamheter där samfinansiering mellan kommun, landsting och organisationer förekommer har ökat väsentligt.

Av den förra kartläggningen framgick att det fanns ett stort behov av att öka samverkan mellan olika aktörer. Förbättringar har skett när det gäller samverkan men enligt samtal med representanter för centrala myndigheter och organisationer finns det en stor potential i att ytter-

ligare utveckla och öka samverkan mellan aktörerna på nationell, regional och lokal nivå.

### 6.2.3 Bedömning

Remissinstanserna ställer sig i stort sett bakom den inriktning för arbetet med att främja äldres hälsa som redovisas i delbetänkandets målförslag. Folkhälsomålen med inriktning på äldre bör utgå från viktiga hörnpelare för hälsan som meningsfull sysselsättning, social gemenskap, fysisk aktivitet och bra mat. I detta ingår möjligheten för äldre att kunna vara fysiskt, psykiskt, kulturellt och socialt aktiva och möjligheten att kunna göra sådant som de som individer tycker är roligt, vilket är viktigt för livstillfredsställelsen.

Engagemanget när det gäller hälsofrämjande insatser bland äldre har ökat från kommunernas och landstingens sida enligt undersökningar som Folkhälsoinstitutet gjort. Samtidigt har samverkan mellan kommuner, landsting och organisationer ökat. Det är en positiv utveckling. Det finns en stor potential i att utveckla och öka denna samverkan.

Det finns ett behov av uppsökande verksamhet bland äldre med inriktning på hälsosamtal och information om aktiviteter som främjar hälsan. Uppfattningarna är dock olika om vid vilken ålder det är lämpligt att börja. Om man eftersträvar att förstärka och bevara det friska är det positivt att starta vid 65 års ålder. Om syftet däremot är att tidigt upptäcka sjukdom och funktionsförändringar så kan man börja vid en senare ålder. Det kan också uppfattas av en del personer som integritetskränkande att bli "uppsökt" bara därför att man fyllt 65 år. Den försöksverksamhet som pågår i olika kommuner, med start vid olika åldrar, är ännu inte färdig och utvärderad. Det är därför inte möjligt att ta ställning till vid vilken ålder och på vilket sätt det uppsökande arbetet bör bedrivas, men det är önskvärt att ett sådant arbete stabiliseras som arbetsform i det hälsostödjande arbetet bland äldre.

Möjligheten till fysisk aktivitet och att komma ut och röra på sig är en viktig hälsofrämjande faktor som kan bidra till att förebygga olika sjukdomar och bryta isolering. Att ge äldre personer en praktisk möjlighet att komma ut varje dag är en till synes självklar insats, men verkligheten ser inte ut så. Inom många äldreboenden är det sällsynt med utevistelser. Kommunerna bör ha ett självklart ansvar för att de som vistas inom olika former av äldreboenden får komma ut varje dag. Många pensionärer som inte klarar av att gå ut själva bor i eget boende. Kommunerna bör ta hänsyn till detta vid biståndsbedömningen av omvårdnads- och servicebehov, men också stödja olika frivilliga orga-

nisationer, t.ex. pensionärsorganisationerna, som kan ordna med promenadverksamhet.

Äldre människor behöver en mindre mängd energi än yngre, men i allmänhet lika mycket icke energigivande näringsämnen som yngre. Vitamin D, kalcium och fiberrik mat är viktigt. Man räknar med att ca 10 procent av personer i 70–80-årsåldern löper risk för undernäring i olika avseenden. Detta är något som kommunerna och sjukvården bör bli mer uppmärksamma på.

Utvecklingen av de äldres hälsa har stor betydelse för behoven av vård och omsorg. Genom en fortsatt positiv utveckling av de äldres hälsa kan enligt bilaga 8 till Långtidsutredningen 1999/2000 de demografiskt framskrivna behoven av insatser inom äldreomsorgen under perioden 2000–2030 mer än halveras. För hälso- och sjukvårdens del kan också en kraftig begränsning ske av de demografiskt förväntade ökningarna av de äldres behov. En sådan utveckling kan påverkas genom bl.a. hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

## 6.3 Invandrare<sup>70</sup>

### 6.3.1 Sammanfattning av avsnitt 11.4 i SOU 1999:137

#### **Invandrare — en heterogen grupp**

I betänkandet definieras begreppet invandrare som personer som är födda i ett annat land och som flyttat till och bosatt sig i Sverige, oavsett personens medborgarskap och invandringsskäl.<sup>71</sup> Invandrarbegreppet är emellertid omstritt och dess användning i författningar ses för närvarande över.

<sup>70</sup> Avsnittet innehåller tre delar; en sammanfattning av kommitténs underlag och förslag i SOU 1999:137, kompletteringar i form av remissinstansernas synpunkter på kommitténs förslag respektive faktauppdateringar av sakunderlaget samt en avslutande bedömning. Avsnittet har skrivits av kommitténs sekretariat.

<sup>71</sup> Höglund S. *Svensk forskning om diskriminering av invandrare i arbetslivet 1990-1996. En kunskapsöversikt*. Sociologiska institutionen, Umeå Universitet. Uppdrag av Rådet för arbetslivsforskning i samverkan med Europaåret mot rasism och Institutet för framtidsstudier 1998, sid. 10.

Begreppet integration har här tre olika betydelser.<sup>72</sup> Den första betydelsen är förhållandet mellan helhet och delar som inom sociologin tolkats till att avse frågan om samhällets sammanhållning. Den andra betydelsen är att begreppet integration har kommit att förknippas med frågan om delaktighet i samhällsgemenskapen för etniska och kulturella minoriteter. Den tredje betydelsen betecknar integration som den process genom vilken etniska och kulturella minoriteter inlemmas i samhället.

Begreppet segregation definieras i betänkandet som "geografisk separation mellan olika befolkningsgrupper, definierade utifrån ekonomiska, sociala, etniska eller demografiska karaktäristika".<sup>73</sup>

Invandrare är en mycket heterogen grupp. Skillnaderna är mycket stora såväl mellan olika etniska grupper som inom grupperna. Invandrare som grupp utgörs av individer med olika etnisk, demografisk, kulturell bakgrund och socioekonomisk status. Motiv till invandringen kan vara; arbetskraft, anhörig eller flykting.

Ett nytt migrationsmönster med inslag av etnisk och kulturell mångfald i Sverige har lett till att antalet utlandsfödda personer ökat från knappt 200 000 år 1950 till ca 954 000 personer år 1997.<sup>74</sup> Av dessa ca 954 000 har drygt 40 procent varit bosatta i Sverige 20 år eller mer och 20 procent har varit i Sverige fem år eller kortare tid. Ytterligare ca 730 000 personer är födda i Sverige och har genom minst en av sina föräldrar rötter i ett annat land. Det betyder att 1,7 miljoner personer har utländsk bakgrund.

### Utveckling av hälsan hos invandrare

I SCB:s undersökning om invandrarnas levnadsförhållanden<sup>75</sup> framgår att 9 procent år 1995 av utrikesfödda män och kvinnor i åldern 16–74 år anser att deras hälsa är dålig. Detta är en dubbelt så hög andel som bland infödda svenskar.

<sup>72</sup> Westin C m.fl. *Mångfald, integration, rasism och andra ord. Ett lexikon över begrepp inom IMER-Internationell Migration och Etniska relationer*. SoS-rapport 1996:6. Socialstyrelsen. Stockholm 1999.

<sup>73</sup> SOU 1997:118. *Delade städer*. Underlagsrapport från Storstadskommittén, sid. 24.

<sup>74</sup> Statens invandrarverk och Statistiska Centralbyrån. *På tal om... Statistik om invandring och om personer med utländsk bakgrund*. Norrköping 1998.

<sup>75</sup> Statistiska Centralbyrån. *Invandrades levnadsförhållanden. I: Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975-1995*. Rapport 1997:91. sid. 476-490.

Studier av invandrades hälsa vid en speciell tidpunkt har visat att ohälsan bland invandrare i huvudsak är koncentrerad till psykisk och arbetsrelaterad ohälsa. Dessutom har invandrare, såväl barn som vuxna, sämre tandhälsa än infödda svenskar.

Trenden visar att psykisk ohälsa har ökat under senare år på grund av att antalet flyktingar ökat exempelvis från f.d. Jugoslavien och Irak. Psykisk ohälsa förekommer i synnerhet bland nyanlända flyktingar som utsatts för krig, förföljelse, tortyr eller annat trauma. Ett flertal invandrare och i synnerhet flyktingar lider av psykiska besvär t.ex. i form av oro, ångest, sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter och ätstörningar. Vissa studier visar att personer med invandrarbakgrund har 30–60 procents större självmordsbenägenhet än svenskfödda.<sup>76</sup>

Arbetsrelaterad sjuklighet är vanlig bland de största grupperna bland arbetskraftsinvandrarna; finländare, f.d. jugoslaver och turkar. Rörelseorganens sjukdomar, som i huvudsak är arbetsrelaterade, är den största enskilda sjukdomsgruppen bland personer med invandrarbakgrund i synnerhet bland utlandsfödda kvinnor.

Vad gäller arbetsmiljömässiga faktorer visar statistik att fysiska belastningsproblem och stressigt och enformigt arbete är de enskilda indikatorer som visar på de största skillnaderna mellan utlandsfödda och svenskfödda.<sup>77</sup>

Invandrare uppvisar också en överrepresentation vad gäller sjukfrånvaro. Sjuktalet bland utländska medborgare ligger ca 70 procent över svenska medborgares nivå.<sup>78</sup>

Personer med invandrarbakgrund är överrepresenterade såväl vad gäller arbetsolycksfall som skador till följd av våld. En studie från Stockholms län visar att män från Etiopien/Eritrea och Korea samt kvinnor från Marocko, Gambia och Thailand löper en större risk för skador.<sup>79</sup>

Undersökningen om levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet visar att var femte man eller kvinna från Chile, Iran eller Turkiet upplever oro för att de själva eller

<sup>76</sup> Johansson L.M. *Migration, mental health and suicide. An epidemiological psychiatric and cross-cultural study*. Department of Clinical Neuroscience, Family Medicine and Psychiatric section. Huddinge Hospital. Karoliska Institutet. Stockholm 1997.

<sup>77</sup> Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18.

<sup>78</sup> Socialstyrelsen. *Invandrades hälsa och sociala förhållanden*. SoS-rapport 1995:5.

<sup>79</sup> Ekblad S, Oxenstierna G och Akpinar A. *Invandrarbakgrundens betydelse för sjukvård och socialförsäkring*. En folkhälsorapport för Stockholms län 1998.

deras anhöriga skall utsättas för våld eller hot på grund av etnisk eller religiös tillhörighet.<sup>80</sup>

### Förekomst av risk-/friskfaktorer i målgruppen

En rad faktorer är av betydelse för hälsotillståndet hos olika etniska grupper. Exempel på riskfaktorer som kan påverka invandrares hälsa är asyltidens längd, olika former av exponering i hemlandet t.ex. av traumatiska livshändelser som föranlett migrationen, tidigare arbetsmiljö etc. Arbetslöshet är en avgörande riskfaktor för hälsan. Diskriminering, segregation, maktlöshet och utanförskap är exempel på andra riskfaktorer. Arbete och sociala nätverk, delaktighet och inflytande, ett värdigt mottagande och bemötande vid ankomsten för nyanlända är istället exempel på skyddsfaktorer.

Främlingsfientlighet och rasism är vidare exempel på riskfaktorer som kan påverka människors trygghet och därmed deras hälsa. Särskilt utsatta för diskriminering, främlingsfientlighet och rasism är flyktingar från utomeuropeiska länder. Studier bekräftar att bland flertalet etniska grupper upplevs att diskriminering sker i arbetslivet, på bostadsmarknaden, inom kreditmarknaden etc.

Det finns tre signifikanta riskfaktorer för psykisk ohälsa bland invandrare och flyktingar: att vara ensamstående, ha låg socioekonomisk status samt erfarenhet av tidigare flyktingtraumatiska händelser.<sup>81</sup>

I ett växande antal bostadsområden i storstadsregionerna finns boende som har bristfälliga kunskaper i svenska språket. En stor del av de utrikesfödda umgås enbart med personer i den egna etniska gruppen och boende i områden där få svenskfödda bor, vilket bidrar till en isolering i förhållande till samhället i stort. Samtidigt känner många invandrare ofta brist på förtroende och förståelse i det svenska samhället. Dessutom känner invandrare oftare ett utanförskap — ”de får för liten plats”. Den självupplevda hälsan är i regel sämre i de utsatta områdena samtidigt som arbetslösheten och socialbidragsberoendet är stort.

Det föreligger anmärkningsvärt stora skillnader mellan olika etniska grupper och infödda svenskar när det gäller levnadsvanor som tobak,

<sup>80</sup> Socialstyrelsen. *Levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet*. Invadrarprojektet. Rapport 1998:1.

<sup>81</sup> Ekblad S, Belic K och Eriksson N-G. *Health and disease among refugees and immigrants. A quantitative review approaching meta analysis. Implications for clinical practice and perspectives for further research*. Part 1: Mental health outcomes. Statens institut för psykosocial miljömedicin, Karolinska institutet. Stressforskningsrapport 1996: 267.

alkohol, narkotika och fysisk aktivitet. Undersökningen av fyra invandrargrupper i åldrarna 27–60 år under år 1996 visar avsevärt stora skillnader i t.ex. rökvanor. Andelen dagligrökare är särskilt hög bland turkiska män (56 procent) och relativt låg bland iranska kvinnor (13 procent). Motsvarande andelar bland svenska män och kvinnor i motsvarande åldrar vid samma tid var 24 respektive 28 procent. Resultaten i ovannämnda studie visar också att med undantag av personer födda i Polen så var det mindre vanligt att ha druckit alkohol under det senaste året jämfört med svenskfödda. En betydligt större andel är fysiskt inaktiva jämfört med svenskfödda.

En särskilt utsatt och sårbar grupp är flyktingbarn och gömda barn och ungdomar. Även äldre samt ensamstående mödrar med svaga sociala nätverk och långtidsarbetslösa är särskilt sårbara liksom personer med arbetsrelaterad sjuklighet. En speciell riskgrupp som lider av psykisk ohälsa är flyktingar med traumatiska upplevelser, ofta i form av psykiska och fysiska skador av krig, förföljelse och tortyr. En särskilt utsatt och sårbar grupp är flyktingbarn.

### **Påverkansmöjligheter**

Invandrades levnadsvillkor efter inflyttningen till Sverige har stor betydelse för utvecklingen av hälsan. Möjligheten att få arbete och försörjning har en avgörande betydelse för förankring i det nya landet. Det ger förutom en ordnad ekonomi också kontaktytor och förstärkt identitet. För de personer som har svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden måste förutom insatser inom den generella välfärden även andra åtgärder prövas och utvärderas. Det behövs bl.a. förändringar i bemötande och mottagande av asylsökande.

### **Forskningsbehov**

Analys av olika etniska gruppers levnadsförhållanden och hälsa försvåras ofta av brist på data. Det saknas således rikstäckande representativa undersökningar om invandrades och flyktingars hälsotillstånd i Sverige.

Folkhälsoforskning om invandrare måste mer noggrant än hittills följa utvecklingen av etniska gruppers hälsa och sociala levnadsförhållanden och jämföra dem med svenskföddas som lever under samma sociala förhållanden. På nationell nivå bör kontinuerligt presenteras kunskap om olika etniska gruppers hälsoutveckling jämfört med svenskföddas. En angelägen uppgift är att satsa på longitudinella och åtgärdsinriktade studier.

### Befintliga mål och strategier

Nya mål och riktlinjer för den framtida integrationspolitiken antogs av riksdagen i december år 1997. Integrationspolitikens mål är

- lika rättigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund
- en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund
- en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt och tolerans och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för.

I slutet av år 1998 beslutade riksdagen att tillskapa ett nytt politikområde – en nationell storstadspolitik – i enlighet med regeringens proposition Utveckling och rättvisa – en politik för storstaden på 2000-talet (prop. 1997/98:165). För den nationella storstadspolitikerna har riksdagen fastställt två övergripande mål

- att ge storstadsregionerna goda förutsättningar för långsiktigt hållbar tillväxt och därmed kunna bidra till att nya arbetstillfällen skapas såväl inom storstadsregionerna som i övriga landet samt
- att bryta den sociala, etniska och diskriminerande segregationen i storstadsregionerna och att verka för jämlika och jämställda levnadsvillkor för storstädernas invånare.

Vidare har regeringen under våren år 1999 inrättat en Storstadsdelegation inom regeringskansliet som har till uppgift att utveckla och samordna storstadspolitikerna.

Riksdagen har beslutat om tre lagar mot diskriminering i arbetslivet, vilka trädde i kraft 1 maj år 1999.<sup>82</sup> Lagarna avser diskriminering på grund av etnisk tillhörighet, av funktionshindrade och på grund av sexuell läggning. Det är med de nya lagarna förbjudet att diskriminera både vid rekrytering och i samband med befordran, utbildning, löne- och andra anställningsvillkor m.m. Arbetsgivaren är också skyldig att utreda och åtgärda trakasserier.

### Målförslag i avsnitt 11.4 SOU 1999:137

#### 1. De nyanländas livsvillkor och hälsa skall förbättra

- Medicinska, psykologiska och sociala behov hos nyanlända som bär på traumatiska livshändelser bör kartläggas kontinuerligt.

<sup>82</sup> Lag (1999:130) om åtgärder mot etnisk diskriminering i arbetslivet och Lag (1999:131) om Ombudsman mot etnisk diskriminering.

- Kapaciteten för att möta nyanlända flyktingars och även tillgodose gömda personers sjukvårds- och psykosociala behov bör öka.
- Den kulturella och språkliga kompetensen hos personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt vid mottagandet av nyanlända vid ankomsten bör öka.
- Epidemiologisk bevakning och rapportering av nyanländas hälsa bör förstärkas.

#### 2. Tillträdet till arbetsmarknaden skall öka

- Alla etniska grupper skall ha tillträde till arbetsmarknaden på samma villkor som svenskfödda.
- Det bör underlättas för invandrare med utländska examina att få dem omsatta till svenska förhållanden.

#### 3. Delaktigheten skall öka

- Sfi-undervisningen bör effektiviseras för att bättre kunskaper i det svenska språket skall kunna uppnås.
- Förskolan och skolan skall främja invandrar- och minoritetsbarns utveckling till tvåspråkiga individer med dubbel kulturell identitet och kulturkompetens.
- Mötesplatser och sociala nätverk bör skapas.
- Hälsoinformation skall nå alla etniska grupper genom att den anpassas till mottagarnas skilda förutsättningar och behov.

### 6.3.2 Kompletteringar

#### Remissinstansernas synpunkter

*Integrationsverket* anser att utredningen på ett förtjänstfullt sätt behandlat invandrare som en del av befolkningen som precis som alla andra påverkas av den generella politikens utformning. Här kunde dock enligt verket ett resonemang förts om att det knappast finns några invandrarspecifika hälsoproblem eftersom invandrare inte är en grupp och invandrarskap inte kan användas som förklaring. Däremot kan vissa hälsoproblem förekomma oftare hos människor som befinner sig i en socialt och ekonomiskt utsatt situation eller som haft traumatiska upplevelser. Verket föreslår att målskrivningen "enskilda etniska grupper skall ges samma förutsättningar på arbetsmarknaden, bostadsmarknaden och i utbildningssammanhang som den svenskfödda befolkningen" ändras till "etniciteten skall inte avgöra vilka förutsättningar en person har på arbetsmarknaden, bostadsmarknaden och i utbild-

ningssammanhang” eftersom det inte är relevant att tala om etniska grupper i detta sammanhang.

*Statens invandrarverk* (numera Migrationsverket) anser att personer som vistas illegalt i landet inte skall eller behöver omfattas av några nationella folkhälsomål och föreslår att skrivningen om gömda personer skall utgå, dvs. texten ”Kapaciteten för att möta nyanlända flyktingars och även tillgodose *gömda* personers sjukvårds- och psykosociala behov bör öka”. *Integrationsverket* är mildare i sin formulering och hävdar att frivilligorganisationer eller privata sjukvårdsmottagningar har möjlighet att verka inom lagens ram, men att gömda personer ej skall inkluderas i ett nationellt folkhälsomål. *Barnombudsmannen (BO)* motsäger både SIV och Integrationsverket och vill tillägga att ej folkbokförda barn skall ha samma rätt som folkbokförda att få sina sjukvårds- och psykosociala behov tillgodosedda. Så är för närvarande inte fallet, vilket strider mot artikel 2 i barnkonventionen enligt BO.

*Socialstyrelsen* konstaterar att tillgången på data om etnisk tillhörighet är knapphändig, vilket gör att kommitténs förslag om att ”statliga myndigheter med ansvar för folkhälsa och hälsorelaterade förhållanden regelbundet bör rapportera om olika etniska gruppers levnadsförhållanden och hälsa jämfört med befolkningen i övrigt” blir svårgenomförbart. Det är enligt styrelsen oklart om kommittén menar att man skall rapportera om invandrargrupper efter födelseland från befintliga källor, eller om man skall samla information om individernas etniska tillhörighet via speciella åtgärder.

*Samarbetsorgan för invandrarorganisationer i Sverige (SIOS)* är oroad över hälsosituationen för invandrarkvinnor som arbetar inom vården respektive servicesektorn och som lider av stress och belastningsskador. Det behövs enligt SIOS åtgärder från arbetsgivarnas sida som förbättrar arbetsmiljön och förebygger långvariga sjukskrivningar och förtidspensioneringar. Enligt SIOS saknas förslag hur man skall främja hälsan hos de grupper som bott länge i Sverige, men som fortfarande har sämre hälsa än majoritetsbefolkningen. SIOS föreslår därför följande tillägg ”Hälsofrämjande åtgärder skall riktas mot etniska grupper som har bott länge i Sverige”. *Centerkvinnornas riksorganisation* pekar också på att invandrarkvinnor är en särskilt utsatt grupp.

*Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO)* anser att det är positivt att kommittén uppmärksammar att invandrare är en mycket heterogen grupp. DO menar vidare att användningen av begreppet invandrare är alltför snäv (omfattar endast utrikesfödda personer). DO hänvisar därför till Arbetsgruppen inom Kulturdepartementet med uppgift att se över användningen av begreppet invandrare. DO anser

även att definitionen av begreppet integration bör tydliggöras samt att begreppet etnisk grupp bör definieras. DO delar kommitténs uppfattning att arbetslöshet och diskriminering är avgörande riskfaktorer. DO vill upplysa om att ombudsmannen har mottagit ett flertal anmälningar om etnisk diskriminering inom t.ex. sjukvården, socialtjänsten och utbildningsväsendet. DO anser att diskrimineringsaspekterna bör betonas och att ett mål bör vara att etnisk diskriminering inte skall förekomma inom något samhällsområde. DO ifrågasätter vidare att social kompetens skall ingå som ett ämne i undervisningen och lärarutbildningen och att detta skulle leda till att delaktigheten ökar eftersom begreppet social kompetens ej har någon allmänt vedertagen innebörd.

*Rinkeby stadsdelsförvaltning* anser att det är viktigt att stärka individernas beredskap och färdigheter att göra hälsosamma val. Enligt förvaltningen kan en tänkbar åtgärd vara att föra in ämnet i Sfi-undervisningen eftersom hälsofrågorna har visat sig vara ett bra ämnesområde att fokusera på för att öka kompetensen i det svenska språket. Stadsdelsförvaltningen anser vidare att kommittén som en åtgärd bör föreslå att utveckla pedagogiskt material som är anpassade till målgruppen utomeuropeiska lågutbildade vuxna eftersom det saknas stöd på nationell nivå för detta.

*Läkemedelsverket* pekar på att alla yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården, så även apotekare och receptarier, bör omfattas av målet att det bör underlättas för invandrare med utländska examina att få dem omsatta till svenska förhållanden. Invandrare med utländska farmaceutexamina är enligt verket en efterfrågad resurs bl.a. för Apoteket AB och läkemedelsindustrin varför åtgärder bör vidtas för att möjliggöra tillträde till den svenska arbetsmarknaden för invandrare.

*Nordiska hälsovårdshögskolan* framhåller att arbetslivsinsatser kanske är av avgörande betydelse för invandrare och deras hälsa. En annan viktig åtgärd är att den epidemiologiska bevakningen och rapporteringen av invandrares hälsa ökar.

*Länsstyrelsen i Västerbottens län* anser att det är viktigt att skapa mötesplatser där svenska ungdomar och invandrarungdomar kan mötas och utveckla sociala relationer samt skapa naturliga mötesplatser mellan vuxna invandrare och svenskar och svenska familjer.

*Landstinget i Västernorrland* menar att förslagen till mål är ett steg i rätt riktning för att invandrarna skall få tillgång till det svenska samhället och därmed få förutsättningar för ett fullvärdigt liv. Det är vidare positivt att kommittén betonar att invandrare är en heterogen grupp med olika behov. Landstinget anser dock att kommittén bör vara tydligare i vad mån skillnader i ohälsa mellan invandrare och personer födda i Sverige har samband med skillnader i exempelvis socioekonomisk situation eller beror på olika kulturell bakgrund. Ett exempel på

detta är skrivningen att "invandrarbakgrunden kan utgöra en riskfaktor på kariesutveckling bland barn i åldern 1–3,5 år." *Integrationsverket* har samma synpunkter.

*Länsstyrelsen i Skåne län* anser att mål bör formuleras i syfte att bekämpa diskriminering, främlingsfientlighet och rasism riktad mot invandrare. Länsstyrelsen menar vidare att en viktig åtgärd ur ett folkhälsoperspektiv är Socialtjänstutredningens förslag i (SOU 1999:97) till ändring av lagen om introduktionsersättning för flyktingar, vilket innebär att kommunerna skall bli skyldiga att betala introduktionsersättning i stället för socialbidrag till skyddsbehövande som omfattas av det kommunala flyktingmottagandet. För att skapa ett framgångsrikt integrationsarbete bör enligt länsstyrelsen åtgärder inte ensidigt riktas mot invandrade utan även mot den svenska majoritetsbefolkningen i syfte att påverka attityder. *Göteborgs kommunstyrelse* anser också att påverkan på attityder och synsätt behöver lyftas fram ytterligare. Kommunstyrelsen menar att balansen mellan behovet av bekräftelse i de egna kända nätverken och stävan mot ökad delaktighet i majoritetssamhället kräver ett nätverksbyggande som överbryggar olikheter och bejakar mångfald.

Enligt *Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO)* bör särskild uppmärksamhet ägnas åt homo- och bisexuella invandrares speciella situation.

*Barnombudsmannen (BO)* anser att avsnittet om invandrare innehåller en övergripande och delvis intressant genomgång, men att barnens hälsa och situation behöver lyftas fram mer, i synnerhet de nyanlända barnens situation och behov. BO anser att barnkompetensen bör ingå i målformuleringen om den kulturella och språkliga kompetensen hos personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. BO hävdar vidare att ordet främja skall bytas ut mot aktivt arbeta för i målformuleringen "Förskola och skolan skall främja invandrar- och minoritetsbarns utveckling till tvåspråkiga individer med dubbel kulturell identitet och kulturkompetens."

*ABF* delar uppfattningen att mötesplatser och sociala nätverk bör skapas och vill därför peka på behovet av tillgång och tillgänglighet till möteslokaler. Utvecklingen i dagsläget går dock i motsatt riktning – allt fler kommuner avvisar samhällssubventionerade möteslokaler/platser. Hälsoinformation till skilda grupper kan med fördel diskuteras i studiecirklens form.

## Uppdateringar av sakunderlaget

### *Invandrare – en heterogen grupp*

Antalet i Sverige bosatta personer, som är födda utomlands har ökat från knappt 200 000 år 1950 till drygt 970 000 i slutet av år 1999.<sup>83</sup> Ytterligare knappt 800 000 personer, själva födda i Sverige, har minst en förälder som är född i ett annat land. Ca 1,8 miljoner personer har alltså helt eller delvis utländsk bakgrund. Av antalet utrikesfödda personer bosatta i Sverige år 1999 hade drygt 40 procent varit i landet i minst 20 år och drygt 60 procent i minst tio år. Endast 16 procent hade bott i Sverige en kortare tid än fem år. Under år 1999 invandrade knappt 50 000 personer, vilket är ungefär samma antal som år 1998. Sedan år 1996 är iranska medborgare den största enskilda invandrargruppen.<sup>84</sup> Under den förra högkonjunktens sista år, 1990, var arbetslösheten bland utländska medborgare knappt 5 procent. År 1993 ökade den till 21 procent bland utrikesfödda, år 1997 var den ca 25 procent och under första hälften år 2000 har den minskat till ca 13 procent.

I Socialstyrelsens rapport "Mångfald, integration, rasism och andra ord"<sup>85</sup> finns bl.a. definitioner på invandrare, etnisk grupp, integration och segregation. En invandrare är en person som flyttat från ett land till ett annat för att bosätta sig där en längre tid eller permanent. Vad gäller etnisk grupp bör flera av följande kriterier vara uppfyllda för att man skall kunna tala om en etnisk grupp; gemensamt territorium, gemensam kultur, gemensam religion, gemensamt språk, externt erkännande och igenkännande, föreställning om ett gemensamt ursprung.

Regeringen beslutade i slutet av år 1998 att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att se över användningen av begreppet invandrare i författningar som utfärdats av regeringen och i myndigheternas verksamhet (IN 1998:F). I augusti år 1999 överlämnade gruppen delrapporten Begreppet invandrare – användningen i lagar och förordningar (Ds 1999:48) och den 30 juni år 2000 överlämnades rapporten (Ds 2000:43) Begreppet invandrare – användningen i myndigheternas verksamhet. I sin delrapport (Ds 1999:48) har arbetsgruppen förklarat att begreppet invandrare i författningssammanhang endast bör användas som en beteckning på personer som själva faktiskt har invandrat och som folkbokförts i Sverige. "Nyanlända invandrare" bör

<sup>83</sup> Statistiska Centralbyrån. *Statistisk årsbok 2000*.

<sup>84</sup> Internet:<http://www.scb.se>

<sup>85</sup> Westin C m.fl. *Mångfald, integration, rasism och andra ord. Ett lexikon över begrepp inom IMER. Internationell Migration och Etniska relationer. SoS-rapport 1999:6. Socialstyrelsen 1999*.

avse personer som själva har invandrat för högst två år sedan. Personer med utländsk bakgrund bör avse såväl utrikes födda personer som själva invandrat som personer födda i Sverige med minst en utrikes-född förälder.

#### *Utveckling av hälsan hos invandrare*

Socialstyrelsens invandrarprojekt består av fyra rapporter som styrelsen baserar på en intervjuundersökning från år 1996 om levnadsförhållanden för fyra invandrargrupper som kom till Sverige under 1980-talet från Chile, Iran, Polen och Turkiet. Intervjuerna bygger på SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Det är den hittills största undersökningen av enskilda invandrargrupper i Europa. Den första rapporten beskriver levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet.<sup>86</sup>

Den andra rapporten "Social och ekonomisk förankring bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet"<sup>87</sup> visar bl.a. att få invandrare höjer sin utbildningsnivå i Sverige trots att studier, kurser och svenskkunskaper är mycket viktiga vad gäller invandrarernas möjligheter att etablera sig i Sverige och integreras genom arbete. Arbetslöshet, låga disponibla inkomster och socialbidragstagande är vanligare än bland infödda svenskar. Demografiska och socioekonomiska faktorer räcker endast till att förklara omkring hälften av invandrarernas sämre belägenhet. Invandrarernas familj och släkt utgör i hög grad deras ekonomiska stöd, i minst lika stor omfattning som socialbidrag. Det som ryms inom begreppet "ursprungsland" förklarar resten. Bakom förankringsprocessen finns även invandrarernas förväntningar i samband med ankomsten till Sverige, svenskarnas bemötande och attityder. Den upplevda diskrimineringen kan förklara en del av invandrarernas svårigheter att förankra sig i Sverige. En stor andel av dem som kommer från medel och högre tjänstemannaskikt förlorar sin sociala position i Sverige och en liten andel behåller den.

Den tredje rapporten "Fri, trygg och vilsen"<sup>88</sup> handlar om fördelar och nackdelar med att komma till Sverige. I studien ställdes frågor till

<sup>86</sup> Socialstyrelsen. *Levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet. Invandrarprojektet. Rapport 1998:1.*

<sup>87</sup> Socialstyrelsen. *Social och ekonomisk förankring bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. Invandrarprojektet. Rapport 1999:9.*

<sup>88</sup> Socialstyrelsen. *Fri, trygg och vilsen. Invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. Om fördelar och nackdelar med att komma till Sverige. Rapport 1999:17.*

invandrare som kom till Sverige under 1980-talet från de fyra länderna och svaren representerar de intervjuades egna kommentarer till livet i det nya landet dvs. till mötet med Sverige och svenskarna. Resultaten indikerar dels en positiv uppskattning av ett demokratiskt och välfungerande välfärdssamhälle, jämlikhet m.m. och dels svårigheter att förlikas sig med arbetslöshet, degradering i yrkeslivet, negativ särbehandling och känslor av främlingskap, språklig otillräcklighet m.m.

Den fjärde rapporten "Olika villkor – olika hälsa"<sup>89</sup> syftar till att fördjupa kunskapen om hälsoförhållandena i fyra invandrargrupper i Sverige. Resultaten visar bl.a. att svenskarna i allmänhet har bättre hälsa än invandrarna i de fyra grupperna. Personer från Polen avviker minst i hälsohänseende från infödda svenskar. Det är stora hälsoskillnader mellan män och kvinnor i samtliga grupper. Kvinnorna har ofta mer än dubbelt så stor risk att ha olika hälsoproblem, i synnerhet problem relaterade till rörelseorganen. Psykisk ohälsa är vanlig både bland män och kvinnor. De som har svag ekonomi rapporterar också mer ohälsa, i synnerhet psykisk ohälsa. Upplevelse av diskriminering och dåliga kunskaper i det svenska språket har betydelse för hälsoutfallet i de fyra invandrargrupperna.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen följt utvecklingen på äldreområdet under åren 1997 till 1999. Rapporten "Äldre födda utomlands"<sup>90</sup> är en uppdatering av tidigare gjorda demografiska beskrivningar och är avsedd att fungera som stimulans inför kommande studier inom området äldre invandrare. Ett annat syfte med rapporten är att frilägga några idéer och frågeställningar vilka kan tjäna som utgångspunkter i diskussionen om äldre invandrare.

Socialstyrelsens rapport "Mångkulturell sjukvård"<sup>91</sup> beskriver möten med patienter som sker över språk- och kulturgränser och som kräver vissa specifika transkulturella kommunikationskunskaper och färdigheter. Rapportens syfte är att bidra till att transkulturella eller mångkulturella frågor utvecklas och systematiseras i läkarutbildningen.

Kommittén Velfärdsbokslut har lämnat två delbetänkanden Velfärd vid vägskil (SOU 2000:3) och Velfärdens förutsättningar – Arbetsmarknad, demografi och segregation (SOU 2000:37) som bl.a. konstaterar att det saknas systematiska studier av segregationens konsekvenser och att analyser av utvecklingen under 1990-talet visar att såväl den

<sup>89</sup> Socialstyrelsen. *Olika villkor – olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet*. Rapport 2000:3.

<sup>90</sup> Socialstyrelsen. *Äldre födda utomlands. En demografisk beskrivning*. Rapport. 1999:4.

<sup>91</sup> Socialstyrelsen. *Mångkulturell sjukvård. En lärarhandledning för läkarutbildningen*. Rapport 1999:13.

ekonomiska som etniska boendesegregationen har ökat och att invandrare har varit hårt drabbade av arbetslöshet under 1990-talet samt att de nyanländas förutsättningar har försämrats.

I en studie av Roger Andersson om etnisk och socioekonomisk segregation i Sverige 1990–1998 i SOU 2000:37 hävdar Andersson att Storstadskommittén på ett förenklat sätt konstaterat att storstädernas segregation är ekonomiskt/klassmässigt betingad. De viktigaste resultaten från Anderssons studie är att storstadsregionernas segregation inte bara är en åtskillnad av höginkomsttagare från andra inkomstkategorier, utan segregationen har även en påtaglig etnisk profil.

Socialtjänstutredningens slutbetänkande (SOU 1999:97) Socialtjänst i utveckling föreslår att en introduktionsersättning skall lämnas istället för socialbidrag till skyddsbehövande och andra som omfattas av det kommunala flyktingmottagandet under den tid som de deltar i introduktionsprogram samt att införa ett äldreförsörjningsstöd för vissa äldre invandrare.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är en specifik form av stress som uppkommer vid extrema psykiska traumaupplevelser. Påfrestande livshändelser som att förlora arbetet, skilsmässa etc. leder inte till PTSD. Efter extrema påfrestningar kan olika psykiska och psykosomatiska sjukdomstillstånd uppstå. PTSD förekommer framför allt hos flyktingar och människor som varit utsatta för eller bevittnat våldsbrott, tortyr, krig eller katastrofer. Enligt uppgifter från Centrum för tortyr- och traumaskadade vid Karolinska Sjukhuset beräknas omkring 0,3 procent av den svenska befolkningen ha PTSD, bland vissa flyktinggrupper är 20–30 procent drabbade.

#### *Vårdbehov bland gömda personer*

Regeringen beslutade den 30 mars år 2000 att gömda barn dvs. barn till föräldrar som vistas i landet utan uppehållstillstånd, skall få fullständig hälso- och sjukvård samt tandvård. De gömda barnen får således tillgång till samma förebyggande barnhälsovård, akutvård, sjukvård och tandvård som barn som är folkhälsobokförda i landet. Beslutet ingår i en överenskommelse med Landstingsförbundet om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

### 6.3.3 Bedömning

Flertalet remissinstanser är positiva till kommitténs förslag avseende invandrare och pekar bl.a. på att utredningen på ett förtjänstfullt sätt behandlat invandrare som en del av befolkningen, som precis som alla andra påverkas av den generella politikens utformning.

Begreppet invandrare är inte entydigt utan används såväl i dagligt tal som i offentliga sammanhang på en mängd olika sätt. Det föreligger för närvarande olika uppfattningar om hur snävt man skall definiera invandrare. För kommitténs vidkommande är det inte aktuellt att ta ställning till om en bred eller snäv definition bör användas. Däremot är det angeläget att ange på vilket sätt begreppet används i olika situationer. Vissa remissinstanser anser också att begreppet etnisk grupp bör definieras. Begreppet etnisk grupp betecknar skilda kriterier som gemensamt territorium, gemensam kultur, språk och religion.

Remissinstanserna framhåller att invandrare är en stor tillgång i det mångkulturella Sverige och att det är angeläget att betona detta. Det finns också skäl menar instanserna att betona att etnisk diskriminering inte skall förekomma inom något samhällsområde. Således skall principen om likabehandling av människor oavsett ras och etniskt ursprung vara vägledande. Det är viktigt att uppmärksamma de hälsoeffekter som kan uppstå genom att människor behandlas på ett diskriminerande sätt.

Några remissinstanser ifrågasätter att personer som vistas illegalt i landet skall omfattas av nationella folkhälsomål. Det är mot den bakgrunden viktigt att uppmärksamma att gömda barn, dvs. barn till föräldrar som vistas här utan uppehållstillstånd, skall erbjudas fullständig hälso- och sjukvård och tandvård enligt regeringsbeslut den 30 mars år 2000.

Det är viktigt att förbättra mottagandet och bemötandet av nyanlända personer. Nyanlända personer med traumatiska upplevelser bör få sina medicinska, psykologiska och sociala behov tillgodosedda. Det är även angeläget att uppmärksamma de hälsofrämjande åtgärder som behöver riktas mot etniska grupper som bott länge i Sverige. Det är också viktigt att beakta att barnkompetens bör finnas tillsammans med kulturell och språklig kompetens hos personal inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten samt vid mottagandet av nyanlända personer vid ankomsten till Sverige.

Kunskaper i det svenska språket påverkar många livsområden; att komma in på den svenska arbetsmarknaden, delta i samhällslivet och kunna påverka sin situation. Därmed har det också en stor betydelse för hälsan. Språkkunskapen är därför ett mycket viktigt redskap. Därför bör Sfi-undervisningens kvalitet ses över och förskolan och skolan

arbeta aktivt för att invandrar- och minoritetsbarn skall kunna utvecklas till tvåspråkiga individer med dubbel kulturell identitet.

Av olika skäl har invandrare svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden. Dels beror det på arbetsgivares attityder till invandrare, dels att invandrares kompetens ej tillvaratas. Därför är det viktigt att åtgärder vidtas för att förändra attityder till invandrare. I syfte att underlätta för invandrare att etablera sig på arbetsmarknaden kan en framkomlig väg vara att arbetsgivare upprättar mångfaldsplaner. Det är även angeläget att underlätta för invandrare med utländska examina, t.ex. läkare, sjuksköterskor, farmaceuter att få examina omsatta till svenska förhållanden.

I stället för att tala om enskilda etniska gruppers förutsättningar, så bör man enligt vissa remissinstanser tala om att etniciteten inte skall avgöra vilka förutsättningar en person har på arbetsmarknaden, bostadsmarknaden och i utbildningssammanhang. Åtgärder riktade till olika etniska grupper bör ske inom ramen för det folkhälsoarbete som riktas till samtliga invånare och inte endast bestå av särlösningar. Enligt vissa remissinstanser bör barnens situation lyftas fram mer, särskilt de nyanlända barnens situation och i synnerhet flyktingbarnens. Mot bakgrund av att synen på homosexualitet är starkt förtryckande i vissa kulturer och t.o.m. olagligt i vissa länder finns det anledning att uppmärksamma situationen för invandrare som är homo- och bis sexuella. Det är således viktigt att öka kunskapen om homo- och bis sexuella invandrares situation, vilket har påtalats av vissa remissinstanser.