

Nationella folkhälsoprogram i Norden

Ingvar Karlberg

WHO har haft ett avgörande inflytande på begreppen hälsa och folkhälsa och på strategier för att förbättra hälsan i befolkningen. Emellertid har begreppet hälsa förändrats under femtio år till att numera inte ses som ett mål utan som ett medel för individen att uppnå sina livsmål. Samtidigt har folkhälsostrategierna kommit att i högre grad rikta in sig på att minska ojämlikheter i hälsa mellan grupper i befolkningen, snarare än att förbättra det allmänna hälsoläget. Detta illustreras av att den femte världskongressen om hälsofrämjande arbete år 2000 hade som tema "Bridging the equity gap". Detta "equity gap" kan finnas mellan nationer och inom nationer. Samtliga nordiska nationella folkhälso-program siktar mot minskade ojämlikheter i hälsa. Det målet kan vara överordnat eller jämförbart med målet bättre allmän hälsa – längre liv. Det isländska programmet är mest inriktat på allmän förbättring av hälsan i befolkningen och det svenska i andra änden av spektrum mest fokuserat på ojämlikheter i hälsa.

Ingvar Karlberg är professor i folkhälsovetenskap och management vid Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg.

NORDISK FOLKHÄLSA – JÄMFÖRELSE ÖVER TID

Under hela 1900-talet har hälsoläget i de nordiska länderna förbättrats. Medellivslängden (genomsnittsåldern för alla som

dör ett visst år) har ökat f f a genom att barnadödligheten minskat, men också den förväntade överlevnaden för nu levande personer har förlängs, genom att allt fler människor lever friska till hög ålder (*Tabell 1*). Det innebär, att förlorade år till följd av funktionsnedsättning och död (disability adjusted life years, Murray 1994) också minskat.

Omkring 1970 var folkhälsan i de nordiska länderna tämligen likartad. Olikheter i demografiska förhållanden påverkade hälso-måten, men medellivslängden skilde sig inte markant även om den var kortare för finska män. Sedan dess har utvecklingen i Sverige och Norge skiljt sig från den i Finland och Danmark. I Finland har genom insatser mot bruk av tobak och alkohol samt genom kostinformation en relativt sett större förbättring av folkhälsan ägt rum. I Danmark däremot har utvecklingen gått i motsatt riktning, även där till följd av livsstilsfaktorer.

I Island har den annorlunda demografiska utvecklingen spelat stor roll, som bland annat innebär att tidpunkten när 15 % av befolkningen blir pensionärer kommer att uppnås tjugo till trettio år senare än i övriga nordiska länder. Inte ens om tjugo år har andelen pensionärer i Island kommit upp till den nivå som idag finns i Norge och Sverige (*Tabell 2*). Detta spelar stor roll för vilka insatser för sjukvård och äldreomsorg som behöver planeras och på inriktningen av folkhälsoprogram.

Tabell 1. Medellivslängd och döda under första levnadsåret bland levande födda i de nordiska länderna åren 1970 och 1996.

	1970			1996		
	män	kvinnor	spädbarns-dödlighet	män	kvinnor	spädbarns-dödlighet
Danmark	70,8 år	75,9 år	1,9 %	72,8 år	78,0 år	0,9 %
Finland	65,9 år	74,2 år		73,0 år	80,5 år	0,8 %
Island	71,3 år	76,5 år	1,3%	76,5 år	80,7 år	0,5 %
Norge	71,0 år	77,5 år		75,4 år	81,1 år	0,8 %
Sverige	72,2 år	77,1 år	1,1 %	76,5 år	81,5 år	0,5 %

Tabell 2. Fördelning av befolkningen mellan åldersgrupper i de nordiska länderna 1999 och 2020.

	1999			2020		
	Under 24	24-65	Över 65	Under 24	24-65	Över 65
Danmark	30,2 %	54,9 %	14,9 %	29,8 %	51,7 %	18,6 %
Finland	31,1 %	54,1 %	14,7 %	27,0 %	50,5 %	22,6 %
Island	38,9 %	49,6 %	11,6 %	32,5 %	52,3 %	15,3 %
Norge	32,3 %	52,3 %	15,4 %	30,1 %	51,4 %	18,6 %
Sverige	30,3 %	52,3 %	16,7 %	27,4 %	50,4 %	22,2 %

Ett annat mått på hälsa är antalet döda per 1000 invånare. Det måttet kommer också att spegla demografin. Med större andel yngre kommer dödligheten i befolkningen att vara relativt låg. Den var i Island 0,69 per 1000 bland män och 0,67 bland kvinnor år 1999. Motsvarande siffror för Danmark, Norge och Sverige var strax över 1,0 per 1000 invånare med obetydliga skillnader mellan män och kvinnor.

Eftersom folkhälsan främjas av å ena sidan strukturella faktorer som rent vatten, hälsosam kost, goda bostäder, olycksförebyggande miljöer och lättillgänglig sjukvård och å andra sidan livsstilsfaktorer kan det vara av värde att analysera huruvida strukturella eller livsstilsfaktorer ligger bakom de

Tabell 3. Undvikbar död per 100.000 år 1998 i de nordiska länderna för några utvalda orsaker.

	Diabetes	Högt blod-tryck	Lung-cancer	Lever-cirros	Trafikolyckor
Danmark	10,2	3,0	48,2	16,7	8,4
Finland	5,4	2,3	26,5	12,2	7,5
Island	4,0	0,8	28,2	0,8	4,0
Norge	5,9	0,1	29,5	5,5	8,4
Sverige	6,6	1,4	22,5	5,4	4,9

nationella skillnaderna och hur det påverkat nationella mål för folkhälsoarbetet.

De dödsorsaker som redovisas i *tabell 3* ger underlag för att förklara en del av skillnaderna i förtidig död mellan de nordiska

länderna. Gemensamt för de dödsorsaker som redovisas i tabellen är att livsstil spelar roll. Man bör i analysen uppmärksamma de demografiska skillnaderna som redovisats i tabell 2. I ett land med relativt sett färre äldre blir dödligheten till följd av åldersrelaterade sjukdomar t ex diabetes typ två och högt blodtryck lägre. Å andra sidan kan risken för olycksfall öka.

Få samband mellan livsstil och sjuklighet är så väl dokumenterade som det mellan rökning och lungcancer. Bilden i tabell 3 av de nästan dubbelt så höga talen i Danmark jämfört med övriga nordiska länder kan kompletteras med uppgifter om bruk och försäljning av tobak, som år 1996 i Danmark var knappt tre kilo per person och år, i Finland 0,8 kg, i Island 2 kg, i Norge 1,1 kg och i Sverige 1,4 kg

I Norden finns med undantag av Danmark lagstiftningar som avser att försvåra för ungdomar inköp och användning av tobak bl a åldersgränser för inköp. Lagar och föreskrifter finns också som begränsar tobaksreklam och tobaksrökning i vissa miljöer. Tobakslagstiftningen nämns nedan för respektive land. Av tabell 4 framgår att det idag är fler kvinnor än män som röker i Sverige.

Den nordiska bilden talar för att livsstilsfrågor har en avgörande betydelse för folk-

Tabell 4. Förändringar av andelen daglig-rökare i Danmark och Sverige under tio år.

	1987		1997	
	män	kvinnor	män	kvinnor
Danmark	50 %	42 %	37 %	33 %
Sverige	29 %	26 %	17 %	23 %

hälsan i ett land. När de fysiska förutsättningar för ett gott liv blir allt bättre kommer fysikaliska faktorer i omgivningen att spela relativt sett mindre roll för förtidig död. Det är därför troligt att den ökande ojämlikheten i hälsa delvis kan förklaras med skillnader i livsstil. Nationella folkhälsoprogram kan därför förväntas prioritera livsstilsfrågor och påverkan på ojämlikhet i hälsa mellan befolkningsgrupper framför miljöfaktorer (SoS 1997:2).

En utblick mot resten av världen är också nödvändig för att se vad som går att uppnå och vad som kan förväntas påverka hälsan i de nordiska länderna bland annat genom ökande invandring. Nedanstående tabell från WHO rangordnar sjukdomstillstånd efter deras påverkan på antalet förlorade år till följd av död och nedsatt funktion (DALY) (Murray & Lopez (red). 1996) (Tabell 5).

Innan utvecklingen i de nordiska länderna beskrivs skall två kongresser om hälso-främ-

Tabell 5. Ordningsföljden av de kvantitativt viktigaste orsakerna till förtidig död och nedsatt funktionsförmåga i världen år 1990 och prognos för år 2020.

Ranking 1990		Ranking 2020	
Sjukdom eller skada		Sjukdom eller skada	
1	Lunginflammation	1	Hjärtinfarkt
2	Diarrésjukdomar	2	Depression
3	Graviditet och förlossning	3	Trafikolyckor
4	Depression	4	Stroke
5	Hjärtinfarkt	5	KOL-astma
6	Stroke	6	Lunginflammation
7	Tbc	7	Tbc
8	Mässling	8	Krigsskador
9	Trafikolyckor	9	Diaresjukdomar
10	Medfödda miss missbildningar	10	HIV-AIDS

Lalonderapporten var det första moderna regeringsdokument, som identifierade hälsofrämjande aktiviteter som en nationell uppgift

jande arbete nämnas. Den kanadensiske hälsoministern Marc Lalonde publicerade 1974 en artikel "A new perspective on the health of Canadians" (Lalonde 1974). Det anses vara det första nationella regering-dokumentet som identifierar hälsofrämjande aktiviteter som en speciell och central nationell uppgift för att förbättra folkhälsan (Figur 1). Dokumentet eller åtminstone idén utgjorde grunden för liknande initiativ från USA och Sverige. Ottawakonferensen 1986 (First International Conference on Health Promotion; Figur 1) var en direkt följd av Lalondes rapport.

Den femte världskongressen om hälsofrämjande arbete ägde rum i Mexico år 2000. Den hade som tema "Bridging the equity

gap". Rapporten heter "Pro health – from ideas to action" och undertecknades av 87 länders hälsoministrar. Åtagandet gäller att utarbeta nationella handlingsplaner för hälsofrämjande insatser. Utvecklingen av nationella folkhälsoprogram, som beskrivs nedan, ingår alltså som en del i ett internationellt åtagande undertecknat av hälsoministerna i Danmark, Finland, Norge och Sverige.

NATIONELLA PROGRAM

Hälsoutvecklingen i Danmark

År 1970 var medellivslängden för danska män 71 år (Tabell 1) och låg på 4:e plats i Västeuropa (EU + Norge). För kvinnor var medellivslängden 76 på femte plats. År 1996 hade medellivslängden för män ökat till 73 och för kvinnor till 78, men Danmark hade under den perioden halkat ner på listan över Västeuropa till 15:e plats för männen och 16:e för kvinnorna.

<i>Internationella dokument</i>		<i>Nordiska dokument</i>	
1948	WHO stadgan		
1974	Lalonde rapporten		
1978	Alma Ata "Health for All"		
1986	Ottawa deklarationen	1986	Finskt program: "HFA 2000"
		1987	Norsk "Nasjonal helseplan"
1991	Sunsvalles deklarationen		
		1992	Finskt reviderat program
		1993	Norskt "Helsefremmende etc"
1997	Jakarta deklarationen		
1998	Health 21	1998	Norskt kommunalt program
		1999	Danskt program "1999-2008"
2000	Bridging the equity gap	2000	Isländskt "Folkhälsomål för 2010"
		2001	Finskt "Health 2015" och
			Norskt regeringsprogram (kommer)
		2002	Svenskt regeringsprogram (kommer)

Figur 1. Tidsaxel för framväxt av folkhälsoprogram i Norden.

Som jämförelse kan vi se på utvecklingen i övriga nordiska länder (Tabell 1). Under åren 1970 till 1996 ökade medellivslängden för finska män med sju år, för norska och svenska med drygt fyra år medan den i Danmark ökade med endast två år. Utvecklingen för kvinnor var densamma, med en ökning på två år i Danmark jämfört med 5 år i Norge och Sverige.

Även jämförelser med övriga Europa visar skillnader. Som exempel kan nämnas att grekiska män och spanska kvinnor lever fyra år längre än motsvarande danska grupper.

Analysen av dödligheten i Danmark visar att det är överdödlighet i medelåldern som skiljer Danmark från Norge och Sverige och inte stora skillnader i överlevnad bland de äldsta. I jämförelse med Norge och Sverige är överdödligheten relativt sett högst i ålderna 35 till 55.

Tobakslag finns inte i Danmark, men genom arbetsmiljölagen begränsas rökning på arbetsplatser. I vissa offentliga miljöer begränsas tobaksrökning genom ett cirkulär från Sundhetsstyrelsen. Någon åldersgräns för inköp finns inte.

Även inom landet är hälsan ojämnt fördelad. Bestämningsfaktorer eller risker är knutna till geografiska miljöer, utbildning, ekonomi och kön. Samtliga dessa påverkar i sin tur livsstil och riskbeteenden. Medellivslängden för män som bor i Köpenhamn är fyra år kortare än i övriga Danmark. Överdödligheten är 50% högre bland män med endast grundskola jämfört med de med lång yrkesutbildning.

Mot ett nationellt folkhälsoprogram för Danmark

Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE, numera Statens institut for Folke-

sundhed, SIF) har genom åren rapporterat om hälsa och ohälsa i Danmark (DIKE 1995, 1997). År 1992 tillsattes en expertgrupp på departementsnivå, "Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg" som hade i uppdrag att i kartlägga trender i dödsorsaker i Danmark. Kommittén arbetade genom att lägga ut ett antal uppdrag till expertgrupper om medellivslängd, överdödlighet, arbetslöshet, levnadsförhållanden och livsstil. Dessutom arbetade undergrupper med policyanalyser om kvinnors hälsa, barns hälsa, cancer, hjärtsjukdom, olycksfall m fl. Huvudrapporten kom 1994, "Levetiden i Danmark" (Lifetime in Denmark, 1994). Många underrapporter har publicerats som fristående artiklar.

Slutsatsen i huvudrapporten var att medelålders män i Danmark hade en överdödlighet jämfört med motsvarande grupper i Norge och Sverige samt att orsaken i betydande utsträckning kunde sökas i livsstilsrelaterade riskfaktorer som tobaksrökning och bruk av alkohol. Bland påverkbara orsaker till överdödlighet nämns också olycksfall och självmord. Dessutom konstateras att arbetslöshet tycks vara en oberoende riskfaktor för överdödlighet. Även för kvinnor konstaterades en relativ överdödlighet, som dock ligger vid något högre ålder än för män. Orsakerna är i stort desamma.

Initiativ till det nu aktuella danska folkhälsoprogrammet kommer från regeringsförklaringen 1998: "Regeringen vill genomföra ett sektorövergripande program för att förebygga ohälsa och förbättra folkhälsan. Programmet skall syfta till att inom en tioårsperiod uppnå en rad hälsomål." I utgångsläget konstateras att det finns stora skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper och att dessa skillnader beror både på struk-

turer som ohälsosamma arbetsmiljöer och på skillnader i livsstil orsakade av ojämnt fördelade ekonomiska resurser och kunskaper.

Utgångspunkter för programmets aktiviteter är

- riskperspektiv
- åldersperspektiv och
- miljöperspektiv

De insatser som skall genomföras skall rikta sig mot väsentliga hälsoproblem, för vilka det finns effektiva strategier och för vilka det finns behov att förstärka insatserna. Den sektorövergripande ansatsen demonstreras av att tio departement deltagit i utvecklingen av programmet.

Den ogynnsamma utvecklingen av folkhälsan i Danmark kan i viktiga delar hänföras till riskfaktorer som har med livsstil att göra. Det gäller bruk av tobak och alkohol, alltför energirik kost och för lite motion. Det är därför naturligt att Mål 1 i folkhälsoprogrammet 1999-2008 är att öka medellivslängden samt att Mål 3-7 anger medel för detta genom att påverka riskfaktorerna.

Det danska folkhälsoprogrammet innehåller sjutton mål varav

- två övergripande: längre liv och mindre social ojämlikhet
- fem som riktar sig mot livsstilsfaktorer: tobak, alkohol, kost och övervikt, motion och olyckor
- tre avser särskilda åldersgrupper: barn, ungdomar och äldre
- fyra avser miljöer: skola, arbetsplats, lokal-

Folkhälsan i Danmark är sämre än i resten av Norden. Det beror på bruk av tobak och alkohol, alltför energirik kost och för lite motion

samhället, hälso- och sjukvården och - tre betecknas som strukturmål: samverkan mellan aktörer, forskning och utbildning.

Programmet liknar alltså det finska (nedan) med några övergripande mål och ett stort antal processmål. Det liknar också den svenska folkhälsokommitténs förslag, som presenterade hösten 2000 med ett antal mål inom flera fält. Flertalet mål i det danska programmet kan närmast betraktas som medel för att uppnå de överordnade målen. Det saknas tydliga definitioner av vad som skall uppnås eller mått och mätmetoder för målanalys.

Hälsoutvecklingen Finland

Redan tidigt uppmärksammades att folkhälsoläget i Finland var sämre än i övriga nordiska länder. År 1970 var den förväntade överlevnaden för män bland de lägsta i Västeuropa med knappt 66 år. Tjugofem år senare hade den ökat med sju år till 73. Den var fortfarande bland de lägsta inom EU, men hade nu passerat Danmark (Tabell 1). De finska kvinnornas livslängd var nära genomsnittet i Västeuropa både 1970 och 1996 med 74 respektive drygt 80 år.

Orsakerna till det relativt sett dåliga folkhälsoläget på 1970-talet bedömdes vara livsstilsrelaterade med omfattande rökning och bruk av alkohol och olycksfall i samband med alkoholförtäring. Finland var därför ett av de första länderna som införde lagstiftning mot tobaksbruk. Tobakslagen är från 1977 och innebär att rökning inte är tillåten i offentliga lokaler samt att all tobaksreklam är förbjuden. Åldersgränsen för tobaksinköp är 18 år och snusförsäljning är överhuvud inte tillåten.

Finska Karelen var ett av de områden som deltog i WHO:s MONICA studier för att

Efter Karelensstudierna, som visade att rökning var den viktigaste faktorn för ohälsa, måste för trovärdighetens skull tobaks-lagar införas i Finland.

värdera betydelsen av kost och livsstil på förekomst av hjärt- och kärlsjukdomar (Asplund 1995). Resultaten av dessa studier var viktiga för att väcka medvetenhet om problematiken i Finland. Denna medvetenhet har påverkat riskfaktorer och dödligheten i gynnsam riktning, men fortfarande är hjärt-kärl dödligheten dubbelt så hög som i medelhavslanderna.

Mot ett nationellt folkhälsoprogram för Finland

Det var därför naturligt att Finland som det första landet i Norden, ja kanske i världen formulerade ett nationellt folkhälsoprogram år 1986. Programmet byggde på WHO:s Alma Ata deklARATION "Health for All by the Year 2000". Det hade fyra allmänna mål:

- att lägga år till livet dvs minska förtidig död,
- att ge hälsa till livet dvs minska kroniska sjukdomar och funktionshinder,
- att ge liv till åren dvs öka livskvalitet även i högre åldrar och
- att minska olikhet i hälsa mellan grupper i befolkningen.

Tre av målen avsåg att höja den allmänna folkhälsan och att ett av dem siktade på att minska skillnader i hälsa.

Folkhälsoprogrammet från 1986 reviderades 1992 efter en audit genomförd av WHO. Effekterna utvärderades och avrapporterades av regeringen 1996. Man kunde då konstatera att medellivslängden ökat dvs ris-

ken för förtidig död hade minskat påtagligt. Mål tre, livskvalitet i högre åldrar hade uppnåtts genom att sjukpensioneringar minskat och det åldersrelaterade behovet av institutionsboende minskat. Ett delvis nytt problem var dock ökad arbetslöshet bland äldre till följd av strukturrationaliseringar inom industrin.

Däremot hade man inte närmast sig mål två och när det gäller det fjärde målet om minskade skillnader konstaterades att dessa tvärtom ökat både mellan kön och mellan socioekonomiska grupper. Slutsatsen med betydelse för nästa program var att följande områden behöver påverkas:

- sociala strukturer
- miljöfaktorer
- livsstil

År 2001 presenterades *Hälsa 2015* som är ett folkhälsoprogram framtaget av regeringen i bred samverkan mellan myndigheter, organisationer och experter. Det involverar aktörer både inom offentlig och privat sektor.

Programmet bygger på åtta övergripande mål och anger 36 processmål. Fem av de övergripande målen är åldersrelaterade och tre är generella.

De fem åldersrelaterade målen handlar om

- hälsa och trygghet för barn
- rökning, bruk av alkohol och droger hos tonåringar
- olycksfall bland yngre män
- arbetsplatsen och arbetsförmågan hos äldre vuxna
- funktionsförmågan hos de äldsta

De tre generella målen handlar om

- allmän hälsa
- hälso- och sjukvård
- ojämlikhet i hälsa

För sju av åtta strategier anges mätbara

mål. Dessa kan vara "oförändrad standard", som gäller för sjukvården, "20% förbättring" som gäller för ojämlikhet i hälsa eller "<15% av ungdomar 16-18 år skall röka år 2015". Det är i Norden endast det finska och det isländska nationella folkhälsoprogrammet som på detta sätt anger mätbara mål.

De 36 aktionsplanerna är uppdelade enligt följande

- 1-6 barns hälsa och utbildning
- 7-10 olycksfall, familj, sociala funktioner och arbete
- 11-13 äldres hälsa och omvårdnad
- 14-15 kommunernas roll
- 16-19 önskvärd service
- 20 regeringens roll
- 21 frivilligorganisationernas roll
- 22-25 forskning och utveckling
- 26-29 internationella initiativ
- 30-36 mätning, uppföljning och utvärdering

För flera av planerna anges konkreta insatser, uppföljningar och mål.

Hälsoutvecklingen i Island

Det är genom sin demografiska profil som Island skiljer sig från de övriga nordiska länderna. Inte ens om tjugo år kommer 15% av befolkningen att vara pensionärer, en nivå som Sverige och Norge redan passerat (Tabell 2). Om man räknar om procenttalen till antal individer motsvarar skillnaden i antal pensionärer i Sverige år 2020 700 000 personer. Det vill säga i stället för att ha drygt två miljoner pensionärer skulle siffran vara

Inte ens om tjugo år kommer 15% av befolkningen i Island att vara pensionärer, en nivå som Sverige och Norge redan passerat

knappt en och en halv. Samtidigt skulle den drygt halva miljonen personer vara i aktivt arbete.

Befolkningsprofilen påverkar också folkhälsoläget. Som framgår av tabell 4 är vissa åldersrelaterade, påverkbara sjukdomar och tillstånd mycket ovanligare jämfört med övriga Norden. Å andra sidan är t ex olycksfall och suicid bland yngre män på samma nivå.

Tillgänglighet till sjukvård och förebyggande insatser inom hälsovården med offentlig finansiering är i Island extremt god. Sjukvårdslagen från 1990 anger att "alla har rätt till bästa möjliga service i varje läge". Det är sannolikt att detta spelat en viss roll för den mycket låga barnadödligheten och den goda utvecklingen av livslängden (Tabell 1).

Tobakslag i Island infördes 1984 och omfattar förbud mot rökning i offentliga lokaler. Åldersgräns för inköp är 16 år. Tobaksreklam är förbjuden i inhemska medier, vilket också innefattar indirekt reklam.

Mot ett folkhälsoprogram för Island

Även Island har ett folkhälsoprogram. Dessutom finns folkhälsoansatser i det regelverk som är knutet till hälso- och sjukvården t ex sjukvårdslagen från 1990, patienträttighetslagen från 1997, lagen om databaser i sjukvården från 1998 och lagen om biobanker från 2001. Tobakslagen från 1984 har kompletterats 1996 och 2001.

Folkhälsoprogrammet från år 2000 heter "Folkhälsomål för år 2010" och är uppbyggt mot sju målområden

- Alkohol, tobak och andra droger
- Barn och ungdomar
- Andra vuxna
- Psykisk hälsa

Endast de isländska och det finska folkhälsoprogrammet har satt upp mätbara mål

- Hjärt- och kärlsjukdomar och stroke
- Cancer
- Olycksfall

Inom vart och ett av målområdena finns delmål och för vart och ett av dessa mätbara indikatorer. Några är absoluta, t ex att alkoholbruket per capita och år för vuxna skall inte överstiga en mängd motsvarande 5 liter ren alkohol år 2010. Ett annat exempel är att rökning bland vuxna skall ner till under 15% (1997=27%). Andra är relativa t ex att antalet olyckor och antalet döda till följd av olyckor skall reduceras med 25%. Även för serviceåtgärder finns det mätbara mål: väntetiden för vårdhemsplats för äldre skall vara maximalt 90 dagar. Det är således det isländska och det finska programmet som uppställt mätbara folkhälsomål, som skall vara uppnådda vid en bestämd tidpunkt.

Hälsoutvecklingen i Norge

Norge och Sverige har under de senaste decennierna haft de mest gynnsamma folkhälsotalen i Västeuropa. Det gäller både barnadödlighet, för tidig död och medellivslängd. Denna var 1970 för norska män på samma nivå som för svenska och danska och betydligt längre än för finska män (Tabell 1). Ökningen från 1970 till 1996 var fyra och ett halvt år, vilket var ungefär detsamma som i Island och Sverige men dubbelt så stor som i Danmark. Hälsoläget för norska kvinnor har varit på samma höga nivå som männens med medellivslängd 1970 på 77,5, vilket var högst i Västeuropa, och 1996 på 81 år. Det är fortfarande högt även om kvin-

norna i några andra länder som Frankrike, Spanien, Italien och Sverige nu har något längre medellivslängd.

Det finns emellertid tecken som tyder på att utvecklingen av folkhälsan nu går långsammare än nödvändigt. Jämförelser med t ex Japan visar att det skulle gå att sätta målen högre. Det är "livsstilssjukdom" och först och främst hjärtinfarkt som anses utgöra ett ökande hot. Hjärtinfarktsfrekvensen är nämligen tre gånger högre än i Frankrike och fyra gånger högre än i Japan. Dessutom är död till följd av bröstcancer – den vanligaste cancerformen hos kvinnor – tre gånger högre i Norge jämfört med Japan. Självmod är dubbelt så vanligt bland yngre norska män jämfört med japanska. De ökade riskerna anses ha starkt samband med tobaksbruk, bristande fysisk aktivitet, alkohol och matvanor.

Tobaksskadelagen i Norge är från 1973. Den förbjuder nu all reklam för tobak, association med logotyper och annan indirekt reklam. Offentliga miljöer skall vara rökfria. Åldersgränsen för inköp är 18 år.

Mot ett nationellt folkhälsoprogram för Norge

Det första nationella dokumentet med sikte på folkhälsa var regeringens förslag "Helsepolitikken mot år 2000" (St.medl.nr.41, 1987). Den var i och för sig i första hand inriktad på hälso- och sjukvårdens roll för folkhälsan, bl a tog den upp prioriteringsutredningens förslag och legitimerade detta på nationell nivå, men innehöll också ett flertal avsnitt om generella hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoinsatser utanför den egentliga hälsosektorn.

Den nationella hälsoplanen från 1987 ledde bl a fram till "Utfordringer i helsefrem-

mende og forebyggende arbeid" (St. meld. 37, 1993) . I den fokuserades särskilt följande områden

- psykosociala problem
- belastningsskador
- olyckor och skador samt
- astma, allergi och inomhusmiljö

Denna översikt ledde i sin tur till utarbetandet av särskilda föreskrifter inom de speciella områdena.

En renodlad norsk folkhälsorapport presenterades 1998 (NOU 1998:18) "Det er bruk for alle. Styrkning av folkehelse i kommunene". Den ger en omfattande bakgrund - "folkhälsoplattform" - och en strategidel. Den utgör tillsammans med rapporten från WHO-konferensen i Mexico 2000 "Bridging the Equity Gap" basen för det arbete som hösten 2001 pågår inom Helse- och socialdepartementet för att sammanställa en "Nasjonal handlingsplan for folkehelsearbeid".

Arbetet med den nationella handlingsplanen liknar både i tid och process det svenska. Det poängteras bl a att folkhälsarbetet är tvärprofessionellt och omfattar alla samhälls funktioner dvs många departement. Berörda fackmiljöer och organisationer deltar som sakkunniga och experter i arbetet. Utgångspunkten är klassisk:

- sjukdomsförebyggande och
- hälsofrämjande

Det anges i projektbeskrivningen att arbetsrelaterad ohälsa och ojämlikheter i hälsa mellan befolkningsgrupper särskilt kommer att beaktas. Planen skall vara klar under år 2001.

Hälsoutvecklingen i Sverige

Medellivslängden har för svenska män och kvinnor legat högt både i ett nordiskt och globalt perspektiv (Tabell 1). 1960 var medel-

Medellivslängden har för svenska män och kvinnor legat högt både i ett nordiskt och globalt perspektiv

livslängden för svenska män 71 år och för kvinnor 75. Fram till 1975 ökade medellivslängden snabbare för kvinnor än för män och var det året 72 år för män och 78 år för kvinnor dvs en skillnad på sex år. Därefter skedde ett unikt trendbrott och de svenska männens livslängd har ökat snabbare än kvinnornas. År 1998 var skillnaden fem år: 77 respektive 82.

I modern tid har spädbarnsdödligheten dvs andelen döda barn under första levnadsåret bland de levande födda i Sverige varit bland de lägsta i världen. Den ligger nu på cirka 4 promille (tabell 1). Trots den internationellt låga siffran finns fortfarande regionala skillnader och skillnader mellan grupper i befolkningen. Kända orsaker till förhöjd risk är mammans sociala situation och rökning under graviditeten. Rökning under graviditeten leder till i genomsnitt 200 g lägre födelsevikt och ökar risken för spädbarnsdöd med 10%.

Dödligheten är 100 %, variationer kan ske i orsak och tidpunkt. För att i folkhälsarbetet kunna ta hänsyn till när i livet döden inträffar har måttet "förlorade år" skapats. Antalet förlorade år per 1000 invånare genom död före 75 års ålder har beräknats till 20 för män och 7 för kvinnor till följd av hjärt-kärlsjukdom och för tumörsjukdom till 16 respektive 19. Dessa två diagnosgrupper är de största orsakerna både till död och till förlorade år. Således dör nästan hälften av alla människor i vårt land till följd av hjärt- och kärlsjukdomar och 20 % till följd av tumörsjukdomar.

Ur folkhälsosynpunkt är alltså den mest angelägna åtgärden att hitta metoder att minska andelen människor som till följd av hjärt- och kärlsjukdom dör en förtidig död. Dessutom lider flera hundra tusen människor av kroniska hjärt- och kärlsjukdomar, och en fjärdedel av alla vård dagar på sjukhus orsakas av hjärt- kärlsjukdomar.

Långtidssjukskrivning (mer än tre månader) och förtidspensioneringar är ett annat tecken på brister i folkhälsan. De vanligaste anledningarna är sjukdomar i rörelseorganen (1/3) och psykiska sjukdomar (1/4). Därefter följer hjärt- kärlsjukdomar som orsakar 10% av förtids-pensioneringarna.

Tobakslagen i Sverige är från 1993 och innebär att rökning inte är tillåten i offentliga lokaler och vissa utomhusmiljöer som skolgårdar. Rökfria arbetsplatser skall kunna erbjudas den som vill. Inköp är inte tillåten under 18 år.

Mot ett nationellt folkhälsoprogram för Sverige

År 1984 var första gången ett nationellt svenskt policydokument presenterades för att främja folkhälsa (Prop 1984/85:181). I propositionen betonades främst det förebyggande arbetet. I folkhälsopropositionen 1990/91:175 lyftes för första gången problemet med den ojämlika hälsan fram. Trots förbättrad hälsa i befolkningen som helhet konstaterades ökade skillnaderna mellan sociala grupper. Propositionen mynnade ut i att det överordnade målet för folkhälsopolitiken bör vara ökad social jämlikhet i hälsa. Propositionen ledde till att Folkhälsoinstitutet bildades 1992.

År 1997 inrättades den Nationella folkhälsokommittén med regeringens uppdrag att definiera de mest angelägna folkhälsopro-

blemen, att utarbeta nationella mål för hälso-utvecklingen, att prioritera mellan dessa samt att föreslå strategier för genomförandet.

Kommittén presenterade 18 mål. Av dessa var tolv strukturella, sex rörde livsstil och tre var strategier för att uppnå de överordnade målen. De 18 processmålen är:

- social jämlikhet (1-4)
- miljöfrågor (5-8)
- livsstil (9-14)
- vård och folkhälsoarbete (15-18)
- strategier för att uppnå de övergripande målen (15-18).

I regeringskansliet pågår hösten 2001 arbetet med ett nationellt folkhälsoprogram. Liksom i de övriga ländernas skapas sektorövergripande strategier mot departement och myndigheter även utanför den direkta hälsosektorn.

Det övergripande målet är jämlik hälsa. Detta prioriteras högre än en allmänt förbättrad hälsa för hela befolkningen. Programmet kommer att delas upp på sex mål:

1. Sociala strukturer – solidaritet, nätverk, sysselsättning
2. Trygghet – trygga och jämlika uppväxtvillkor, skola
3. Arbetsmiljö - arbetsvillkor
4. Inne och utemiljöer – fysisk miljö, säkerhet, ekologiskt hållbar
5. Skadesäkra miljöer och produkter
6. Hälsofrämjande levnadsvanor – fysisk aktivitet, kost, sex, tobak, alkohol, droger

Det är alltså fem strukturella mål mer eller mindre riktade mot myndigheter och organisationer och endast ett som riktar sig till den enskilde och livsstil. Den prioriteringen bygger på att livsstil i sin tur betingas av strukturella faktorer som utbildning, ekonomi och fysiska förutsättningar för ett hälsosamt liv.

Hälsoutvecklingens påverkan på folkhälsoprogrammens strategier

De kvantitativt viktigaste livsstilssjukdomarna är hjärtinfarkt och slaganfall. Ett kosthåll rikt på mättat fett, rökning, lite fysisk aktivitet med övervikt är de viktigaste kända, påverkbara riskfaktorerna. Även kronisk obstruktiv lungsjukdom, lungcancer och vissa andra cancerformer, benskörhet och diabetes är vanliga tillstånd som i större eller mindre grad orsakas av en eller flera faktorer i vår livsstil. Detta hänger också samman med industrialisering och urbanisation. Med undantag för benskörhet är det de befolkninggrupper som har kortast utbildning och sämst ekonomi som är mest utsatta.

Inom miljöområdet har i ökande grad arbetsplatsen kommit i fokus. Långtidssjukskrivning och förtidspensionering till följd av utmattningsdepression har blivit ett betydande problem.

Det är därför naturligt att de tre viktigaste punkterna i alla programmen är

- sociala strukturer
- livsstil
- miljöfaktorer

Rangordningen mellan länderna är däremot olika.

Politisk retorik?

I en rapport om utvecklingen av de socioekonomiska skillnadernas effekter på hälsa i de nordiska länderna påvisas endast obetydliga förändringar under det senaste decenniet (Lahelma m fl 2001). Detta stämmer inte överens med den bedömning som görs i Folkhälsorapporten när det gäller förhållandena i Sverige (SoS 2001). I denna påpekas att skillnader i hälsa inte bara kvarstår utan i vissa fall också ökat. Det gäller fr f a

ensamstående personer med kort utbildning och svag ekonomi. Denna skillnad i uppfattningar återkommer i de politiska prioriteringar, som återspeglas i de nationella folkhälsoprogrammen.

I alla de nordiska länderna är den demokratiska processen livaktig och det politiska inslaget i utvecklingen av folkhälsoprogram påtagligt. Även om expertmedverkan är typiskt för samtliga nationella projekt, är det politiska värderingar som avgör slutprodukternas formuleringar. En intressant och aktuell fråga som belyser komplexiteten är dispensen från EUs gränsvärden angående dioxin i fisk från Östersjön. Det tycks inte som om hälsopolitiken varit avgörande för den svenska regeringens ställningstagande.

En kvarstående fråga är därför i vilken mån formuleringar också speglar aktuella politiska majoriteters ideologier. WHO:s betydelse när det gäller att formulera definitioner och beskrivningar på hälsa och att ange mål för folkhälsoarbetet kan inte överskattas. Dessa idéer genomsyrar samtliga länder folkhälsoplaner. Därför är det kanske så att ideologiska skillnader mest handlar om metoder att uppnå god hälsa och att de övergripande målen kan omfattas av de flesta?

REFERENSER

- DIKE (1995). Sundhed og sygelighed i Danmark 1994. DIKE, Köpenhamn..
- DIKE (1997). Danskernes sundhed mod år 2000: sundhedsadfærd, sundhedstilstand, sygelighed, dødelighed, levekår. DIKE, Köpenhamn.
- Lahelma E, Lundberg O, Manderbacka K, Roos E. (2001) Health inequalities in the Nordic countries from the 1980s to the 1990s. Scand J Publ Health, Supplement 55.
- Ottawa, Canada Information, 1974. In WHO (2001). Evaluation in health promotion. WHO

- regional publications, European series, No 92.
- Ministry of Social Affairs and Health (2001). Govenment resolution 2001:6 on the Health 2015 public health programme. Ministry of social affairs and health, Helsinki.
- Murray CJL (1994). Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability adjusted life years. Bull. WHO, 72:429-45.
- Murray CJL, Lopez AD (red). The global burden of disease. WHO/Harvard School of Public Health/Världsbanken 1996.
- NOMESCO (2001). Health statistics in the Nordic countries. Nordisk medicinalstatistisk kommitté, Köpenhamn.
- Nordiska Ministerrådet (serie). Nordic statistical yearbook 1970, 1975, 1996, 1999. NMR, Köpenhamn.
- NOU 1998:18. Sosial- og helsedepartementet, Oslo.
- SHD I-8/2001. Den femte verdenskonferensen om helsefremmende arbeid. Sosial- og helsedepartementet, Oslo.
- Socialstyrelsen (1997). Hur görs folkhälsrapporter i Europa? EpC-rapport 1997:2, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2001). Folkhälsorapporten 2001. SoS rapport 2000-111-2, Stockholm.
- SOU 1990:137. Hälsa på lika villkor – delbetänkande av nationella folkhälsokommittén, Stockholm.
- SOU 2009:91. Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Stockholm.
- Sundhedsministeriet (1994). Middellevetidsudvalget. Sundhedsministeriet, Köpenhamn.
- Sundhedsministeriet (1999). Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Sundhedsministeriet, Köpenhamn.
- Wigren L (1996). Tobak och ungdom. MPH 1996:9, NHV, Göteborg.