

Mot en ny folkhälsopolitik

Gunnar Ågren

Den centrala uppgiften för Statens folkhälsoinstitut (FHI) är att bidra till en bättre folkhälsa. I instruktionen föreskrivs att "verksamheten skall stå på vetenskaplig grund". I arbetet med att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador skall FHI särskilt uppmärksamma de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna. Med siktet inställt på dessa mål har FHI fr.o.m. 1 juli 2001 tre huvuduppgifter:

1. Att fungera som nationellt kunskapscentrum när det gäller folkhälsa.
2. Att följa upp och samordna uppföljningen av den nationella folkhälsopolitiken.
3. Att stå för övergripande tillsyn på alkohol-, tobaks och narkotikaområdet.

Utöver dessa tre huvuduppgifter får FHI olika regeringsuppdrag som kräver specialinsatser. "Sätt Sverige i rörelse 2001" och "Att utarbeta ett handlingsprogram mot spelberoende" är exempel på sådana uppdrag. Dessa uppdrag är i regel tidsbegränsade med undantag för uppdraget att förebygga hiv/STI.

Före den 1 juli 2001, då institutet fick en ny inriktning och bytte namn till Statens folkhälsoinstitut, var arbetet organiserat i programform med utgångspunkt i olika hälsoproblem och sjukdomsgrupper. I samband med ombildningen ärndrades organisationen för att bättre svara upp mot FHI:s nya uppgifter. Den nya organisationen grundas på en linjeorganisation för fasta och löpande uppgifter, kompletterad med en flexibel projektorganisation.

Utöver en förstärkt verksamhetsledning och särskilda enheter för ekonomi respektive personal och administration består FHI av följande fyra avdelningar:

- Forskningsavdelningen
- Avdelningen för samhällsstruktur och samverkan
- Avdelningen för levnadsvanor och tillsyn
- Informationsavdelningen

För mer information besök FHI:s hemsida www.fhi.se

Gunnar Ågren är generaldirektör för det nya Statliga folkhälsoinstitutet.

Hälsa ses som ett mycket eftersträvt mål av de flesta människor. En bibehållen hälsa är en förutsättning för så mycket annat.

Eftersom hälsa är ett så eftersträvt mål vore det också naturligt att hela befolkningens hälsa, dvs. folkhälsan, var ett av de mest angelägna politiska målen. Så är inte fallet. Även om folkhälsoarbetet har

stärkts på nationell nivå så har vi långt kvar innan en god folkhälsa ses som ett lika angeläget arbetsområde som ekonomisk politik

Vi har långt kvar innan en god folkhälsa ses som ett lika angeläget arbetsområde som ekonomisk politik, arbetsmarknads politik eller socialpolitik

tik, arbetsmarknadspolitik eller socialpolitik.

Det finns flera orsaker till denna diskrepans. Viktigast är dock att hälsofrågor haft en tendens att individualiseras och medicaliseras. Hälsan har i hög grad överlämnats till den medicinska professionen och till den enskilde individen, antingen som konsument av sjukvård och olika hälsoprodukter eller som utövare av en mer eller mindre hälsosam livsstil.

Tanken att folkhälsan skulle kunna påverkas genom kollektiva insatser och genom politiska beslut har inte varit lika framträdande. Ändå har folkhälsoarbetet på nationell nivå en lång tradition i vårt land. Sverige var först i världen med att genomföra en obligatorisk folkbokföring där församlingspräster fick till uppgift att registrera alla födselar, dödsfall och dödsorsaker, vilket skedde redan år 1748. Skälet var befolkningspolitiskt.

Befolkningsstatistiken har också kunnat användas till att ringa in viktiga orsaker till ohälsa. Det är t.ex. en gammal kunskap att dödligheten är långt större bland fattiga än bland rika och att den fattiga stadsbefolkningen i långt högre grad drabbades av febersjukdomar än de som bodde på landet.

På 1800-talet kom folkhälsoarbetet att koncentreras kring kampen mot brännvinet och dryckenskapen som hade utvecklats till ett gigantiskt folkhälsoproblem. Mot slutet av århundradet lärde man sig framgångsrikt bekämpa vattenburna infektioner genom bättre vatten- och avloppssystem och regler för livsmedelshantering.

Det demokratiska genombrottet innebar att företrädare för den tidens stora folkrörelser, nykterhetsorganisationerna, arbetarrörelsen och i någon mån frikyrkorna kom

Under decennierna efter andra världskriget kom hälsofrågorna alltmer att medicaliseras och professionaliseras

att dominera de flesta politiska församlingar i Sverige. Alla dessa rörelser hade ett aktivt intresse både när det gällde hälsosamma levnadsförhållanden och livssätt.

Uppbyggnaden av folkhemmet innefattade många hälsopolitiska inslag, t.ex. en utbyggd barnhälsovård, skolmåltider, stöd till barnfamiljer och en social bostadspolitik. Den sjunkande barnadödligheten och den ökande medellivslängden sågs som resultat av den sociala välfärdspolitiken.

Under decennierna efter andra världskriget kom hälsofrågorna alltmer att medicaliseras och professionaliseras. Hälsopolitik blev alltmer liktydigt med sjukvårdspolitik. Debatten kom att koncentreras på hur man skulle finansiera och rekrytera personal till en svällande sjukhussektor. Det förebyggande arbetet tenderade att få en mer undanskymd plats.

Det fanns viktiga undantag från detta. Den utbyggnad som hade skett av en heltäckande mödra- och barnhälsovård hade också skapat en bra plattform för ett effektivt förebyggande arbete bland annat när det gällde att förhindra barnolycksfall, ett område där Sverige fortfarande är världsledande. På arbetslivets område bidrog ett kraftfullt fackligt tryck till att man fick ett kraftfullt partsgemensamt förebyggande arbete på arbetsplatserna. Inom alkoholpolitiken fortlevde insikten om att en minskad tillgänglighet av alkoholdrycker hade en avgörande betydelse när det gäller att förebygga alkoholskador.

Det finns ett samband mellan ökad ekonomisk ojämlikhet och försämrad folkhälsa, men mekanismerna bakom detta samband är inte särskilt väl klarlagda

En starkare ställning för folkhälsoarbetet

Under 1980-talet började folkhälsoarbetet åter få en stark ställning. Spridningen av AIDS medförde att tron på sjukvårdens förmåga att bemästra viktiga hälsoproblem fick ett grundskott. Istället började man på flera håll ifrågasätta om stigande sjukvårdskostnader verkligen åtföljdes av en förbättrad folkhälsa. Insikten om att det fanns stora och växande klasskillnader också i det svenska samhället bidrog också till en omvärdering av den hittillsvarande hälsopolitiken.

År 1987 tillsatte regeringen en statssekretärgrupp som fick till uppgift att utforma riktlinjer för en mer genomtänkt folkhälsopolitik. Gruppen förde särskilt fram vikten av att koncentrera arbetet på att utjämna de stora sociala hälsoklyftorna och att arbeta med de stora folksjukdomarna samt hälsoproblemen. Ett konkret förslag från gruppen var bildandet av ett folkhälsoinstitut med uppgift att driva och samordna folkhälsofrågorna på nationell nivå.

Folkhälsoinstitutet bildades år 1992. Dessförinnan hade det skett ett regeringsskifte år 1991. Den socialdemokratiska regeringen hade ersatts av en borgerlig fyrtipartiregering som leddes av Carl Bildt. Detta kom möjligen att påverka Folkhälsoinstitutets inriktning som mer kom att handla om att driva enskilda hälsofrågor än att samordna det

nationella folkhälsoarbetet.

År 1994 tillträdde en ny socialdemokratisk regering. Redan i regeringsdeklarationen betonades folkhälsofrågornas centrala betydelse även om arbetet med att övervinna den ekonomiska krisens effekter kom att dominera de första åren. 1997 tillsattes en parlamentarisk utredning, Nationella Folkhälsokommittén, med ledamöter från samtliga riksdagspartier samt ett stort antal sakkunniga och experter representerande forskarvärlden och ett antal viktiga intresseorganisationer.

Kommittén gjorde ett viktigt strategiskt vägval. Istället för att utgå från sjukdomar eller hälsoproblem när man skulle formulera mål för arbetet valde man hälsans bestämningsfaktorer – dvs. de faktorer i samhällsorganisationen och människors levnadsförhållanden som bidrar till hälsa och ohälsa.

Fördelen med att utgå från bestämningsfaktorer är att målen blir åtkomliga för politiska beslut och kan påverkas genom olika typer av samhällsinsatser. En nackdel är dock att det kan vara svårt att klargöra hur en bestämningsfaktor påverkar hälsan. Det finns ett samband mellan ökad ekonomisk ojämlikhet och försämrad folkhälsa, men mekanismerna bakom detta samband är inte särskilt väl klarlagda.

Att utgå från hälsans bestämningsfaktorer placerar huvuddelen av folkhälsoarbetet utanför sjukvården. Att folkhälsoarbetet placeras utanför sjukvården kan också vara en nackdel på så sätt att intresset inom vårdorganisationen för förebyggande arbete minskar. Det är enklare att behandla symptomen med läkemedel eller andra medicinska insatser än att utreda och försöka påverka de bakomliggande orsakerna till att många patienter söker vård.

Nationella folkhälsokommitténs förslag

Folkhälsokommittén lade fram ett förslag som omfattade 18 nationella folkhälsomål som i sin tur var försedda med undermål, i många fall försedda med kvantifierbara indikatorer.

De 18 folkhälsomålen

1. Stark solidaritet och samhällsgemenskap
2. Stödjande sociala miljöer för individen
3. Trygga och jämlika uppväxtvillkor
4. Hög sysselsättning
5. God arbetsmiljö
6. Tillgängliga grönområden för rekreation
7. Sunda inne- och utemiljöer
8. Skadesäkra miljöer och produkter
9. Ökad fysisk rörelse
10. Goda matvanor
11. Trygg och säker sexualitet
12. Minskat tobaksbruk
13. Minskat skadligt alkoholbruk
14. Ett narkotikafritt samhälle
15. En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård
16. Ett samordnat folkhälsoarbete
17. Långsiktig satsning på forskning, metod, utveckling och utbildning
18. Saklig hälsoinformation

De nationella målen ligger efter en omfattande remissbehandling till grund för den kommande svenska folkhälsopolitiken.

Grundvalen för denna politik är att ojämlikheten i hälsa är det mest fundamentala svenska folkhälsoproblemet. Politiken på detta område måste därför ha till mål både att förbättra det generella hälsotillståndet och att minska socialt betingade hälso-klyftor.

Det finns en rad mekanismer i vårt samhälle som bidrar till ökade hälsoklyftor. Ohälsan följer både människors samhällsklass och kön. I vårt samhälle drabbas kvinnor i högre grad av ohälsa än män. Det vi-

Grundvalen för denna politik är att ojämlikheten i hälsa är det mest fundamentala svenska folkhälsoproblemet

sas inte minst av att två tredjedelar av alla som blir långtidssjukskrivna i det svenska arbetslivet är kvinnor. Kvinnor har i vårt samhälle ofta arbeten med tung arbetsbelastning och lågt inflytande. De dubbelarbetar i större omfattning än män. Att kvinnor genomsnittligt lever längre än män sammanhänger sannolikt åtminstone till en del med genetiska faktorer som gör att medelålders kvinnor inte lika ofta drabbas av hjärt-kärlsjukdomar som män i motsvarande ålder.

Sverige är ett samhälle med stora klassklyftor på hälsans område. Det arbete som man har och vilken social position man innehar är en avgörande bestämningsfaktor för hälsa och ohälsa. Att vara rik och ha stort inflytande är något som gynnar hälsan. Fattigdom och maktlöshet är ofta förbundnet med ohälsa. Man kan också se skillnader som följer geografiska områden. Befolkningen i ekonomiskt välmående kommuner som Danderyd och Vellinge har genomsnittligt högre medellivslängd och långt bättre hälsa än kommuner i Norrlands inland som Arjeplog med låg genomsnittsinkomst och hög arbetslöshet.

Internationell forskning pekar också i riktning mot att ojämlikheten i sig kan medverka till ökad ohälsa. Samhällen med stora ekonomiska och sociala klyftor tenderar att genomsnittligt ha en sämre hälsa än samhällen med en högre grad av jämlikhet. Styrkan i detta samband är dock omdiskuterad.

De sociala skillnaderna är påtagliga oav-

sett vilket mått man än använder på hälsa och ohälsa. Dödligheten i hjärtinfarkt bland medelålders kvinnor och män är ungefär dubbelt så hög bland personer med arbetaryrken som bland högre tjänstemän. Ohälsotalen (andelen förtidspensionerade och långtidssjukskrivna) är fem till tio gånger högre i utsatta bostadsområden jämfört med socialt välmående.

De socialt betingade hälsoklyftorna återfinns i alla åldrar. Enligt en aktuell kunskaps-sammanställning från Statens folkhälsoinstitut är de flesta fysiska och psykiska hälsoproblem 50% till 100% vanligare bland socialt sämre ställda barn.

Orsakerna till socialt betingade hälsoskillnader har diskuterats mycket. Det som kallas hälsomässig selektion, dvs. att personer med sämre hälsa också får sämre jobb och inkomster har diskuterats mycket men verkar vara av underordnad betydelse. Det viktiga sambandet går i motsatt riktning. Dålig ekonomi, ekonomisk otrygghet och lågt betalda arbeten med ensidig belastning och lågt inflytande påverkar hälsan negativt både direkt och indirekt genom att det blir svårare att bryta ohälsosamma levnadsvanor som rökning och fysisk inaktivitet.

Ekonomisk trygghet, delaktighet och trygga uppväxtförhållanden

I den folkhälsopolitik som blir resultatet av debatten kring Nationella folkhälsokommitténs förslag har ekonomisk trygghet och jämlika levnadsförhållanden en central plats. Insatser för att bryta social och etnisk segregation är av stor betydelse också ur folkhälsosynpunkt. Också den ekonomiska politiken och skattepolitiken med sin inverkan på inkomst- och förmögenhetsfördelning måste granskas ur folkhälsosynpunkt.

Viktiga faktorer när det gäller att förklara könsskillnader och sociala klyftor i hälsa är människors olika makt och inflytande

Viktiga faktorer när det gäller att förklara könsskillnader och sociala klyftor i hälsa är människors olika makt och inflytande. Att kunna utöva makt, att kunna påverka och att känna sig delaktig är viktigt ur hälsosynpunkt. Samhällen med lågt valdeltagande, där få människor känner att det är någon idé att delta i föreningsliv eller att försöka påverka utvecklingen, utmärks också av allvarliga hälsoproblem. Att öka människors delaktighet i samhällslivet är därför ett av de viktigaste nationella folkhälsomålen.

Ekonomisk trygghet, jämlikhet och medborgarnas aktiva deltagande i samhällslivet är viktiga element i det som kallas socialt kapital, ett begrepp som haft en central plats i den internationella folkhälsodebatten. Att öka det sociala kapitalet fördes också fram som ett centralt mål av den nationella folkhälsokommittén.

Trygga uppväxtförhållanden för barn och ungdomar är ett tredje centralt mål för folkhälsopolitiken. Sverige har en lång tradition när det gäller förebyggande insatser för barn och ungdomar bland annat genom en obligatorisk och heltäckande mödra- och barnhälsovård. Detta har sannolikt medverkat till den mycket låga spädbarnsdödligheten och den internationellt sett låga frekvensen av barnolycksfall. Samtidigt inger de påtagliga sociala skillnaderna när det gäller barns och ungdomars hälsa oro. Under 1990-talet har det skett en betydande försämring av den psykiska hälsan bland ungdomar. Under samma tidsperiod har det

skett en försämring både av barnfamiljernas sociala villkor och av ungdomars möjligheter att komma in på arbetsmarknaden.

Ett förebyggande arbete när det gäller barn och ungdomar måste koncentreras dels på att förbättra de sociala villkoren för barnfamiljer, förstärka barnomsorgen och utveckla hälsofrämjande skolor. Ett direkt stöd till småbarnsfamiljer, utbyggd föräldrautbildning och riktade förebyggande insatser under förskoleåldern är viktiga åtgärder för att bryta utvecklingen mot en försämrad psykisk hälsa.

Goda arbetsförhållanden och en bra yttre miljö

Arbetslivet har en avgörande betydelse för folkhälsan. Människors arbete är den viktigaste bestämningsfaktorn till de mycket stora hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper. Personer med arbetaryken har betydlig högre dödlighet och högre ohälsotal än tjänstemän i ledande ställning. De allra största hälsoriskerna finner man bland personer som står utanför arbetsmarknaden. Det finns en rad direkta kopplingar mellan människors arbetsmiljö och olika hälsoutfall. Negativ stress – dvs. höga arbetskrav tillsammans med lågt inflytande över arbetet ger en kraftig överrisk såväl för hjärt-kärlsjukdomar som psykiska besvär, exempelvis depression och sömnsvårigheter. Ensidig belastning på arbetet har ett starkt samband med smärtor från rörelseorganen som är en ledande sjukskrivningsorsak.

Arbetsmiljöarbetet måste därför vara en central och prioriterad del av folkhälsoarbetet. Detta visas inte minst av den nuvarande utvecklingen av arbetsrelaterad ohälsa med omkring 800.000 människor i pro-

duktiv ålder som befinner sig utanför arbetslivet antingen på grund av långvarig sjukskrivning eller förtidspensionering. Denna utveckling är i sig ett hot mot folkhälsan eftersom långvarig sjukskrivning leder till att människor avskärs från sociala kontakter och kan hamna i en passiv sjukroll. För att bryta denna utveckling krävs bland annat en satsning på hälsosamma arbetsplatser där bra arbetsförhållanden kombineras med ett reellt inflytande och där man ger möjlighet till fysisk aktivitet under arbetstid. Det är också mycket viktigt att se över sjukvårdens roll i relation till arbetslivet. Det finns ett stort behov av yrkesmedicinsk kompetens och en förstärkt roll för företagshälsovården. Arbetsmiljöverket har en nyckelfunktion när det gäller att utveckla krav både på den fysiska och den psykosociala arbetsmiljön.

Arbetet med att förebygga skador på arbetsplatserna har varit mycket framgångsrikt bland annat på grund av att man utgått från ett systemperspektiv. Istället för att i första hand titta på riskutsatta individer utgår man från hela den omgivning, sociala system och fysiska miljö som bidragit till att ett olycksfall inträffat och försöker påverka detta. Systemperspektivet har varit mycket framgångsrikt också när det gällt att förebygga exempelvis barnolycksfall och trafikskador. En viktig förutsättning för ett systeminriktat arbete är att man har tillgång till ett väl fungerande skaderegister. Upprättandet av ett sådant är därför en mycket prioriterad arbetsuppgift. Viktiga sektorsmyndigheter på skadeområdet är Vägverket som har ett övergripande ansvar för hela trafikmiljön och Räddningsverket som hela tiden kommer i kontakt med de miljöer där skador inträffar.

Den yttre miljön påverkar hälsan i mycket hög grad även om en del risker som sammanhänger med luft- och vattenföroreningar har minskat. Inomhusluften orsakar fortfarande betydande hälsoproblem bland annat beroende på dålig ventilation. Fukt och mögel orsakar problem i en del moderna byggnader. Buller, exempelvis i anslutning till flygplatser och motorleder, ger en långsiktig negativ hälsopåverkan. Mycket intensivt buller i vissa miljöer som på restauranger och musikkonserter kan ge akuta hörselskador och tinnitus. Ett antal kemiska substanser i miljön, exempelvis dioxiner, ger mycket stora potentiella hälsorisker. Den viktigaste källan till hälsorisker genom strålning kommer från radon som finns i berggrunden och i byggnadsmaterial.

Miljöarbetet har utvecklats kraftigt under de senaste decennierna. Det är viktigt att man på ett tydligare sätt väger in hälsoaspekter i detta arbete. Detta måste också inkludera ett ställningstagande till de målkonflikter som uppstår under arbetets gång exempelvis mellan önskemålet att spara på energi och kravet på en bra ventilation.

Kost och fysisk aktivitet

Kosten har en avgörande betydelse för hälsan. Detta gäller både det totala energiintaget och kostens sammansättning. Övervikt har utvecklats till ett folkhälsoproblem av stor dignitet. Omkring 10 % av befolkningen är kraftigt överviktiga. Det finns en mycket klar social gradient när det gäller övervikt, vilket mycket tydligt kommer fram i undersökningar av skolbarn och yngre vuxna.

Vissa positiva förändringar har skett när det gäller kostvanorna, såtillvida att konsumtionen av frukt och grönsaker har ökat. Å andra sidan sker det en kraftig kommer-

En ökad fysisk aktivitet skulle vara av utomordentligt stor betydelse för den samlade folkhälsan

siell exponering för snabbmat och andra produkter med högt socker och fettinnehåll. Det finns ett starkt behov av förbättrade kartläggningar när det gäller befolkningens kostvanor och av att man tydligare utvecklar samhällsansvaret när det gäller att informera människor om en bra och hälsosam kost. Livsmedelsverket har här ett övergripande sektorsansvar.

Samtidigt som antalet personer som motionerar regelbundet ökar visar den samlade fysiska aktiviteten en minskande tendens. Andelen svenskar som rör sig hälsofarligt lite ökar. Orsaken ligger bland annat i minskad vardagsmotion. Våra arbeten blir mer stillasittande och vi rör oss mindre på väg till och från jobbet eller i vår bostadsmiljö.

En ökad fysisk aktivitet skulle vara av utomordentligt stor betydelse för den samlade folkhälsan. En halvtimmes fysisk aktivitet per dag skulle verksamt bidra till att minska antalet hjärtinfarkter, förebygga åldersdiabetes, sänka blodtrycket, förebygga fallolyckor och minska förekomsten av ångest, oro och sömnbesvär. Därmed skulle sannolikt sjukvårds- och medicinkostnaderna kunna sänkas med åtskilliga miljarder kronor årligen.

Arbetet med att stimulera vardagsmotion på en rad arenor har varit en central del av Statens folkhälsoinstituts arbete "Sätt Sverige i rörelse" Institutet behåller ett övergripande sektorsansvar när det gäller att driva dessa frågor.

Beroendeproblematik

Hälsoproblem som har samband med beroendeproblematik – alkohol, tobak, narkotika, doping och spel – har en central roll i folkhälsopolitiken. På detta område har Statens folkhälsoinstitut en nyckelposition i och med att den övergripande tillsynen när det gäller alkohol och tobak ligger på institutet, liksom huvudansvaret för att följa utvecklingen.

Särskilt alkohol och tobak är första rangens folkhälsoproblem. Antalet förtidiga dödsfall på grund av skadlig alkoholkonsumtion uppgår till omkring 4000 per år medan antalet tobaksrelaterade dödsfall ligger i storleksordningen 10.000.

På alkoholområdet är utvecklingen mycket oroande. Sedan tidigare vet man att det finns ett starkt samband mellan den totala alkoholkonsumtionen och alkoholskadorna. För närvarande ökar konsumtionen kraftigt. Skatten på vin har sänkts som en anpassning till den europeiska prisnivån och reglerna för att föra in alkohol från utlandet har liberaliserats kraftigt. För att motverka den ökning av skadorna som kan bli följden av detta har riksdagen antagit en nationell handlingsplan och det har bildats en särskild alkoholkommitté med betydande resurser för förebyggande verksamhet. En central uppgift för Statens folkhälsoinstitut är att följa utvecklingen.

När det gäller tobaksrökning har den gynnsamma utveckling som skett under 90-talet sannolikt brutits. Andelen rökare i befolkningen ligger på 20 % vilket internationellt är en låg siffra. För att motverka att ungdomar börja röka har särskilda medel anslagits till vetenskapligt baserade projekt i kommuner och landsting. Medlen administreras av Statens folkhälsoinstitut.

När det gäller narkotika lägger regeringen en särskild proposition i slutet av januari 2002 om den svenska narkotikapolitiken. Ett viktigt förslag är tillsättandet av en särskild samordnare i narkotikafrågor – en ”narkotikageneral”. Antalet tunga narkotikamissbrukare förefaller öka liksom andelen ungdomar som säger sig ha prövat narkotika. Målet att skapa ett narkotikafritt samhälle kräver mycket medvetna och omfattande insatser.

Riskerna med doping har kommit att uppmärksammas också ur hälsosynpunkt. Det finns ett samband mellan anabola steroider och personlighetsförändringar och våldshandlingar. Spelande, bland annat på automater orsakar en rad problem som sammanhänger med spelberoende och Statens folkhälsoinstitut har fått i uppdrag att genomlysna riskerna för och situationen för de spelberoende.

Smittsamma sjukdomar och sexualitet

Arbetet mot HIV/AIDS och andra huvudsakligen sexuellt överförda sjukdomar har varit en central del av folkhälsoarbetet. Den bästa grunden för en positiv utveckling ligger i att arbeta för en hälsosam sexualitet. Ett sådant arbete måste innebära stopp för diskriminering av homo- och bisexuella. Ett annat viktigt område är att förebygga önskade graviditeter.

En rad myndigheter är inblandade i arbetet med att förebygga smittsamma sjukdomar, i första hand Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet. Viktiga områden fränsett arbetet mot sexuellt överförda sjukdomar är att motverka antibiotikaresistens och smittspridning genom livsmedel.

En hälsoinriktad hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården har en nyckelroll inom folkhälsoarbetet. Sjukvården är den organisation i samhället som har störst auktoritet och störst möjligheter när det gäller att informera i hälsofrågor och påverka människors levnadsvanor. Primärvården har unika möjligheter att nå ut till människor i alla samhällsklasser och kan därför fylla en viktig funktion när det gäller att minska de sociala klyftorna i hälsa.

Det förebyggande arbetet inom sjukvården behöver förstärkas. Det finns mycket goda belägg för att preventivt arbete inom sjukvården har en säkerställd och mycket kraftig effekt. Detta gäller en rad åtgärder, exempelvis rökavvänjning, rådgivning vid

högkonsumtion av alkohol och åtgärder för att stimulera till ökad fysisk aktivitet och förändrade kostvanor.

Folkhälsoarbetet och Statens folkhälsoinstitut

Någon måste ha till ansvar att samordna den nya folkhälsopolitiken. Detta ansvar har tilldelats Statens folkhälsoinstitut som har följande tre huvuduppgifter:

Att fungera som nationellt kunskapscentrum när det gäller folkhälsa

Att följa upp och samordna uppföljningen av den nationella folkhälsopolitiken

Att stå för övergripande tillsyn på alkohol, tobak och narkotikaområdet.

ANNONS



KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för medicin

Specialistutbildning – psykosocialt arbete i hälso- och sjukvården, 20 poäng

(Kursen kan komma att ingå i en magisterexamen vid såväl Karolinska Institutet som Stockholms Universitet)

Kursgivare: Karolinska Institutet, Institutionen för medicin, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Kurstakt: Halvfart, dagtid under 2 terminer med start ht 02.

Antal kursplatser: 20

Innehåll: Kursen innehåller fyra delmoment: medicinsk kunskap, hälsa/ohälsa i ett samhällsperspektiv, teori och metod för psykosocialt arbete samt regelverk, organisation och yrkesroll. Undervisningen genomförs med föreläsningar, grupparbeten, enskilda uppgifter samt seminarier.

Behörighetskrav: Grundläggande behörighet för högskolestudier samt socionomexamen om 140 p och minst sex månaders erfarenhet av socialt arbete med patienter inom hälso- och sjukvården. Handledd studiepraktik får inräknas.

Kursansvarig: Socionom och Med dr Catharina Gåfvells, tel 08- 5177 4409, e-post: catharina.gafvels@ks.se

Anmälan 15 april 2002 enligt Karolinska Institutets rutiner för fristående kurser. Anm.kod B08H2.

Mer information se KI:s hemsida (www.ki.se) och Socialhögskolans (www.socarb.su.se).