

Folkhälsans framtider - hot och möjligheter

Göran Dahlgren

"Samhällets hälsopolitik 1994 - 2004" är titeln på en skrift av Göran Dahlgren, som utgivits av Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Landstings- och Kommunförbundet, i samband med att ett nytt svenskt nätverk för folkhälsoarbete bildades i februari 1994 mellan företrädare för olika landsting och primärkommuner. Denna artikel bygger på den del av denna skrift som belyser olika samhällssektors potentiella och faktiska betydelse ur ett folkhälsoperspektiv. Göran Dahlgren har under lång tid arbetat med folkhälsofrågor såväl i Sverige som internationellt, bl a som huvudsekreterare för den sk HS-90-utredningen och inom WHO. Dahlgren är f n chefsrådgivare i folkhälsofrågor åt SIDA:s generaldirektör och f o m april 1995 i Folkhälsoinstitutets verksamhet.

Inom miljöpolitiken talar man ofta om behovet av en "hållbar utveckling" - en utveckling som inte hotar miljön och de ekologiska systemen.

På motsvarande sätt kan man tala om en hållbar utveckling i ett hälsopolitiskt perspektiv. Det är en samhällsutveckling och levnadsvanor som inte undergräver utan befrämjar möjligheterna för oss människor att leva ett hälsosamt liv. Det innebär inte att man i alla lägen söker minimera olika hälsorisker. Ett riskfritt liv är både en omöjlighet och ett ytterst torftigt framtidsperspektiv.

Det handlar i stället om att finna en rimlig balans mellan olika intressen och mål, där man tydliggör de hälsomässiga konsekvenserna av olika beslut och utvecklingstrender.

I välfärdslandet Sverige tar vi nästan för givet att möjligheterna att leva ett hälsosamt liv stadigt förbättras. Det upplevs som en naturlig del av den ekonomiska och sociala utvecklingen.

Hälsoutvecklingen i Sverige

Ser vi på hälsoutvecklingen i stort för hela befolkningen kan vi också konstatera att folkhälsan stadigt förbättrats.

rats. *Medellivslängden* ökar för både män och kvinnor. Utgår man t ex från återstående livslängd vid 65 års ålder har den ökat lika mycket mellan 1950 och 1990 som mellan 1750 och 1950.

Bilden är dock inte entydigt positiv.

Vissa typer av hälsoproblem ökar. Det gäller t ex *allergier* och *rörelseorganens sjukdomar* liksom olika typer av *senildemens*. Samtidigt lever vi sedan början av 1980-talet under hotet av en ny dödlig sjukdom - *AIDS*.

Internationella jämförelser

En analys av hållbarheten i den svenska samhällsutvecklingen utifrån ett hälsomässigt perspektiv bör dock inte begränsas till nationella förändringar. Det är också viktigt att försöka få en uppfattning om i vilken utsträckning de trender som präglar hälsoutvecklingen i Sverige också återfinns i andra jämförbara europeiska länder.

Det finns därvid anledning att speciellt uppmärksamma att den positiva hälsoutvecklingen i Sverige i vissa fall är långsammare än i många andra länder. 1970 var t ex risken för *tidiga dödsfall* (före 65 år) lägre i Sverige än i länder som Frankrike, Nederländerna, Västtyskland och Schweiz. Vid en trendmässig framskrivning av utvecklingen mellan 1970 och 1986 kommer dock samtliga dessa länder år 2000 att ha en lägre risk för tidiga dödsfall än Sverige.

Utgår man från enskilda sjukdomsgrupper kan bl a konstateras att Sverige tillsammans med Danmark är de enda länderna i Västeuropa där de tidiga dödsfallen bland kvinnor i *andningsorganens sjukdomar* ökat under 1970- och -80-talen. Kvarstår dessa skillnader i utvecklingstakt under 1990-talet innebär det att de svenska kvinnornas position i ett västeuropeiskt per-

Det finns anledning att speciellt uppmärksamma att den positiva hälsoutvecklingen i Sverige i vissa fall är långsammare än i många andra länder

spektiv förändras från en placering år 1970 bland de med lägst dödlighet före 65 år till en placering bland de länders kvinnor som år 2000 har den högsta frekvensen tidiga dödsfall i dessa sjukdomar.

Ett annat exempel på en ur ett svenskt perspektiv oroväckande utvecklingstrend är *mordfrekvensen*. En jämförelse mellan Sverige respektive f d Västtyskland och England manar till speciell eftertanke. Under 1970-talet har England och Västtyskland under nära nog varje enskilt år en högre mordfrekvens än Sverige. Denna relation förändrades under perioden 1980-86. Mordfrekvensen var då under samtliga 7 år högre än i England. Vid en jämförelse med Västtyskland hade Sverige under 6 av de 7 åren en högre dödlighet på grund av mord. Dessa mord utgör givetvis bara toppen på ett mycket stort problem när det gäller misshandel. I Sverige har också en mycket stark ökning skett av misshandelsfall utan dödlig utgång. Mellan 1985 och 1989 ökade t ex denna typ av brott mot liv och hälsa från 32.000 till 39.600, d v s med 24%.

Sveriges "självklara" position i den europeiska hälsoligans topp blir därför mindre självklar om de nuvarande trenderna består.

I Danmark är denna negativa utvecklingstrend i jämförelse med övriga Västeuropa än mer tydlig med en kraftig överdödlighet speciellt bland kvinnor i åldersgruppen 35 till 64 år. De dominerande sjukdomarna bakom denna överdödlighet är cancer, hjärt-kärlsjukdomar, kronisk bronkit, skador, självmord och spädbarnsdödlighet.

De riskfaktorer som med säkerhet bidragit till detta sjukdomspanorama är enligt en analys som nyligen publicerats av det danska hälsoministeriet bl a rökning, alkohol och arbetslöshet. Bidragande faktorer har troligen också varit ohälsosamma kostvanor, brist på motion, ohälsosam miljö, svaga/dåliga sociala nätverk och bristande samhällsresurser för en god sjukvård.

Utifrån denna analys av verkligheten har en intensiv politisk och professionell debatt initierats och krav på en offensiv folkhälsopolitik tydliggjorts.

De trender av liknande - men mindre dramatisk - karaktär som ovan redovisats för Sverige har dock ännu

Det viktigaste kriteriet för en hållbar utveckling i ett folkhälsoperspektiv är att de skillnader i ohälsa som finns mellan olika social- och yrkesgrupper minskar

Andelen kvinnor som förtidspensioneras p g a sjukdomar/försäkringar i rörelseorganen har ökat mycket kraftigt under 1980-talet

inte uppmärksammas vare sig av politiker eller forskare/läkare.

Nationella jämlikhetsperspektiv

Det viktigaste kriteriet för en hållbar utveckling i ett folkhälsoperspektiv är att de skillnader i ohälsa som finns mellan olika social- och yrkesgrupper minskar.

De största klasskillnaderna i ohälsa återfinns vanligen bland män i yrkesverksam ålder.

Under de senaste årtiondena har dessa skillnader ökat i alla åldersgrupper upp till 65 års ålder.

De markanta klasskillnaderna i risk för tidiga dödsfall bland män slår med bedövande tydlighet igenom i nära nog alla större folksjukdomar utom för vissa typer av cancer.

De sociala- och yrkesmässiga skillnaderna i ohälsans fördelning har traditionellt varit mycket mindre bland kvinnor.

I ett kombinerat kvinno- och klassperspektiv på folkhälsans utveckling har emellertid hälsans villkor bland kvinnor med arbetarbakgrund kraftigt försämrats, vilket bl a återspeglas i följande utvecklingstrender:

* *Risken för arbetsolycksfall* har under 1980-talet ökat för kvinnor och minskat bland män liksom *frekvensen anmälda arbetssjukdomar*.

* Bland yngre kvinnor med arbetar- och lägre tjänstemannayrken har *andelen med värk i nacke, skuldror och axlar* ökat från 25 till 44% mellan 1980 och 1989.

* Andelen kvinnor som förtidspensioneras p.g.a. sjukdomar/försäkringar i rörelseorganen har ökat mycket kraftigt under 1980-talet. Risken för förtidspensionering i dessa sjukdomar är nu dubbelt så hög för kvinnor som för män.

* *Risken att dö före 65 års ålder* är 25% högre för icke facklärd kvinnor än kvinnor med tjänstemannayrken på mellannivå. Denna skillnad har ökat under de senaste årtiondena.

* *Äldre kvinnor (75-83 år) med arbetarbakgrund* har en 25% högre dödsrisk än kvinnor med lång utbildning.

Dessa sociala hälsoklyftor kommer att vidgas ytterligare eftersom lågutbildade kvinnor både löper större

risk att bli arbetslösa samtidigt som det finns allt fler storörkare just i denna grupp.

En ohållbar utveckling

En samhällsutveckling som präglas av stora och i många fall ökande klasskillnader i ohälsa är en ohållbar utveckling ur ett folkhälsoperspektiv.

Den stora utmaningen under de närmaste årtiondena är att försöka bryta detta mönster genom förbättringar av hälsans villkor bland de stora grupper som idag utsätts för de största hälsoriskerna och ofta har de minsta möjligheterna att själva välja bort "onödiga" hälsorisker. Ett folkhälsopolitiskt aktionsprogram inför år 2000 bör innefatta såväl strukturella, multisektoriella som livsstils- och livsformsrelaterade perspektiv och insatser. Här några exempel på samhällsinriktade folkhälsoinsatser som bör prioriteras under den närmaste 10-årsperioden.

Miljöpolitik och hälsa

Inom miljöpolitiken hävdar allt fler att de miljöhot vi nu står inför är större och allvarligare än något hot människan någonsin riktat mot sin egen överlevnad. Utgår man däremot från de inom miljömedicinen kända effekterna av t ex förorening, luftföroreningar och växthuseffekten framstår de idag som mycket marginella hot mot befolkningens hälsa.

En viktig folkhälsopolitisk uppgift under 1990-talet blir att försöka slå en brygga mellan dessa olika bedömningar som delvis kan bero på olika tidsperspektiv men också på olika vetenskapliga metoder och synsätt.

Några utgångspunkter för dessa "hälso-ekologiska" synsätt bör vara:

- * intensifierade studier av *lågdoseffekter* av olika miljöföroreningar.
- * utveckling av ett *hälsoekologiskt synsätt* där man ser människan som en integrerad del av det ekologiska systemet och där speciell uppmärksamhet ägnas åt att fånga upp tidiga varningssignaler i flora och fauna av möjlig betydelse för folkhälsan.
- * införandet av en hälsopolitiskt betingad *försiktighets-*

Ett folkhälsopolitiskt aktionsprogram för år 2000 bör innefatta såväl strukturella, multistrukturella som livsstils- och livsformsrelaterade perspektiv och insatser

I ett historiskt och globalt perspektiv framgår med all tydlighet att den ekonomiska utvecklingen - och därvid speciellt fördelningspolitiken - är av strategisk betydelse ut ett folkhälsoperspektiv

linje där misstanke om hälsorisk kan räcka för åtgärd.
* ökad uppmärksamhet på *potentiella risker* typ kärnkraftsolyckor i Östeuropa med ett stort antal ur säkerhetssynpunkt undermåliga kärnkraftverk.

Med inriktning av forsknings- och utvecklingsinsatser mot problemområden och frågor som dessa finner vi sannolikt att vi för närvarande lever i en "hälsoparentes" mellan gårdagens miljörisker p.g.a dålig hygien och morgondagens effekter av förgiftning, förorening och uttunnning av ozonskiktet.

En parentes som givetvis är ett hot men också skapar en historisk möjlighet att förebygga en miljöbetingad ohälsa vars omfattning vi idag bara kan ana.

En hälsosam ekonomisk utveckling

I ett historiskt och globalt perspektiv framgår med all tydlighet att den ekonomiska utvecklingen - och därvid speciellt fördelningspolitiken - är av strategisk betydelse ur ett folkhälsoperspektiv.

Trots detta saknas vanligen analyser av olika ekonomiska strategiers betydelse för folkhälsan.

Mot denna bakgrund finns anledning att också i ett hälsoperspektiv diskutera och analysera förändringar av skatte- och transfereringssystem samt effekter av olika typer av lönepolitiska strategier.

Vidare bör inkomstutvecklingen inom olika social- och yrkesgrupper inkluderas i de folkhälsorapporter som utarbetas såväl nationellt som inom olika landsting. Detta är givetvis speciellt viktigt i en tid när de sociala skillnaderna för första gången under efterkrigstiden ökar och konturerna av ett tvåtredjedelssamhälle framträder allt tydligare, inte minst i ett arbetslöshets- och invandrarperspektiv.

En viktig folkhälsouppgift är också att före år 2000 ha utvecklat ett *hälsojusterat BNP-mått*. Detta innebär att man i nationalräkenskaperna inkluderar positiva respektive negativa effekter på folkhälsan på samma sätt som man f.n. söker inkludera olika miljöeffekter i en "grön BNP".

Samtidigt bör Sverige - i enlighet med världshälsöförsamlingens rekommendation 1986 - använda hälso-utvecklingen bland de 25 procent mest utsatta grup-

Fortfarande är skillnader i arbetsmiljön sannolikt den viktigaste orsaken till ohälsans ojämlika fördelning mellan olika social- och yrkesgrupper

perna som en indikator på social utveckling.

Arbetsmiljö och livsvillkor

Inom arbetsmiljörådet finns en lång och i många avseenden framgångsrik folkhälsotradition. Fortfarande är dock skillnader i arbetsmiljön sannolikt den viktigaste orsaken till ohälsans ojämlika fördelning mellan olika social- och yrkesgrupper.

Inom arbetsmiljöområdet finns sedan länge en väl utbyggd organisation för att minska fysiska risker i arbetsmiljön.

Skadeförebyggande insatser har stått i förgrunden och resultaten har varit goda. De kemiska riskerna har också ägnats stor uppmärksamhet.

Under 1980-talet växte insikten och insatserna när det gällde arbetsrelaterade förslitningsskador (rörelseorganens sjukdomar). Ett ökat intresse för att reducera och förebygga olika psykosociala problem har också präglat det senaste årtiondets arbetsmiljöarbete.

Utöver dessa viktiga problemområden framstår bl a följande frågor och insatser som speciellt väsentliga för den kommande tioårsperioden:

* Hur kan man förstärka arbetets positiva effekter för hälsa och välbefinnade d.v.s. utveckla det goda arbetet som "friskfaktor"?

* När får vi en helhetssyn på yrkesarbete och hemarbete som ger en helhetsbild av den totala arbetsbelastningen i olika faser av livet och mellan män och kvinnor?

* Hur ser den samhällspolitik ut som konsekvent ålägger företag med en dålig arbetsmiljö ett betalningsansvar för ohälsans samhällskostnader?

* När kommer arbetsförmedlingarna att rutinmässigt informera de arbetssökande om hälsorisker i olika ledigförklarade jobb t ex i termer av antal ryggskadade, sjuk-skrivna och förtidspensionerade på de aktuella arbetsplatserna?

Arbetslöshet - 90-talets nya stora hälsorisk

Den mycket höga arbetslöshet som präglar dagens Sverige utgör en av 1990-talets nya och stora hälsorisker.

En ekonomisk politik som ger högsta prioritet åt att

få fram flera jobb och förenas med en aktiv arbetsmarknadspolitik som i möjligaste mån begränsar de negativa effekterna av arbetslöshet är därför ur ett folkhälso-perspektiv av strategisk betydelse.

I hög grad är det också en ojämn kamp mot tiden. Arbetslöshetens hälsoeffekter är delvis irreversibla. Ett självmord förblir ett förlorat liv även om tiderna förbättras. Arbetslöshetsrelaterat missbruk är liksom allt missbruk svårt att bryta och minskar givetvis möjligheterna till jobb även om arbetsmarknadsläget förbättras. Erfarenheterna visar också att barn i familjer präglade av långvarig arbetslöshet också ofta drabbas av psykosociala problem.

Erfarenheterna från Västeuropa visar också att en flerårig hög arbetslöshet framför allt bland ungdomar leder till att en stor grupp tidigare potentiella arbetstagar även när tiderna förbättras saknar förutsättningar att konkurrera på arbetsmarknaden. En permanent basarbetslöshet har skapats som endast marginellt påverkas av arbetsmarknadsläget (jobless growth). Få hotbilder torde mer än denna belysa de enorma välfärdsförluster för såväl individ som samhälle som en dylik utveckling leder till. Det är också få riskfaktorer som så entydigt bidrar till att öka hälsoklyftorna i samhället.

Den framtida hälsoutvecklingen kommer därför - speciellt bland utsatta grupper - i hög grad påverkas av i vilken utsträckning man lyckas minska arbetslösheten och skapa en meningsfull sysselsättning och utbildning samt ett socialt stöd för dem som drabbas av arbetslöshet.

Bostadshälsovård

Dagens boenderelaterade hälsoproblem handlar i hög grad om hälsovådliga byggmaterial och fuskbyggen som leder till "sjuka hus" vars ohälsa sprider sig i form av t ex allergier bland de boende. Samtidigt har konstaterats att drygt 1.000 cancerfall årligen genereras av radonstrålningen i våra bostäder.

Ett annat stort hälsoproblem är olyckor i hem och närmiljö. De utgör två tredjedelar av alla olyckor. De dominerande riskgrupperna är barn och gamla.

Ur ett hälsopolitiskt jämlikhetsperspektiv torde då-

Erfarenheterna visar också att barn i familjer präglade av långvarig arbetslöshet också ofta drabbas av psykosociala problem

Program för att förebygga olyckor i hem och närmiljö utgör en självklar del av den kommunala hälsopolitiken

liga psykosociala boendemiljöer och en ökad social segregation utgöra de allvarligaste problemen.

Folkhälsoarbete när det gäller boende och närmiljö bör därför omfatta;

- * Kommunal planer och insatser som före år 2000 säkerställer en radonhalt under gränsvärdet 200 becquerel i *alla* bostäder. De statliga bidragen bör omedelbart återinföras och de som bor i radonhus måste få aktiv hälsoupplysning och stöd för de ombyggnader som krävs. Landstingen åläggs en "hälsopolitisk aktivitetsplikt" som förutsätter att de aktivt driver på en utveckling för att reducera denna - liksom andra - onödiga hälsorisker. Idag är tyvärr denna larmsignal alltför ofta avstängd.

- * Program för att förebygga olyckor i hem och närmiljö utgör en självklar del av den kommunala hälsopolitiken. Insatser för att förebygga olyckor bland det ökande antalet äldre som bor kvar hemma ges högsta prioritet.

- * Sociala förnyelseprogram utvecklas där livskvaliteten står i centrum och förutsättningarna för en meningsfull och stimulerande fritid förbättras speciellt i socialt utsatta områden.

Trafiksäkerhet

Trafiksäkerhetsarbetet kan utan tvekan ses som något av ett föredöme när det gäller att tydliggöra de hälso-mässiga konsekvenserna av olika beslut. Utifrån ett empiriskt underlag kan man ofta uppskatta hur risken för olika typer av olyckor påverkas vid förändrade fartgränser eller höjd vägkvalitet.

Ur ett hälsoperspektiv är det speciellt angeläget få ner den väldiga olyckstopp som finns bland ungdomar i åldern 18-20 år d.v.s. de första körkortsåren. Förbättrad körkortsutbildning och speciella ungdomskörkort är några aktuella insatser.

En kraftigt skärpt lagstiftning när det gäller rattfylleri är en annan angelägen åtgärd. Den torde också ha ett kraftigt ökande stöd hos en allmänhet som finner det märkligt att berusade förare som genom grov oaktsamhet dödat eller allvarligt skadat människor idag ofta endast döms betala böter som motsvarar några felparkeringar.

Stora behov finns också att i ökad utsträckning be-

akta de oskyddade trafikanternas säkerhet. Det handlar om rätten till en säker miljö även när man cyklar eller promenerar. Normerna för dessa säkerhetskrav måste i ökad utsträckning utformas utifrån barnens och de äldres "trafikperspektiv".

Utbildning som friskfaktor

Utbildningssystemets utformning och inriktning är av avgörande betydelse också för folkhälsan.

I ett långsiktigt strukturellt perspektiv förväntas ofta olika skolreformer bidra till att bryta de "sociala arv" som i så hög grad styr yrkesval, livsvillkor och levnadsvanor. Trots att dessa jämlikhetsambitioner i hög grad präglar utformningen av det svenska skolsystemet kvarstår många av de utbildningsrelaterade klasskillnaderna. Dessa skillnader har sannolikt förstärkts under 1990-talets första år bl a genom skolpeng och ökad social segregering.

Om 1990-talet därigenom blir ett årtionde som också på utbildningens område kommer att innebära nya och ökande skillnader mellan barn och ungdomar med olika social bakgrund får detta sannolikt också på sikt negativa effekter på folkhälsan.

Dessa negativa hälsoeffekter förstärks givetvis om resurserna till barn med särskilda behov minskas och ingen hänsyn tas till att skolan i socialt utsatta områden behöver mer resurser för att kunna åstadkomma likvärdiga utbildningsinsatser med skolor i områden där huvuddelen av eleverna kommer från starkt studiemotiverade hem.

Det är också viktigt att vidareutveckla skolans hälsopolitiska mål och ansvar vad avser bl a arbetsmiljön, kursplaner samt kost och motion.

Arbetsmiljön i skolan har uppmärksamats först på senare år trots att den i många fall utgör en hälsorisk för såväl elever som lärare. Allvarligaste hot är vanligen brister i den fysiska miljön med dålig ventilation som "sjuka" skolbyggnader där olyckor, eksem och allergier ofta utgör betydande och växande problem. I än högre grad handlar det dock om den psykosociala arbetsmiljön och t ex olika former av mobbning. En samlad och lokalt förankrad arbetsmiljöstrategi för varje skola borde vara en självklarhet.

Kursplanernas inriktning är givetvis av strategisk be-

Utbildningssystemets utformning är av avgörande betydelse också för folkhälsan

tydelse också ur ett folkhälsoperspektiv eftersom skolan har unika möjligheter öka elevernas kunskap och påverka deras attityder när det gäller såväl individ som samhällsrelaterade frisk-, risk- och skyddsfaktorer av betydelse för hälsan.

Denna möjlighet att utifrån olika perspektiv aktualisera livsstils- och livskvalitetsfrågor i undervisningen är endast i begränsad utsträckning utnyttjad. Den klassiska obalansen mellan skolans kunskapsmål och attitydpåverkande roll består fortfarande. Det är samtidigt viktigt att dessa livsstilsrelaterade frågor sätts in i sitt sociala och ekonomiska sammanhang. Det handlar ju också om att skapa förutsättningar för ett aktivt lokalt engagemang och en demokratisk förankring av de samhällsinriktade folkhälsofrågorna.

Det är samtidigt viktigt betona att dessa kunskaper och attityder är speciellt viktiga för de barn och ungdomar som löper störst risk att utveckla en ohälsosam livsstil och utsätts för olika miljörelaterade hälsorisker. Det ställer särskilda krav på skolor i socialt utsatta områden både vad avser lärarkompetens och andra utbildningsresurser.

Skollunchen är ur hälsosynpunkt ofta dagens viktigaste måltid samtidigt som den på sikt också kan grundlägga goda kostvanor. Självklart är betydelsen av en bra skollunch störst bland de elever som kommer från hem med ensidiga och oregelbundna matvanor. Förslag att av besparingsskäl slopa de fria skolmåltiderna måste bedömas utifrån detta perspektiv. Väljer man att finansiera skolmåltiderna via direkta måltidsavgifter i stället för över skatten kan detta ur folksälsosynpunkt endast betecknas som ett "snedsteg".

Gymnastikens betydelse ur hälsosynpunkt är mera självklar inte minst genom att man har specialutbildade lärare. Den grund som sedan länge är lagd ligger förhoppningsvis fast även under 90-talet. Ökad uppmärksamhet bör dock ägnas åt de olyckor som inträffar i samband med gymnastik och idrott.

Skolans gymnastik och idrott bör också ses i ett långsiktigt perspektiv. Den bör lägga grunden till motionsvanor som kan bibehållas och vidareutvecklas också sedan man lämnat skolan.

Drivkraften i skolans folkhälsoarbete måste i hög grad komma från lärare och andra anställda vid skolan, eleverna och föräldrarna. Det krävs dock finansiella resurser och professionell stimulans för detta arbete från ansvariga organ.

Den enskilda skolans "folkhälsoprogram" kan då utformas utifrån lokala behov och intressen och i nära

samverkan med andra grupper och organisationer i lokalsamhället.

Fritid och kultur

En positiv fritid utgör ofta en av de viktigaste friskfaktorer för såväl barn, ungdom, yrkesverksamma som äldre. Den sannolikt viktigaste effekten - ur ett folkhälsoperspektiv - av såväl fritids- som kulturinsatser är att de ofta skapar gemenskap, engagemang och insikt.

Samtidigt finns många fritidsaktiviteter inte minst olika naturupplevelser som ersätter vardagens stress med en känsla av lugn och frihet. Det finns dock - liksom inom flertalet andra områden - en klar risk att samhällets insatser för att stimulera och möjliggöra olika typer av fritidssysselsättning inte når fram till olika utsatta grupper som handikappade, vissa invandrargrupper, ensamföräldrar, arbetslösa, personer med missbruksproblem och ensamma äldre.

Det är därför viktigt att fritid och kultur i än högre grad kommer att upplevas som en viktig resurs i folkhälsoarbetet. Samtidigt finns skäl hoppas att dessa insatser i än högre grad - bl a genom biblioteken och olika frivilliga organisationer - kommer att utformas så att de också bidrar till att minska de stora och växande skillnader i ohälsa som finns mellan olika social- och yrkesgrupper. Här har inte minst de olika studieförbunden som årligen har drygt 2,5 miljoner deltagare i olika studiecirkelar en både viktig och engagerande uppgift.

Jordbruks- och livsmedelspolitik

Kostens betydelse för vår hälsa blir allt tydligare. Ur hälsosynpunkt mindre lämpliga matvaror anses orsaka 30% av alla cancerfall samtidigt som de utgör en av de dominerande riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdomar.

En ur folkhälsosynpunkt positiv omsvängning av våra matvanor har dock skett under 1980-talet. Den genomsnittliga konsumtionen av grönsaker och fisk har ökat med 12 resp 6 % mellan 1983 och 1989 medan konsumtionen av smör minskat med hela 27%. Ännu en positiv trend är att sockerkonsumtionen under samma period minskat med 18%. Den totala fettkonsumtionen har dock endast minskat med 4%.

Det är samtidigt konstaterat i många undersökningar att låginkomsttagare ofta äter en mindre hälsosam kost än resten av befolkningen.

Vi vet också att våra matvanor i hög grad styrs av många externa faktorer som pris, marknadsföring, tillgänglighet etc.

I dagens Sverige gäller det att i första hand kämpa mot "ohälsosamma" subventioner

Mot denna bakgrund hade det varit naturligt om den svenska jordbruks- och livsmedelspolitiken - liksom i t ex i Norge - haft en tydlig folkhälsoprofil. Det handlar bl a om att försöka åstadkomma en "hälsosammare" prisstruktur samt om en produktutveckling och marknadsföring av hälsosamma hel- och halvfabrikat. Detta har redan visat sig vara kommersiellt lönsamt varför den "processen" ur samhällets perspektiv är självgående. Internationella erfarenheter bl a från USA pekar t.o.m. på en "överhettning" när det gäller att sälja med hälsa som argument. "Nu kolesterolfritt" kan då bli ett huvudbudskap vid försäljning av matvaror som aldrig innehållit något kolesterol.

I dagens Sverige gäller det dock att i första hand kämpa mot "ohälsosamma" subventioner. Ett aktuellt exempel är att Sverige som nybliven medlem i EU förväntas ge speciella subventioner för att öka konsumtionen av fet mjölk och smör. "Ju fetare ju billigare", är den reella politiken för att minska det växande berg av överskottsfett som under lång tid växt som ett resultat av EUs jordbrukspolitik. I det perspektivet blir ju hälsoupplýsning om lättmjölk och -margarin närmast ett ekonomiskt hot.

Vatten och avlopp

Få insatser för folkhälsan har satt så tydliga spår i historien som de som gällt vatten och avlopp. Städer har utformats med hänsyn till de tekniska system som vid byggandet fanns för att säkerställa rimliga krav på hygien. De hälsomässiga effekterna var också av den omfattningen att de återspeglas i historieböckerna på samma sätt som olika vattenburna epidemier tidigare gjort.

Idag kan detta upplevas som historia. Det är ett farligt synsätt. Insatserna på vatten- och avloppssidan är än viktigare idag.

Tänk tanken att våra större städer under en vecka skulle bli utan rent vatten och fungerande avlopp!

Det är snarare så att vi på detta område kan peka på en mycket väl utvecklad samhällspolitik.

Socialtjänsten i ett folkhälsoperspektiv

Det finns ett nära - men oftast förbisett - samband mel-

lan socialtjänstens insatser och folkhälsan, speciellt bland utsatta grupper bland barn, låginkomsttagare och äldre.

Socialtjänstens insatser kan bryta den onda cirkel som så ofta går från sociala problem till ohälsa. I denna mening kan socialtjänstens arbete ofta betecknas som förebyggande också i ett folkhälsoperspektiv. Kunskapen att se och förstå dessa samband och fånga upp tidiga varningssignaler är emellertid utvecklad såväl inom socialtjänsten som, och i än högre grad, i den traditionella skolmedicinen. Ett nytt synsätt håller dock på att växa fram inom socialtjänsten, där bl a hälsopolitiska jämlikhetsstrategier ges ökad uppmärksamhet inom ramen för en samlad primärkommunalt förankrad folkhälsopolitik.

Socialmedicinen med sitt ofta breda och processinriktade synsätt på såväl hälsans som ohälsans villkor utgör en strategisk resurs för att utveckla en för hela socialsektorn gemensam hälsopolitik. Detta är givetvis speciellt viktigt i kristider präglade av social utslagning och ökad segregering.

Hälso- och sjukvårdens roll

Hälso- och sjukvården kan vara - och har ofta varit - av strategisk betydelse för folkhälsan. Säkra bedömningar av i vilken utsträckning medicinska insatser bidragit till de stora förbättringar av befolkningens hälsa som skett under detta århundrade saknas, men en ofta återkommande gissning är att 10-20 procent av dessa förändringar beror på sjukvårdens insatser.

Individinriktade insatser när det gäller t ex hälsoupplýsning behandlande och rehabiliterande insatser utgör givetvis en huvuduppgift för hälso- och sjukvården.

Samhälls- och befolkningsinriktade insatser - som ofta genomförs i nära samarbete med primärkommunala organ och frivilliga organisationer - är en annan viktig uppgift.

Inom det medicinska kompetensområdet finns också specialistfunktioner för att just utveckla ett offensivt och effektivt folkhälsoarbete. Det gäller i första hand landstingens samhällsmedicinska enheter vars analyser av ohälsans omfattning, fördelning och orsaker ofta utgör en viktig del i det förebyggande arbetet såväl på lokal, regional och nationell nivå.

Under 90-talets första år har - inte minst genom nya marknadsorienterade styrsystem - sjukvårdens förebyggande insatser hotats. Tidskrävande hälsoupplýsning blir olönsam, liksom samarbete med frivilliga organisationer och primärkommunala organ. Till detta kom-

mer professionens - läkarnas - mycket skiftande intresse och kompetens när det gäller förebyggande insatser. (Se även min artikel om "Sjukvårdens framtider - snedsteg och framsteg" i detta nummer av Socialmedicinsk tidskrift.)

Under 1994-95 har dock landstingen i ökad utsträckning utvecklat såväl individ- som befolkningsinriktade insatser trots ett allt kärvare ekonomiskt läge. Ett ur folkhälsosynpunkt intressant trenderbrott - som för redan präglar många primärkommuner - tycks vara på väg med bl a speciella politiska folkhälsoråd med ansvar för att säkerställa erforderliga resurser och initiera, samordna och utvärdera i första hand hälso- och sjukvårdens befolkningsinriktade insatser. Därmed har skapats unika förutsättningar för en samordnad och offensiv folkhälsopolitik på kommunal nivå.

På nationell nivå - inom regeringskansliet - saknas ännu en motsvarande politisk samordningsfunktion för att driva folkhälsofrågor. Förhoppningsvis kommer den utredning - hälso- och sjukvården inför 2000 (HSU 2000) - som bl a fått i uppdrag att se över folkhälsoarbetets organisation och finansiering - att även aktualisera behovet av att förstärka och förtydliga regeringskansliets folkhälsopolitiska ansvar och insatser. Med tanke på hälsofrågornas koppling till flertalet samhällssektorer och stora betydelse för den allmänna välfärden vore det t ex logiskt att - liksom när det gäller multisektoriella

miljöproblem - tillsätta en speciell folkhälsominister.

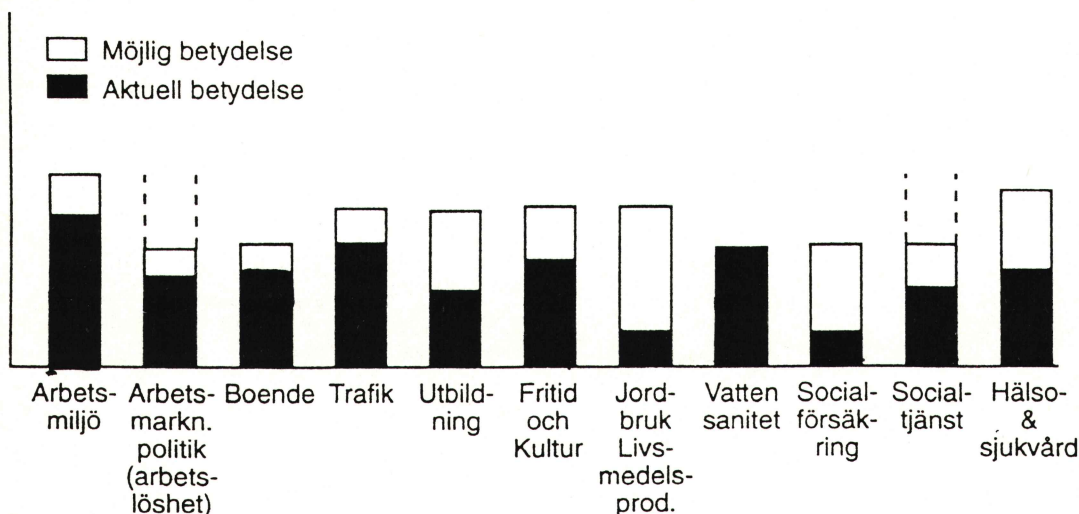
I ett myndighetsperspektiv har redan ett steg tagits i den riktningen genom det folkhälsoinstitut som startades 1992, med uppgift att stimulera och stödja folkhälsoinsatser såväl på lokal som nationell nivå. Under de närmaste åren kommer institutet - förutom större program kring alkohol, tobak, kost, HIV/AIDS, skador, allergier och kvinnors hälsa - att ägna speciell uppmärksamhet åt strategier för att minska ojämlikheten i ohälsa mellan olika social- och yrkesgrupper.

Tobak, alkohol, narkotika och HIV/AIDS

Folkhälsoarbetet har traditionellt i hög grad inriktats mot tobak, alkohol, narkotika och, under senare år, på HIV/AIDS. Samhällets hälsopolitik i form av t ex lagstiftning mot tobaksreklam, skatt på alkohol, kriminalisering av narkotika och breda befolkningsinriktade HIV/AIDS-kampanjer står - med rätta - i fokus när man diskuterar svensk folkhälsopolitik. Syftet med denna artikel är dock begränsat till att lyfta fram några andra viktiga - och inte alltid lika uppmärksammade - delar av svensk folkhälsopolitik. Därför görs i detta sammanhang endast denna markering, att kampen mot dessa fyra riskfaktorer förutsätter såväl individ- som samhällsinriktade insatser. Det senare inte minst mot de intressen/företag som endast ser vinstmöjligheter och blundar för de negativa hälsoeffekterna.

Figur 1. Svensk hälsopolitik - några uppskattningar av olika samhällssektorsers möjliga respektive faktiska betydelse för ett folkhälsoperspektiv.

Betydelse för
folkhälsan



En sammanfattande bild

Samhällspolitiken är, som framgår av de exempel som redovisats ovan, inte bara av olika betydelse inom olika sektorer utan också olika utvecklad inom dessa samhällsområden. Detta kan illustreras i form av ett diagram som belyser möjliga respektive faktiska insatser för folkhälsan inom olika samhällssektorer. Samtidigt belyser denna figur att samhällets hälsopolitik inom många områden präglas av ett avsevärt gap mellan möjliga/önskvärda insatser och faktiska insatser. Risken är stor att detta gap ökar snarare än minskar fram till år 2000.

Därvid bör givetvis beaktas att de olika samhällssektorernas betydelse för folkhälsan också kan variera över tiden, t ex i tider av låg- respektive högkonjunktur. Detta gäller speciellt arbetsmarknads- och socialpolitiken vars potentiella betydelse för folkhälsan ökar kraftigt i dåliga tider. I det sammanfattande stapeldiagram av svensk samhällspolitik som redovisas i *figur 1* har därför den potentiella betydelsen av arbetsmarknadspolitiken och socialtjänsten ur ett folkhälsoperspektiv markerats med

en streckad "kristidslinje".

Slutligen bör givetvis betonas att samhällspolitiken - liksom alla andra politikområden - handlar om prioriteringar.

Trots detta diskuteras ofta just hälsopolitiska frågor i ett finansiellt vakuum. Det antyds t o m ibland att man "självklart gör allt" vad vi medborgare kan önska för att förhindra skador och ohälsa. Detta är - och kommer alltid att förbli - en livslögn. Den bör därför snarast ersättas med en konkret diskussion om prioriteringar och finansiella resurser för ett effektivt folkhälsoarbete.

I praktiken innebär det att hälsopolitiska mål och program måste utvecklas för alla myndigheter vars verksamhet är av betydelse för folkhälsan på såväl nationell, regional som lokal nivå. Vidare bör hälsomässiga konsekvensbeskrivningar utgöra en del av beslutsunderlaget för alla beslut som påverkar möjligheterna för olika befolkningsgrupper att leva ett hälsosamt liv. Samhällspolitiken måste på samma självklara sätt som miljöpolitiken få en tvärsektoriell men också resursmässig förankring.

TREÅRIG PÅBYGGNADSUTBILDNING I PSYKOTERAPI 60 POÄNG (steg 2)

Psykoterapi Institutet, Landstinget Dalarna anordnar i samarbete med Institutionen för Pedagogik och Psykologi (IPP), Universitetet i Linköping en påbyggnadsutbildning i psykoterapi. **Utbildningsort: Falun.**

Utbildningen, som är treårig, omfattar 60 poäng på halvfart, 10 poäng per termin. Studiernas omfattning motsvarar en halvtidstjänst, dvs 20 timmar per vecka.

Utbildningen är avsedd för personer med grundläggande utbildning i psykoterapi (Steg 1 eller motsvarande) och som är tillsvidareanställda i befattningar vari ingår psykoterapeutiska arbetsuppgifter.

Utbildningen startar i augusti 1995 och avslutas i juni 1998.

Den har maximalt 16 utbildningsplatser.

Uppläggning:

Utbildningen är uppdelad på två delar:

- Teori- och metoddelen om 45 poäng
- Handlednings- och egenterapidelen om 15 poäng

Handlednings- och egenterapidelen omfattar:

- Utövande av psykoterapi under handledning. Den individuella handledningen omfattar minst 100 timmar
- Egen individualterapi omfattar minst 75 timmar (utöver vad som krävs under den grundläggande utbildningen.

Teori och metoddelen består av:

- Psykodynamisk teori med könsspecifik personlighetsteori.
- Psykopatologi.
- Diagnostiska metoder.
- Psykoterapeutiska teorier och metoder.
- Etik.
- Psykoterapiforskning. Kunskaps- och vetenskapsteori.

Ansökan till utbildningen sker på speciellt formulär som kan rekvideras från Psykoterapi Institutet, Svärdsjögatan 3, 791 30 FALUN, tfn: 023-180 94, fax: 123-189 67.

Sista anmälningdag: 31 mars 1995.