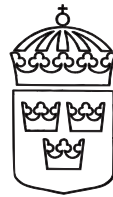


# Regeringens proposition

## 2007/08:110



En förnyad folkhälsopolitik

Prop.  
2007/08:110

---

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 13 mars 2008

*Fredrik Reinfeldt*

*Maria Larsson*  
(Socialdepartementet)

## Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen redogör regeringen för en förnyad folkhälsopolitik. Folkhälsoarbetet bör ha människans behov av integritet och valfrihet som grund och bygga på sambandet mellan hälsans villkor och individens förutsättningar. Det hälsofrämjande inslaget i det förebyggande folkhälsoarbetet bör betonas. Kommuner och landsting har en nyckelroll inom folkhälsoarbetet och bör i den egenskapen förbättra och utveckla sina metoder och verktyg. Barn och unga samt äldre är särskilt angelägna målgrupper för det hälsofrämjandet folkhälsoarbetet. För att intensifiera och förstärka arbetet inom särskilt viktiga folkhälsopolitiska områden har regeringen avsatt 115 miljoner kronor 2008 och avser att avsätta samma belopp årligen 2009 och 2010. Dessa medel kommer framför allt att användas till att stärka och stödja föräldrar i deras föräldraskap, att intensifiera det självmordsförebyggande arbetet, att främja bra kostvanor och fysisk aktivitet samt att minska tobaksbruket. Den nuvarande mål- och uppföljningsstrukturen möjliggör ett bra och omfattande aktivt folkhälsoarbete men rubriceringen av målområdena bör tydliggöras. Regeringen föreslår att målområdena ska vara: 1. Delaktighet och inflytande i samhället; 2. Ekonomiska och sociala förutsättningar; 3. Barns och ungas uppväxtvillkor; 4. Hälsa i arbetslivet; 5. Miljöer och produkter; 6. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård; 7. Skydd mot smittspridning; 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa; 9. Fysisk aktivitet; 10. Matvanor och livsmedel; 11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel.

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	5
2	Ärendet och dess beredning.....	6
3	En förnyad folkhälsopolitik.....	6
3.1	Utanförskapet – ett hot mot folkhälsan.....	7
3.2	Främja en god hälsoutveckling för individen.....	9
3.2.1	Empowerment – ”egenmakt”.....	10
3.3	Utveckla hälsofrämjande metoder.....	10
3.3.1	Egenvård.....	10
3.3.2	Självhjälpsgrupper.....	10
3.3.3	Hälsofrämjande miljöer.....	11
3.3.4	Hälsoinformation.....	12
3.3.5	Motiverande samtal.....	13
3.4	Främja samverkan på lokal och regional nivå.....	13
3.5	Uppföljning och utvärdering av folkhälsoarbetet.....	14
3.5.1	Hälsoekonomiska analyser.....	15
3.5.2	Systematiska uppföljningar och metoder som dokumenterar effekter för individ, familj och samhället.....	15
3.5.3	Hälsoinsatser på lokal samhällsnivå.....	16
3.6	Insatser.....	16
4	Särskilt angelägna målgrupper.....	17
4.1	Barn, unga och deras föräldrar.....	17
4.2	Äldre.....	19
5	Folkhälsopolitikens struktur.....	21
5.1	Folkhälsa – allas ansvar.....	22
5.1.1	Ändring av målområdenas rubricering.....	24
5.2	Folkhälsorapporteringen.....	24
5.2.1	Uppföljning av folkhälsoarbetet på regional och lokal nivå.....	25
5.3	Folkhälsoarbetet – en global angelägenhet.....	26
6	Folkhälsoläget.....	27
6.1	I huvudsak en positiv utveckling.....	27
6.1.1	Medellivslängden förväntas öka.....	28
6.1.2	Spädbarnsdödligheten är mycket låg.....	28
6.2	Tre sjukdomsgrupper dominerar sjukdomsburden.....	28
6.2.1	Allt färre insjuknar och dör i hjärt-kärlsjukdomar.....	30
6.2.2	Vissa tecken på bättre psykiskt välbefinnande.....	30
6.2.3	Överlevnaden i cancer ökar.....	30
6.3	Hälsan skiljer sig åt mellan olika befolkningsgrupper.....	31
6.4	Ett hälsans framtidsscenario.....	32
6.5	Särskilt angelägna folkhälsoproblem.....	34
6.5.1	Utanförskapet är stort i flera dimensioner.....	34
6.5.2	Självmod bland unga kvinnor ökar.....	36

6.5.3	Över två miljoner människor är utsatta för trafikbuller.....	37
6.5.4	Resistensen mot antibiotika ökar.....	37
6.5.5	Ökade internationella hot mot människors hälsa .....	37
6.5.6	Antalet nya fall av hivinfektion har ökat de senaste åren.....	38
6.5.7	Utvecklingen av klamydiainfektion oroar .....	38
6.5.8	Andelen oönskade graviditeter bland tonåringar har ökat.....	38
6.5.9	Ökning av övervikt och fetma .....	39
6.5.10	Färre röker men fler snusar.....	39
6.5.11	Fler riskkonsumenter av alkohol – framför allt bland unga .....	40
6.5.12	Något minskat narkotikamissbruk .....	40
6.5.13	Nät poker är ett ökande spelmissbruksproblem	41
7	Folkhälsopolitiska insatser.....	42
7.1	Målområde 1 Delaktighet och inflytande i samhället.....	42
7.1.1	Insatser.....	43
7.2	Målområde 2 Ekonomiska och sociala förutsättningar....	49
7.2.1	Insatser.....	51
7.3	Målområde 3 Barns och ungas uppväxtvillkor.....	56
7.3.1	Barn- och föräldrelationen.....	56
7.3.2	Föräldrastödet i dag .....	57
7.3.3	Ett generellt och utvecklat föräldrastöd.....	58
7.3.4	Ökad kunskap och metodanvändning.....	60
7.3.5	Utveckla insatser för lokal samverkan.....	60
7.3.6	Insatser.....	61
7.4	Målområde 4 Hälsa i arbetslivet.....	66
7.4.1	Insatser.....	66
7.5	Målområde 5 Miljöer och produkter .....	67
7.5.1	Luftföroreningar .....	67
7.5.2	Farliga ämnen .....	68
7.5.3	Skador.....	68
7.5.4	Inomhusmiljö.....	69
7.5.5	Buller och höga ljudnivåer .....	70
7.5.6	Elektromagnetiska fält.....	70
7.5.7	Insatser.....	71
7.6	Målområde 6 Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård.....	73
7.6.1	Det hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör stärkas i hela hälso- och sjukvården .....	73
7.6.2	Det hälsöfrämjande perspektivet i kunskapsstöd och uppföljning på nationell nivå.....	75
7.6.3	Hälsöfrämjande mål och uppföljningsindikatorer i landstingens verksamhetsplaner och bokslut .....	75
7.6.4	Utveckling av ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården .....	76
7.6.5	Insatser.....	77

7.7	Målområde 7 Skydd mot smittspridning.....	79
7.7.1	Beredskap mot akuta hälsohot.....	80
7.7.2	Icke kommersiellt intressanta läkemedel .....	81
7.7.3	Patientsäkerhet och kvalitet – vårdhygien/all- män hygien.....	81
7.7.4	De nationella vaccinationsprogrammen .....	81
7.7.5	Hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar.....	82
7.7.6	Insatser .....	82
7.8	Målområde 8 Sexualitet och reproduktiv hälsa.....	85
7.8.1	Angeläget att främja sexuell hälsa bland ungdomar .....	86
7.8.2	På rätt preventiv väg.....	86
7.8.3	Insatser .....	87
7.9	Målområde 9 och 10 Fysisk aktivitet och Matvanor och livsmedel.....	90
7.9.1	Insatser .....	92
7.10	Målområde 11 Tobak, alkohol, narkotika och dopning samt spel.....	98
7.10.1	Insatser .....	99
7.10.2	Spelberoende.....	105
7.10.3	Insatser .....	105
8	Självordsprevention.....	106
8.1	Förslag till ett nationellt handlingsprogram för själv- ordsprevention .....	107
8.1.1	Övergripande vision.....	107
8.1.2	Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper.....	108
8.1.3	Minskad alkoholkonsumtion i befolkningen och i högriskgrupper för självmord.....	110
8.1.4	Minskad tillgänglighet till medel och metoder för självmord.....	111
8.1.5	Självordsprevention som hantering av psykologiska misstag .....	112
8.1.6	Medicinska, psykologiska och psykosociala insatser .....	114
8.1.7	Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska självmord.....	116
8.1.8	Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik.....	117
8.1.9	Händelseanalys av Lex Maria anmälningar ..	118
8.1.10	Stöd till frivilligorganisationer .....	120
9	Ekonomiska konsekvenser.....	121
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 13 mars 2008.....	122

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2007/08:110

Regeringen föreslår att riksdagen godkänner regeringens förslag på omformulering av rubrikerna på folkhälsopolitikens målområden (avsnitt 5).

Hösten 2000 överlämnade Nationella folkhälsokommittén (dir. 1995:158) sitt slutbetänkande Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan (SOU 2000:91). Våren 2003 fattade riksdagen beslut om ett nationellt övergripande folkhälsomål och en sektorsövergripande målstruktur för det samlade folkhälsoarbetet med elva målområden (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). I propositionen framhålls behovet av en samlad folkhälsoberättelse som gör det möjligt att analysera och bedöma effekterna av insatserna inom de elva målområdena (prop. 2002/03:35, s 89–91). Våren 2005 inkom den sjätte nationella folkhälsoberättelsen, Folkhälsoberättelse 2005, som Socialstyrelsen på regeringens uppdrag utarbetat (dnr S2005/2557/FH). Hösten samma år inkom den första folkhälsopolitiska berättelsen, Folkhälsopolitisk berättelse 2005, som Statens folkhälsoinstitut på regeringens uppdrag utarbetat. Berättelsen har remissbehandlats och en sammanställning av remissvaren finns i Socialdepartementet (dnr S2005/7557/FH).

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram förslag till nationella och återkommande undersökningar på mätning av barns och ungas psykiska hälsa (dnr S2005/173/FH). Bakgrunden till uppdraget är att det i Sverige saknas epidemiologiska data om förändringar över tiden av den psykiska hälsan bland barn och unga.

Riksdagen har gett regeringen till känna att ett nationellt program för självmordsprevention bör tas fram (bet. 2004/05:SoU11). Den 15 december 2006 avrapporterade Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut ett regeringsuppdrag att ta fram förslag på strategier och åtgärder i ett nationellt program för suicidprevention (dnr S2006/10114/FH). Förslagen har remissbehandlats och en sammanställning av remissvaren finns i Socialdepartementet (dnr S2006/10114/FH).

### 3 En förnyad folkhälsopolitik

**Regeringens bedömning:** Folkhälsoarbetet bör ha människans behov av integritet och valfrihet som grund och bygga på sambandet mellan hälsans villkor och individens förutsättningar. Det hälsofrämjande inslaget i det förebyggande folkhälsoarbetet bör betonas. Kommuner och landsting har en nyckelroll inom folkhälsoarbetet och bör i den egenskapen förbättra och utveckla sina metoder och verktyg.

Regeringen avser att avsätta 50 miljoner kronor för att utveckla det lokalt sektorsöverskridande hälsofrämjande arbetet. Arbetet ska vila på vetenskaplig grund och syfta till att främja barns och ungas psykiska och fysiska hälsa och till att generera kunskap om såväl effektiva metoder som kostnadseffektiva samverkansformer på lokal nivå. Medlen ska disponeras av Statens folkhälsoinstitut.

**Skälen för regeringens bedömning:** Människan har såväl kroppsliga som själsliga och andliga behov. Denna helhetssyn på mänskliga behov utgör utgångspunkten för en förnyad folkhälsopolitik. Ett verkligt effek-

tivt folkhälsoarbete bygger på ett gemensamt ansvarstagande mellan det offentliga, den ideella sektorn och den enskilda människan. Om de offentliga krafterna samverkar med ideella och privata aktörer ökar möjligheterna att se och synliggöra den enskildes och olika gruppers behov. Likaså ökar möjligheterna att utveckla bättre och fler metoder för att förstå och påverka det egna hälsotillståndet samt att utveckla fler hälsofrämjande arenor där dessa metoder kan tillämpas.

Ett viktigt syfte med regeringens folkhälsopolitik är att förmedla kunskap och insikt som gör det möjligt för människor att dels fatta självständiga hälsobeslut grundade på fakta, dels utveckla sådana färdigheter som krävs för en hälsosam livsstil. Stora förbättringar av folkhälsan kan åstadkommas om den enskilde har möjlighet att ta, och tar, ett ökat ansvar för sin hälsa.

Merparten av folkhälsoarbetet bedrivs på lokal och regional nivå. I dag finns folkhälsofrågorna med på den kommunala och regionala politiska agendan i betydligt högre utsträckning än för bara några år sedan. Regeringen vill i detta sammanhang betona betydelsen av att utveckla folkhälsoarbetet lokalt och sektorsöverskridande.

Regeringen betonar vikten av att huvudmän och andra berörda aktörer prioriterar arbetet med att få samverka att fungera, såväl på lokal som på regional nivå. Vidare är det viktigt att huvudmännens uppdrag formuleras med tydliga ansvarsområden och att det finns gemensamma referensramar och tydligt formulerade målsättningar för samverkansinsatser av hälsofrämjande karaktär. Det är även angeläget att personalens delaktighet och medansvar är centrala delmål för att åstadkomma samordnade insatser på lokal nivå.

Oavsett samverkansparter är behovet av systematiska uppföljningar av vidtagna åtgärder centralt, då kunskap om vilka insatser som leder till förbättring ofta kräver upprepade prövningar av resultat. Ökad kunskap om effektiva insatser kan även vara ett sätt att öka tillämpningen av forskningsresultat i praktiken. Utvärdering av hälsofrämjande insatser och program ställer särskilda krav när det gäller uppföljning och utvärdering av orsaker och effekter. Förändringsförloppet i sociala sammanhang kännetecknas av en blandning av flera växelverkande processer som gör det komplicerat att fastställa orsakssamband. I Sverige, och runt om i världen, används i dag ett system för att gradera evidens som bygger på att bevisvärdet hos en enskild studie värderas i relation till dess vetenskapliga kvalitet, dess relevans och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt (SBU 2007). Ett annat grundläggande krav är att flera oberoende studier ska uppvisa samma resultat. Dessa riktlinjer ska självklart även gälla för förändringsinriktade hälsostudier i sociala sammanhang.

### 3.1 Utanförskapet – ett hot mot folkhälsan

Människan är en social varelse och gemenskapen med andra är ett djupt mänskligt behov. För att må bra har människor behov av att känna delaktighet och att kunna påverka sina egna liv. Hon utvecklas och mår bäst av att leva i en gemenskap som präglas av omtanke, ansvarstagande och solidaritet. Känsla av sammanhang och meningsfullhet är begrepp som

ofta återkommer när det gäller förståelsen av varför vissa människor klarar påfrestningar bättre än andra. En viktig del i att kunna se ett sammanhang och en meningsfullhet är kunskap om sig själv och omvärlden.

Hälsan i befolkningen påverkas av hur sociala relationer ser ut på samhällsnivå, på organisationsnivå och mellan människor i allmänhet och på individnivå i relationerna till de närmaste. Sociala nätverk är en skyddsfaktor av psykosocial natur som förstärker identitets- och självkänslan och därmed även den psykiska och fysiska hälsan. Särskilt betydelsefullt är det nätverk som familjen, vännerna och släkten utgör. Äldre människors deltagande i kulturverksamheter bidrar till ökade sociala kontakter och har en positiv effekt på hälsan.

Studier visar att dessa mellanmänniskliga kontakter har stor betydelse för välbefinnandet liksom för den totala dödligheten och hjärt-kärl dödligheten. Det är även väl belagt att sociala relationer har stor betydelse för människors beteende, inte minst sådana beteenden som kan innebära en ökad sjukdomsrisk t.ex. riskfyllda beteenden när det gäller rökvanor, alkoholvanor, kost- och motionsvanor, sexualvanor och andra former av riskbeteende. Ett starkt socialt nätverk kan även aktivt bidra till att förhindra eller försvåra uppkomsten av psykisk ohälsa. Gemenskapen i det lokala samhället är av stor betydelse för hälsan.

Termen ”socialt kitt” syftar bl.a. på situationer där människor i grupper, organisationer eller samhället utvecklar sociala band som skapar tillit. Samhällen och miljöer med ett starkt socialt kitt kännetecknas av att människor har en god social förankring, är socialt aktiva och har goda möjligheter att påverka sin närmiljö. Det omvända gäller för samhällen och miljöer med svagt socialt kitt. Där är misstron liksom fientligheten, våldet och aggressiviteten stor. En stark gemenskap mellan människor förbättrar även samhällets ekonomiska utveckling. Dessa insikter och delvis nya kunskaper är en stark utmaning till hela samhället att se den potential som finns i att främja hälsa, och därmed förebygga sjukdom, genom ett samhälle som är rikt på goda sociala relationer, delaktighet och inflytande. En stark samhällsgemenskap som präglas av solidaritet människor emellan är själva grunden för en god hälsa på lika villkor. Grunden för att bevara och stärka det sociala kittet – och som varit utmärkande för det svenska samhället – är en hög sysselsättningsnivå och ett tryggt välfärdssystem. Att upprätthålla en hög sysselsättning så att människor kan försörja sig genom eget arbete är basen i ett välfärds-samhälle.

I stort sett alla människor yrkesarbetar under en stor del av livet. Yrkeslivet har därför stor betydelse för människors välbefinnande och för folkhälsan. Genom yrkeslivet får vi inkomster för vår försörjning, vi blir delaktiga i samhällets aktiviteter, och kan utveckla och lära oss nya saker samt får kontakt med andra människor. Arbete ger oss identitet och social status och formar delvis vår självbild. Arbetslöshet påverkar hela hälsopanoramata, från hälsobeteende, symptom på och sociala effekter av sjukdom till kliniskt diagnostiserbar ohälsa och död. Det psykiska välbefinnandet försämras ofta och sjukvårdsutnyttjandet och läkemedelskonsumtionen ökar. Likaså ökar det hälsofarliga beteendet, exempelvis ökar unga män sin alkoholkonsumtion och unga kvinnor röker mer. Arbetslöshet kan även leda till stress och sociala problem. Psykisk ohälsa



kan uppstå, och resultera i att man ställs utanför arbetslivet med sämre inkomster och ett försämrat nätverk som följd.

Det är även viktigt att uppmärksamma arbetslöshetens indirekta hälsoeffekter. Inte enbart de arbetslösa drabbas av arbetslöshetens negativa ekonomiska, sociala och hälsomässiga konsekvenser. Även de arbetslösas familjer, framför allt barnen, drabbas. Ökad arbetslöshet påverkar i hög grad arbetsförhållandena för dem som har arbetet kvar. Övertidsarbetet ökar liksom den negativa stressen, tryggheten hotas och rädslan för uppsägning tilltar. Personer med höga krav från omgivningen, lite inflytande på sin arbetssituation och som dessutom har dåligt socialt stöd, har två till tre gånger ökad risk att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar.

Kraven i arbetslivet måste balanseras mot människors möjligheter att fungera och må bra under ett helt arbetsliv. Människors arbetsliv ska gå att förena med familjeliv och fritid på ett hälsofrämjande sätt. Ett bra arbetsliv med väl fungerande arbetsvillkor minskar inte bara den arbetsrelaterade ohälsan och de sociala skillnaderna i ohälsa. Det bidrar till en allmänt förbättrad folkhälsa, som är en förutsättning för en hållbar tillväxt.

### 3.2 Främja en god hälsoutveckling för individen

Folkhälsoarbetet bör i första hand syfta till att främja hälsa. Arbetet behöver utformas med människors behov av integritet och valfrihet som grund. Att främja hälsa handlar om den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den.

Ett tydligt friskperspektiv ger en positiv utgångspunkt för folkhälsoarbetet. Hälsobudskap bör formuleras positivt som ”Fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor är bra för hälsan och välbefinnandet”. Skyddsperspektivet är ett självklart och nödvändigt synsätt för att kunna analysera och förstå varför flertalet människor – trots att de utsätts för många hälsorisker och påfrestningar – förblir friska. Ett frisk- och skyddsperspektiv utgår från en helhetssyn på människors upplevelser och erfarenheter och ger större möjlighet att förstå hälsans villkor. Ett hälsofrämjande arbete leder både till ökad motståndskraft mot insjuknande och till ett snabbare återhämtande från sjukdom. I fokus är betydelsen av goda sociala nätverk, solidaritet människor emellan och möjligheter att påverka vardagslivet, såväl på arbetet som hemma och i närmiljön, och att stärka och öka den enskilda människans vardagsmakt. Ur ett folkhälsoperspektiv är det angeläget att människor kan påverka egna livsvillkor, arbetsförhållanden och barnens uppväxtvillkor. Ett dåligt självförtroende och små möjligheter att påverka sin situation ökar benägenheten att utsätta sig för olika risker när det gäller tobak, alkohol, narkotika och vid sexuella kontakter. Det kan vara ett sätt att undertrycka osäkerhet och hävda sig liksom ett uttryck för bristande förmåga att stå emot gruppträck. Insatser som ökar självförtroendet minskar även erfarenhetsmässigt ”behovet” av ett utpräglat riskbeteende.

Regeringen vill främja den enskilda människans intresse, ansvar och möjligheter att ta hand om den egna hälsan. Empowerment är ett vanligt begrepp i hälsofrämjande sammanhang. Begreppet brukar på svenska översättas med ”egenmakt” och betecknar processen och möjligheterna för människor att tillskansa sig inflytande över den egna livssituationen. Det handlar om att mobilisera enskildas och grupperes resurser genom ökad kunskap och insikt om vad som krävs för att man ska kunna påverka den egna hälsoutvecklingen och åtnjuta rätten till bästa uppnåeliga hälsa. Det är viktigt att individerna själva ges möjlighet att formulera sina problem och får möjligheter att finna lösningar på dessa. Det är den inre motivationen, snarare än yttre styrning, som står i fokus.

Olika former av hälsofrämjande insatser kan underlätta den enskilda människans val av hälsosamma alternativ. Hälsofrämjande arbete handlar om insatser som syftar till att göra individen kapabel att ta kontroll över sin egen hälsa och förbättra den, t.ex. patientundervisning i egenvård eller stöd till föräldrar i deras föräldraskap. Detsamma gäller skapandet av hälsofrämjande stödjande strukturer och miljöer, som t.ex. familjecentraler, handikappanpassning av bostadslägenheter och bostäder för hemlösa personer.

## 3.3 Utveckla hälsofrämjande metoder

### 3.3.1 Egenvård

Olika former av egenvårdsinsatser är den ojämförligt vanligaste åtgärden för att främja hälsan och för att behandla ohälsa. Egenvård sker helt utan eller endast med marginell inblandning av hälsoprofessionerna. Hälso- och sjukdomsinformation hämtad från Internet spelar en allt större roll inom egenvården. Egenvården bedrivs inte endast med större eller mindre stöd från anhöriga och vänner, råd från apotek och hälsokostaffärer m.m. utan även, och i ökande utsträckning, med hjälp av alternativa metoder. Även inom integrativ medicin finns preventiva metoder företrädda. Nyttan av vissa av dessa insatser är starkt omtvistad, medan andra insatser har vetenskapligt påvisade möjligheter till ökat välbefinnande och minskad ohälsa. Genom en beprövad erfarenhetsbaserad samverkan mellan olika kunskapsområden inom integrativa medicinska discipliner finns belägg för att man kan nå längre än bara med verksamhet inom det skolmedicinska området.

### 3.3.2 Självhjälpsgrupper

Självhjälpsgrupper fyller en viktig uppgift i samhället och är ett komplement till professionellt stöd. Stödet till dessa grupperingar bör öka. Att få hjälp att bearbeta och hantera en krissituation man hamnar i är viktigt och kan även ske genom olika intresseorganisationer. Gruppverksamhet anses i många sammanhang vara ett bra sätt att bedriva hälsoarbete. Organisationer som Viktväktarna och Anonyma alkoholister har i många decennier varit framgångsrika i sitt sätt att utnyttja dynamiken i

gruppen. Även inom vården finns goda erfarenheter av gruppverksamhet med diabetiker, astmatiker och andra. Evidensen för att detta långsiktigt är bättre än individuellt arbete saknas, men inom rökavvänjningsområdet är det belagt att gruppbehandling är lika verksam som individuell behandling.

Inom primärvården har det ofta visat sig vara svårt att samla tillräckligt många patienter för att bilda grupper. Gruppverksamhet kan självklart bedrivas mer kostnadseffektivt och därför är det angeläget att t.ex. flera vårdcentraler kan samarbeta och samutnyttja resurser.

### 3.3.3 Hälsöfrämjande miljöer

Hälsöfrämjande miljöer, eller arenor som det även kallas, kan ge goda möjligheter till en bred förankring inom olika grupper verksamma inom en miljö. Det kan exempelvis vara en arbetsplats, ett bostadsområde, en skola, föreningar eller Internet. Den hälsöfrämjande miljön utgår från människors och gruppers gemensamma vardagsverklighet.

Syftet med hälsöfrämjande miljöer är att förstärka människors vardagsmakt och självförtroende och att minska riskfaktorer i såväl den psykosociala som den fysiska miljön. Att främja stödande miljöer för individer handlar om att bryta isolering och att ge alla möjlighet att få tillgång till strukturer som hjälper individen om en krissituation uppstår. Ett lokalt engagemang kring förbättringar av livsvillkor och levnadsvanor i t.ex. skolan, på arbetsplatsen eller i det egna bostadsområdet i sig utgör viktiga frisk- respektive skyddsfaktorer. I detta sammanhang bör även nämnas att kulturaktiviteter kan vara ett värdefullt komplement till rehabilitering och behandling, eftersom deltagande i kulturella aktiviteter kan vara hälsöfrämjande. Exempelvis är det möjligt att öka anställdas delaktighet i kulturlivet i syfte att förbättra välbefinnandet och hälsan. Ett annat exempel är regeringens långsiktiga satsning på ökad kulturverksamhet i skolan genom Skapande skola.

**Förskolan och skolan** är viktiga arenor för folkhälsoarbetet eftersom de under lång tid präglar en stor del av barns och ungas vardag och upplevelser. Drivkraften och prioriteringarna i skolornas hälsöfrämjande arbete måste i hög grad komma från elever, lärare, föräldrar och andra resurspersoner inom eller med nära anknytning till skolans värld. Områden som kan aktualiseras kan omfatta både den fysiska och psykosociala arbetsmiljön.

**Arbetsplatsen** är den mest utvecklade arenan för att förebygga sjukdom och skador. Den är även en bas för förebyggande insatser som förutom direkt arbetsrelaterade faktorer även omfattar hälsorelaterade levnadsvanor och livsvillkor. Därmed skapas nya och bättre förutsättningar att förstå och beakta de ur hälsosynpunkt viktiga samband som finns mellan arbete, hem och fritid, t.ex. samband mellan organisationsform, stress och rökvanor.

**Bostadsområdet** kan vara basen för ett framgångsrikt lokalt förebyggande arbete. Det är då viktigt att idéer och prioriteringar växer fram bland de boende själva. Möjligheterna att utifrån ett professionellt perspektiv engagera människor i ett lokalt arbete ökar sannolikt när fokus är på något närliggande direkt påverkbart problem, t.ex. olycksfall bland

barn. Behovet av lokalt och mobiliserande folkhälsoarbete torde vara störst i socialt mycket utsatta områden i storstäderna, t.ex. områden där segregationen är som störst.

**Familjecentraler** är ett exempel på en stödjande miljö för barnfamiljen som präglas av arbete i team där olika komponenter och olika hälsoaktörer ingår. Mödra- och barnvårdscentraler samverkar med kommunala strukturer som förskola, skola och socialtjänst samt – i vissa kommuner – med både den privata sektorn och det civila samhället. Centralerna bedriver en verksamhet som är generellt hälsofrämjande, tidigt förebyggande och stödjande. Målet är att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsa hos barn och föräldrar genom att: finnas tillgänglig som nära mötesplats; stärka det sociala nätverket runt barn och föräldrar; skapa arbetsformer där föräldrar och barn är delaktiga; erbjuda lättillgängligt stöd; vara ett kunskaps- och informationscentrum och utveckla god service.

**Hälsofrämjande sjukhus** är ett annat exempel på en hälsofrämjande arena. Världshälsoorganisationen (WHO) etablerade nätverket Health Promoting Hospitals 1991. I nätverket ingår över 625 sjukhus i 25 länder, främst i Europa men även i Canada och Australien. Det svenska nätverket etablerades 1996 och har i dag 24 medlemmar. Det är en idéburen ideell verksamhet där kriterier för medlemskap är att utveckla sin organisation mot en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. WHO menar att framtidens sjukhus måste bli mer hälso- och helhetsorienterade och vara en hälsoresurs för sitt lokalområde. Som alla andra sjukhus fokuserar ”Hälsofrämjande sjukhus” på god behandling och omsorg om patienterna. Det som utmärker ett hälsofrämjande sjukhus är ett bredare samhälleligt perspektiv på sjukhusets roll samt att sjukvårdens målsättning lyfts fram tydligare. Nätverket arbetar intensivt med indikatorer för att utveckla sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser, att bidra genom aktiv kunskapsförmedling, att aktivt medverka i befolkningsinriktat hälsoarbete och att främja en positiv hälsoutveckling hos den egna personalen samt att använda hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård.

### 3.3.4 Hälsoinformation

Hälsouppllysning eller snarare hälsoinformation är en av de mest betydelsefulla aktiviteterna i det hälsofrämjande arbetet. Hälsoinformationen från offentliga aktörer i Sverige har av tradition haft en hög nivå av saktlighet som byggt på vetenskaplig grund, och uppfattats som trovärdig av mottagarna. Det är ytterst viktigt att denna kvalitet bibehålls. Exempelvis kan korrekt given och korrekt uppfattad information avsevärt minska risken för allvarliga läkemedelsbiverkningar, som är en vanlig orsak till inläggning på sjukhus.

Hälsoinformation måste vara tillgänglig för alla. Det betyder att den inte får vara svåråtkomlig, kosta pengar eller endast finnas tillgänglig genom en informationskanal som t.ex. Internet. Hela befolkningen, inklusive människor med funktionsnedsättning och personer med svaga kunskaper i svenska språket eller med annan etnisk bakgrund, ska ha möjlighet att få en korrekt och saklig hälsoinformation. Hälsoinformatio-

nen måste därför innehållsmässigt och till sitt utförande vara anpassad efter människornas olika behov.

Hälsoinformation är planerade aktiviteter där människor ges information i hälsofrågor och därmed får möjlighet att frivilligt genomföra förändringar i sitt beteende. Hälsoinformationen kan ingå som en del i vårdande verksamhet och individuell social service. Den kan omfatta information, utforskande av attityder och värderingar, fattande av hälsobeslut och träning av färdigheter som möjliggör beteendeförändringar. Aktiviteten innebär att individernas självkänsla och kapacitet stärks så att de blir i stånd att göra något aktivt för sin hälsa.

Informationen kan ske individuellt, i grupp (t.ex. motions- och rökavvänjningsgrupper) eller genom att stödja grupperingar som bildar opinion inom folkhälsoområdet. Det kan även ske genom att mötesplatser skapas där dialog kan föras mellan aktörer på nationell, regional och framförallt lokal nivå, dvs. skapa förutsättningar för en interaktiv process mellan avsändare och mottagare. Informationen kan även ske i större skala via massmedia, hälsomässor, utställningar m.m.

Moderna tekniker, främst Internet, kommer med all säkerhet att betyda mycket för möjligheterna att få hälsoinformation och stöd för beteendeförändring i framtiden. De vetenskapliga utvärderingarna är ännu sällsynta men kunskapen om hur de nya informationsmedierna kan användas kommer att växa. Högt driven individualisering, interaktivitet, ökande informationstäthet och realtidsöverföring av rörliga bilder kommer att öppna för nya påverkansmöjligheter.

### 3.3.5 Motiverande samtal

Det motiverande samtalet har i flera studier visat sig vara ett viktigt hjälpmedel när sjukvårdspersonal ska diskutera livsstil och beteendeförändring med sina patienter. Snart sagt alla medicinska åtgärder innebär patientmedverkan i en eller annan form. Ansvaret för eventuell bristande följsamhet ligger inte bara på patienten utan i hög grad även på den behandlande läkaren eller annan behandlande sjukvårdspersonal. Här kommer det motiverande samtalet in som en viktig framgångsfaktor.

Det motiverande samtalet som metod har utvecklats och spritts, särskilt under senare år. Den vetenskapliga evidensen är ännu ofullständig men resultaten hittills är uppmuntrande. Särskilt långt har man nått när det gäller rådgivning till hög- eller riskkonsumenter av alkohol. Även inom rökavvänjningsområdet har metoden visat sitt värde. I dag genomförs inom landstingen många utbildningar i det motiverande samtalet. Det är emellertid fortfarande oklart huruvida den utbildning som ges förmår att leda till bestående förändringar hos den vårdpersonal som genomgår utbildningen. Försök pågår för att validera utbildningen på olika nivåer.

## 3.4 Främja samverkan på lokal och regional nivå

Det är särskilt viktigt att skapa stödjande miljöer och mötesplatser, framför allt för barn och barnfamiljer och för äldre och deras anhöriga, samt att vidareutveckla samverkan med föreningslivet. I föreningslivet kom-

mer människor i kontakt med personer från andra bakgrunder än den egna. Att få insyn i och förståelse för hur andra lever ökar solidariteten i samhället och stärker det sociala kittet i samhället. De ideella organisationerna, vars kännetecken är att vinstintresset är underordnat, fungerar ofta som samhällets känselpröt. De är ofta de första att identifiera orättvisor, kartlägga nya områden och anta nya utmaningar.

Kommunerna och landstingen har genom sina olika ansvarsområden ett direkt ansvar för folkhälsan. Kommunernas verksamhet berör ett stort antal politikområden av betydelse för folkhälsan, exempelvis barn- och ungdoms-, utbildnings- och äldrepolitik. Kommunens ansvar inom flera för folkhälsan centrala områden fastslås även inom lagstiftningen, bl.a. socialtjänst, hälsoskydd, fysisk planering, livsmedelshantering, miljö, tobak och alkohol.

Det kommunala självstyret har en lång tradition och en betydelsefull roll när det gäller befolkningens hälsa och ohälsa. Kommunernas och landstingens folkhälsoinsatser kan nå alla invånare och anpassas efter lokala och regionala förutsättningar.

Medvetenheten om hur olika kommunala verksamheter bidrar till att folkhälsan har ökat under senare år. Det visar sig bl.a. i ett ökat intresse och engagemang för folkhälsofrågor. Det hälsofrämjande folkhälsoarbetet och samverkan på lokal och regional nivå har enligt regeringens bedömning dock potential att utvecklas. I ett sådant arbete är tydliga mål och strategier, och viljan att verka för att alla berörda i lokalsamhället engageras, av stor betydelse. Förbättrat samarbete mellan huvudmännen på lokal nivå är av stor betydelse för folkhälsoarbete, framför allt när det gäller uppgifter inom och med anknytning till primärvården. Genom ansvaret för hälso- och sjukvården har landstingen byggt upp särskild kunskap och kompetens kring ohälsans omfattning, fördelning och orsaker. Dessa kunskaper borde i högre grad än vad som är fallet i dag kunna användas i andra samhällssektors hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Man kan inte tvinga människor att sluta röka. Inte heller kan man tvinga människor att motionera eller äta en viss sorts mat. Men hälso- och sjukvården kan utnyttja sin professionella kompetens och sina breda kontaktytor samt använda fungerande behandlingsmetoder: det motiverande samtalet, beteendeförändringskunskap och strategier för att underhålla en livsstilsförändring. Primärvården spelar en avgörande roll i det hälsofrämjande folkhälsoarbetet. Det är angeläget att den på ett bättre sätt utnyttjar sin professionella kompetens, sin breda kontaktyta mot allmänheten och sin vardagliga närvaro i lokalsamhället.

### 3.5 Uppföljning och utvärdering av folkhälsoarbetet

Folkhälsoarbetet syftar till att uppnå bestående förändring och ska därför söka stöd i forskning. Insatser ska utformas utifrån kvalificerad forskningsbaserad kunskap. Folkhälsoarbetet bygger på såväl tvärvetenskaplig forskning och tvärssektoriellt arbete som praktisk erfarenhet. Kunskap om vad som är tillämpligt och praktiskt möjligt att genomföra är av stor betydelse.

Ett sätt att effektivisera folkhälsoarbetet är att samla kunskaperna om effekterna av olika insatser och göra dem tillgängliga för andra som ska påbörja en interventionsinsats. Att sammanställa systematiska kunskapsöversikter som granskar effekter av olika metoder är en viktig del av Statens folkhälsoinstituts verksamhet. När det gäller utvärdering finns ingen självklar och perfekt metod. Erfarenheten visar emellertid att en kombination av kvalitativ och kvantitativ forskning är mest effektivt och att utvärdering bör ske i termer av process, implementering och effekt.

Att ett effektivt folkhälsoarbete fodrar flera olika insatser, inom flera olika sektorer och verksamheter samtidigt och över långa tidsperioder, ställer höga krav på utvärderare och forskare. Det är inte odelat enkelt att fastställa om förändringar under och efter en samhällsintervention beror på insatserna ifråga eller på andra faktorer och händelser som förekommer samtidigt. Detsamma gäller när det gäller att fastställa om hälsofrämjande insatser är en god samhällsekonomisk investering. Regeringen avser att noga följa upp möjligheterna till en effektiv utvärdering av insatser utifrån gällande mål- och uppföljningsstruktur och vid behov återkomma med förslag till ändringar i denna struktur.

### **3.5.1 Hälsoekonomiska analyser**

Regeringen anser att det är angeläget att öka kunskapen om vad som är kostnadseffektivt folkhälsoarbete. Det är viktigt att beslutsfattare vet vilka metoder som ger resultat, vilka sambanden är mellan olika typer av insatser och dess resultat, och hur stora effekterna i så fall är samt om de står i rimlig proportion till kostnaderna. Genom hälsoekonomisk analys och utvärdering av folkhälsoarbetet kan olika insatsers effektivitet jämföras. Det är först då som de ekonomiska argumenten för samverkan och förebyggande insatser framträder tillräckligt tydligt. Kortsiktiga prioriteringar leder till ineffektivt resursutnyttjande. En ond cirkel riskerar då att uppstå, där hjälpbehövande inte får stöd, vilket genererar högre kostnader längre fram och ännu sämre möjligheter att ge tillräckliga insatser. En av de viktigaste förutsättningarna för att kunna bryta detta mönster är att man klargör vilka samhällsekonomiska konsekvenser olika handlingsalternativ får.

### **3.5.2 Systematiska uppföljningar och metoder som dokumenterar effekter för individ, familj och samhället**

Kommunikationsstrategier för att nå ut till enskilda, praktiker, politiker och befolkningen i stort, framför allt för att nå dem som är mest utsatta för olika risker, behöver utvecklas och förbättras. Även kunskapen om de hälsofrämjande metoder som i dag används, t.ex. empowerment, etablering av partnerskap och skapande av arenor som stödjande miljö behöver vidareutvecklas och fördjupas. Samspelet mellan politiska beslutsfattare, professionella aktörer och ideella organisationer behöver analyseras för att vidareutveckla den demokratiska förankringen av folkhälsoarbetet. Det finns även ett stort behov av att bygga upp referensramar och modeller för utvärderingar av såväl främjande som förebyggande insatser.

Regeringen anser det är angeläget med fler samlade samhällsbaserade program som syftar till att främja och förebygga folkhälsoproblem. På kommunal nivå ligger fokus framför allt på lokalsamhällets ansvar för övergripande insatser som designats så att i princip alla dess invånare kan vara aktiva och deltagande. I verkligheten är detta svårt att uppnå men ju fler som deltar, desto starkare intervention. För att överbrygga gapet mellan vetenskaplig teori, sociala behov och social verklighet bör det hälsofrämjande arbetet baseras på en analys av lokalsamhället (epidemiologisk kartläggning) så att man kan göra ett adekvat urval av riskgrupper och miljöer. Vidare bör arbetet rikta sig mot en eller flera väl definierade riskfaktorer som ska vara möjliga att mäta och återspegla den aktuella målgruppens egenskaper. Dessutom ska arbetet inkludera insatser som klart och tydligt kan reducera de aktuella riskfaktorerna och från början organiseras, planeras och genomföras på sådant sätt att dess processer och effekter kan utvärderas.

### 3.6 Insatser

#### *Stöd till det lokala hälsofrämjande folkhälsoarbetet*

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) förutsätter ett effektivt hälsofrämjande arbete samverkan mellan sektorsövergripande verksamheter på samhällets alla nivåer. Att arbeta hälsofrämjande innebär att genom olika insatser stärka aktion i lokalsamhället, utveckla personliga färdigheter, omorientera hälso- och sjukvården och bygga hälsofrämjande politik samt att skapa stödande miljöer för hälsan.

I det lokala hälsofrämjande folkhälsoarbetet är det viktigt att värdera långsiktiga effekter i högre grad än vad som tidigare varit fallet. Det finns stora potentiella vinster, för den enskilde människan och för samhället, i att satsa resurser på att förebygga sociala problem och vidhängande kostnader som annars kommer att belasta ekonomin i framtiden. En förutsättning för detta är att långsiktigheten i politiska system ökar. I detta sammanhang är sektorsövergripande samarbete och samverkan en central ingrediens. Ambitionsnivån i folkhälsoarbetet har betydelse för människors hälsa. Exempelvis förklarar vilken kommungrupp man bor i en tredjedel av skillnaden i ohälsotal och en femtedel av skillnaden i medellivslängd för både män och kvinnor.

Regeringen avser att avsätta 50 miljoner kronor under 2008 för att utveckla det lokalt sektorsöverskridande hälsofrämjande arbetet. Medlen ska användas till att främja barns och ungas psykiska och fysiska hälsa och till att generera kunskap om såväl effektiva hälsofrämjande metoder som kostnadseffektiva samverkansformer på lokal nivå. Arbetet ska vila på en vetenskaplig grund. Statens folkhälsoinstitut (FHI) ska disponera medlen och ansvara för urval av kommuner. De aktuella kommunerna ska etablera ett samarbete med ett forskningslärosäte. FHI bör samverka med Sveriges Kommuner och Landsting.



**Regeringens bedömning:** Barn och unga samt äldre är särskilt angelägna målgrupper för det hälsofrämjande folkhälsoarbetet.

**Skälen för regeringens bedömning:** Barndomen är en dynamisk tid i livet som kännetecknas av snabba förändringar i både kropp och beteende. De levnadsmönster och vanor som grundläggs i tidig ålder följer ofta med och påverkar resten av livet. Barn och unga kan inte alltid välja den miljö de lever i och är extra känsliga för yttre påverkan. De långsiktiga effekterna av förebyggande insatser för att skapa goda levnadsvillkor kan av denna anledning vara särskilt stora om de sätts in tidigt i livet. De insatser som ges till barn och unga kan alltså betraktas som en investering som kommer människor till del senare i livet.

Allt fler studier visar på positiva effekter av förebyggande insatser för äldre och att sådana insatser är mycket kostnadseffektiva. Dessutom ökar andelen äldre i befolkningen och allt fler överlever till riktigt höga åldrar. Hälsofrämjande och sjukdomspreventiva insatser kan skjuta upp funktionsnedsättning och beroende, vilket ökar äldre personers välbefinnande och livskvalitet samtidigt som kostnaderna för vård och omsorg kan minska.

#### 4.1 Barn, unga och deras föräldrar

Barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa dvs. rätt till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. En viss hälsolivå förutsätts för att man ska kunna vara aktiv på fritiden och tillgodogöra sig undervisningen i skolan. Flertalet barn som växer upp klarar övergången till vuxenvärlden bra eller relativt bra. Omkring 80 procent av barn som växer upp under svåra livsomständigheter klarar sig bra. Många av dem kan även uppfatta svårigheterna som en utmaning och bli starkare i sin förmåga att klara sig (s.k. maskrosbarn)<sup>1</sup>. I utredningen om ungdomars psykiska hälsa (SOU 2006:77) konstateras emellertid att psykosomatiska symptom som oro och nedstämdhet, sömnbesvär och trötthet samt anspänning och värk bland ungdomar i skolåldern har ökat under de senaste två decennierna. Dessa typer av besvär har ökat även i befolkningen i stort, men ökningen är mest uttalad i åldrarna 16–24 år. En stor del av alla stressrelaterade symptom är vanligare bland flickor än bland pojkar. Även andelen ungdomar som vårdas på sjukhus för depression och ångest har ökat.

I studier om psykisk (o)hälsa förekommer termerna risk- och friskfaktorer och skyddande faktorer. Riskfaktorer syftar på faktorer som ökar risken för en negativ utveckling medan friskfaktorer syftar på omständigheter som främjar utvecklingen. Begreppet skyddsfaktorer används om faktorer som har en positiv inverkan när det finns en risk för negativ

<sup>1</sup> Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelny, K. Pardo, C (1992). *Children in Danger. Coping With the Consequences of Community Violence*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

utveckling, dvs. något som förbättrar eller förändrar en människas (beteende) reaktion på en risk eller fara som sannolikt har ett negativt utfall.

Utifrån omfattande studier i USA har ett antal faktorer som bidrar till utveckling av psykisk hälsa och välmående hos ungdomar identifierats, s.k. friskfaktorer<sup>2</sup>. Dit hör individens engagemang i skola och skolarbete, positiva normer och värderingar, social kompetens och positiv identitet. I omgivningen utgörs friskfaktorer av socialt stöd, en omgivning som uppskattar ungdomarna och ger dem ansvar, en omgivning som sätter gränser och ställer krav på ungdomarna samt skapar möjlighet till meningsfulla aktiviteter. Analyser av dessa friskfaktorer visar att ungdomar med positiva kamratförebilder och med negativa attityder till alkohol och droger hade lägre bruk av tobak, alkohol och andra droger. Ungdomar med positiva kamratförebilder, och som var engagerade i skola och skolarbete samt hade förmåga att hantera konflikter löpte mindre risk att utveckla antisocialt eller våldsamt beteende. God självkänsla och en upplevelse av att livet har en mening minskade risken för depression och självmordsförsök. Motivation att prestera och positiva kamratförebilder bidrog till trivsel i skolan. Positiva värderingar minskade antalet sexuella kontakter. Positiva föräldra- och kamratrelationer var främjande för den psykiska hälsan. Ju fler friskfaktorer (>10) som ungdomarna hade tillgång till desto större var sannolikheten att de utvecklade goda vanor.

Identifierade riskfaktorer för psykisk ohälsa enligt självrapporterade uppgifter är bl.a. skolk från skolan och dåliga skolprestationer, konflikter mellan föräldrar samt uppväxt med endast en biologisk förälder. Dåliga lärarrelationer, otydliga regler i skolan samt brist på elevinflytande har samband med ungdomars prestation och trivsel i skolan. I en studie av förhållanden bland elever i årskurs 9 i Stockholms län hade vantrivsel i skolan, skolk, att mobba eller mobbas, hög tobaks- och alkoholkonsumtion samband med psykisk ohälsa hos ungdomar.

I en omfattande studie över tid av en årskull född 1955<sup>3</sup> identifierade man tre grupper av skyddande faktorer som skilde barn från högriskmiljö som utvecklade god hälsa från andra högriskbarn. Dessa var 1) individuella förmågor som delvis har genetiskt ursprung, t.ex. aktivitetsgrad, social förmåga, 2) goda känslomässiga band med familj och vänner och därmed tillgång till stöd i stressituationer 3) externa stödsystem t.ex. skola, kyrka eller andra som uppmuntrar individens kompetens och förser henne med en känsla av mening och kontroll.

Regeringen anser att det är särskilt angeläget med folkhälsoinsatser riktade mot barn och unga. Insatserna bör ta sikte på att öka förutsättningarna för goda relationer, framför allt mellan barn och deras föräldrar, men även med andra barn och vuxna. En trygg anknytning till föräldrarna de första levnadsåren är en avgörande förutsättning för god psykisk hälsa senare i livet. Att som nybliven förälder ha ett fungerande socialt nätverk omkring sig främjar förmågan att ta hand om barnet. Regeringen anser att folkhälsoarbetet i högre utsträckning än tidigare bör fokusera på

<sup>2</sup> Benson, P. C. (1997). All kids are our kids: What communities must do to raise caring and responsible children and adolescents. San Fransisco, CIRKA: Jossey-Bass.

<sup>3</sup> Werner, E., Smith, R. S (1992). Overcoming the Odds. High Risk Children from Birth to Adulthood. Ithacirka och London: Cornell University Press.

barnens behov och trygghet och på att skapa möjligheter för föräldrarna att få det stöd de behöver och efterfrågar för ge omsorg till sina barn. En sådan politik ger tryggare barn och leder i längden till bättre psykisk hälsa.

Andra centrala faktorer för folkhälsopolitiska insatser för barns och ungas hälsa är miljön i hemmet, i bostadsområdet, i förskoleverksamheten, skolbarnsomsorgen och skolan och på fritiden samt förhållanden som berör deras levnadsvanor och utvecklingsmöjligheter. Genom insatser inom dessa områden kan barns och ungas hälsa främjas och skillnader i uppväxtvillkor minska. Barn och unga med funktionsnedsättning har i första hand samma behov som andra barn och unga och i behov av att vara i samma miljöer som andra. De kan emellertid i vissa fall behöva särskilt stöd för att kunna utvecklas och bli delaktiga på samma villkor som andra barn och unga.

## 4.2 Äldre

Medellivslängden i Sverige ökar. Kvinnors lever i genomsnitt till 83 år och män till 79 år. Medellivslängden fortsätter att öka och beräkningar visar att 2050 kan kvinnor antas leva till 86 år och män till 84 år. Som skäl för dessa antaganden brukar man anföra effektivare sjukvård, medicinska framsteg, förbättrade levnadsförhållanden och bättre livsstil genom folkhälsoinsatser. Bra sjukvård och andra förhållanden bland de äldre gör att vi lever längre, men det behöver inte vara liktydigt med att vi får fler friska år.

Att medellivslängden ökar är positivt. Men det ställer även krav på samhällets insatser och de fysiska tillgängligheten i samhället. De flesta som går i pension i dag har många år av god hälsa framför sig. Efter 80 års ålder lever dock de flesta med någon form av funktionsnedsättning. Detta innebär dock inte att alla är beroende av vård och omsorg, 16 procent bor i särskilda boendeformer och 21 procent får hemtjänst (2006). Om 15–20 år kommer den stora generationskullen 40-talister att nå den ålder då behovet av vård och omsorg vanligtvis inträffar. Det är viktigt att finna svar på vilka bakomliggande faktorer som styr att man håller sig frisk längre genom livet och vad som styr sjukdom.

Många studier visar att förändrade levnadsvanor kan ge positiva hälsoeffekter även högt upp i åldrarna. Hälsöfrämjande och förebyggande insatser riktade till äldre kan skjuta upp funktionsnedsättning och beroende av hjälp. Det har i första hand betydelse för människors välbefinnande och livskvalitet, men även för omfattningen och kostnaderna för vård och omsorg. Hälsöfrämjande insatser och förebyggande insatser kan handla om att möjliggöra och stimulera till hälsosamma val, att förebygga olycksfall, stimulera till motion och fysisk aktivitet, att stödja anhöriga som gör stora insatser för att hjälpa och vårda någon närstående och att skapa förutsättningar för ett rikt socialt liv högt upp i åldrarna.

Det finns starka etiska argument för att vidta åtgärder så att äldre personer kan bibehålla en god hälsa. Att ge människor förutsättningar att leva ett gott liv på äldre dar med hög livskvalitet är en central målsättning. Hälsa är även en viktig faktor för ekonomisk tillväxt och konkurrenskraft. En investering i hälsosamt åldrande bidrar till att tillgången på

arbetskraft ökar och minskar risken för att människor pensioneras i förtid.

Demografiska förändringar är en nyckelfråga inte bara för Sverige utan för hela Europeiska unionen (EU). Behovet av att förbättra kunskaperna och kunskapsutbytet om vad som främjar en god hälsa hos äldre är en utmaning för Europas länder. År 2004 biföll EU:s folkhälsoprogramkommitté en ansökan om det treåriga projektet Att främja hälsa hos äldre (Healthy Ageing). Statens folkhälsoinstitut har varit huvudansvarig för detta samarbetsprojekt där ytterligare 15 EU-länder har bidragit med kunskap och erfarenhet. Projektets syfte var att främja hälsan hos äldre (50+). Man har studerat olika aspekter av hälsan och hur det går att främja hälsan hos äldre genom att utveckla ett holistiskt synsätt. Data om hälsa och hälsans bestämningsfaktorer för äldre människor på EU- och medlemsstatsnivå (16 EU-länder) har analyserats liksom goda exempel på folkhälsoarbete, handlingsprogram och strategier.

Projektets huvudrapport presenterades juni 2007 och inkluderar såväl beskrivningar av äldres situation liksom förslag på rekommendationer för beslutsfattare, frivilligorganisationer och vårdpersonal om hur man kan främja god hälsa hos det växande antalet äldre. Erfarenheterna visar att det finns fyra områden som är särskilt viktiga för att äldre ska må bra. Det handlar om fysisk aktivitet, bra matvanor, goda sociala kontakter och att känna sig behövd. Det är aldrig för sent att främja god hälsa för äldre för att kunna bibehålla hälsa och välbefinnande in i ålderdomen. Att utveckla samverkan för hälsofrämjande arbete för äldre på EU-, medlemsstats- och internationell nivå är en viktig uppgift.

En nyligen publicerad OECD-studie (2007) visar att den hittills relativt entydiga trenden mot förbättrad hälsa/funktionsförmåga bland de äldre i tolv länder nu brutits. I Belgien, Japan och Sverige rapporteras att det under de senaste fem till tio åren skett en försämring i funktionsförmågan bland de äldre (65+). Slutsatsen är att man inte längre kan ta för givet att förbättringar i äldres hälsa blir en motvikt mot den demografiskt betingade ökning av efterfrågan på vård och omsorg bland de äldre.

Samtidigt är bilden av den framtida utvecklingen av de äldres hälsa långt ifrån entydig. Andra svenska studier tyder på fortsatt förbättrat hälsoläge bland de äldre, även långt upp i åldrarna. Oavsett resultat är ett intensifierat hälsofrämjande arbete bland de äldre av största vikt.

Att få ökad kunskap om sjukdom och fysisk svaghet relaterat till åldrandet är självfallet viktigt, men det är även viktigt att belysa ett åldrande som medför möjlighet till mognad, visdom och glädje över att leva ett långt liv.

Gamla människor, som själva berättat om sin utveckling under livet, beskriver hur åldrandet inneburit en positiv utveckling med ökad livstillfredsställelse, omvärdering av existentiella frågor, ökad känsla av samhörighet med tidigare generationer och minskat intresse för materiella ting. Åldrandet är i mångt och mycket en omdefinition av tid, rum, liv och död. Detta innebär att det goda åldrandet kan vara ett tillstånd där de egna aktiviteterna inte utgörs av andras attityder och förväntningar utan i stället en ny syn på sig själv och vad man vill göra, liksom på tillvaron i stort. Det är viktigt att få ökad kunskap om sjukdom och fysisk svaghet relaterat till åldrande, men det är även viktigt att belysa åldrande som

medför möjlighet till mognad, visdom och glädje över att leva ett långt liv. Prop. 2007/08:110

Att vara nybliven pensionär i början av 2000-talet beskrivs ibland som att ha ekonomiska resurser, att kunna ägna sig åt sina fritidsaktiviteter och att kunna njuta av livet. Att vara mycket gammal beskrivs däremot många gånger som att få försämrad hälsa, att vara drabbad av demens och att bli vårdberoende. Ett annat så kallat salutogent perspektiv betonar upplevelse av hälsa i stället för upplevelse av ohälsa. Ett gott åldrande kan då ses som upplevelser av att må bra trots sjukdom. Att bli gammal har utifrån ett salutogent perspektiv beskrivits i positiva ordalag som att nå visdom och ha frid i själen. Forskning visar att vad som får äldre att må bra och känna tillfredsställelse i livet handlar mycket ofta om ”kvalitet i det sociala nätverket”. Att vara en del i ett större sammanhang och att ha en känslomässig förankring är mycket viktigt för hur vi mår.

Människors upplevelser och livsförhållanden har betydelse därför att människan först är obetingat värdefull, oavsett sina erfarenheter. Med en sådan etisk grundsyn är det viktigt att granska och förändra negativa attityder till åldrande och äldre människor.

## 5 Folkhälsopolitikens struktur

**Regeringens förslag:** Folkhälsopolitikens elva målområden ska omformuleras. Rubrikerna ska vara:

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barns och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel.

**Skälen för regeringens förslag:** Våren 2003 antog riksdagen ett övergripande nationellt mål för folkhälsoarbetet, *att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen*. För att nå det övergripande folkhälsomålet krävs ett långsiktigt, målinriktat och sektorsövergripande arbete inom samtliga sektorer som påverkar folkhälsans utveckling. För att underlätta detta arbete har en samlad målstruktur med elva målområden utvecklats. Målområdena redovisar de mål inom andra politikområden som är relevanta för folkhälsoarbetet. Genom att den i dag gällande mål och ansvars- och verksamhetsindelningen inom andra politikområden knyts till folkhälsoarbetet undviks målkonflikter och avgränsningsproblem.

De elva målområdena grupperar hälsans bestämningsfaktorer, dvs. de faktorer i människors livsvillkor och vanor som har störst betydelse för

hälsan. Bestämningsfaktorerna inom varje område har valts för att det inom dessa områden finns vetenskapligt underlag som visar att avsaknaden av insatser från samhällets sida kan leda till ohälsa. Aktuella bestämningsfaktorer kan både främja hälsa och leda till ohälsa.

Det är mer effektivt att inrikta folkhälsoarbetet på bestämningsfaktorer för hälsa än på enskilda sjukdomar. Dagens hälsopanorama präglas i hög grad av samverkande bakomliggande faktorer. Ju tidigare i orsakskedjan en insats sätts in och ju fler människor som omfattas desto större blir den förebyggande effekten.

Att utgå från bestämningsfaktorer innebär även stora fördelar när det gäller uppföljning av folkhälsan. Bestämningsfaktorernas utveckling är lättare att följa över tiden än sjukdomsutvecklingen eftersom det kan ta flera decennier innan sjukdom eller annan ohälsa visar sig.

Folkhälsopolitikens elva målområden omfattar 42 bestämningsfaktorer. Dessa mäts via 36 huvudindikatorer och 47 delindikatorer.

Målområdena kan delas in i två olika kategorier. Den ena omfattar bestämningsfaktorer kopplade till människors livsvillkor. Den andra kategorin omfattar bestämningsfaktorer kopplade till människors levnadsvanor och livsstil.

Folkhälsopolitiska insatser i den förstnämnda kategorin berör människors förutsättningar dels i form av materiell välfärd som basala behov som bostad, kläder och mat m.m. och stabila välfärdssystem för alla, dels immateriell välfärd som trygghet, möjligheter till utbildning, tillgång till kultur och delaktighet i samhällsutvecklingen oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, etnisk eller annan social tillhörighet. Insatser som fokuserar på den andra kategorin av bestämningsfaktorer handlar huvudsakligen om hur individen i samspel med, och med stöd från, samhället kan främja den egna hälsan.

De elva målområdena som riksdagen tidigare ställt sig bakom är:

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomisk och social trygghet
3. Trygga och goda uppväxtvillkor
4. Ökad hälsa i arbetslivet
5. Sunda och säkra miljöer och produkter
6. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
7. Gott skydd mot smittspridning
8. Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa
9. Ökad fysisk aktivitet
10. Goda matvanor och säkra livsmedel
11. Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande.

## 5.1 Folkhälsa – allas ansvar

Med denna proposition förnyar regeringen folkhälsopolitiken. En verkligt effektiv folkhälsopolitik ska genomföras med utgångspunkt i den enskilda människans integritet och valfrihet. Regeringen avser att framöver fokusera på effektiva hälsofrämjande insatser inriktade på att främja den enskildes intressen, ansvar och möjligheter att främja en god hälsa.

Hälsa i vid mening, allt från kost och motion till yttre miljöer och relationer, handlar om att få leva ett så friskt liv som möjligt. Sociala och ekonomiska villkor, arbetsmiljö och levnadsvanor har betydelse för hälsoutvecklingen i befolkningen. Folkhälsoarbetet kräver därför ett gemensamt ansvarstagande och samverkan mellan olika verksamhetsområden. Ansvaret för folkhälsoarbetet ligger inte enbart hos de myndigheter och organisationer som redan i dag har ett uttalat ansvar för folkhälsofrågor. Ansvaret är vidare än så. Det krävs insatser från de flesta sektorer i samhället – från det offentliga, från det privata och från de ideella organisationerna samt från människor själva.

Nyckelpositionerna i folkhälsoarbetet innehas av kommuner, landsting och länsstyrelser. De har ansvar för strategiskt viktiga verksamheter för folkhälsan och dess utveckling. Folkhälso- och samhällsmedicinska funktioner bör även fortsättningsvis utgöra en viktig länk mellan Statens folkhälsoinstitut, landstingen och kommunerna. Länsstyrelsen är en särskilt viktig aktör inom folkhälsoarbetet. Länsstyrelsens roll i det sektorsövergripande folkhälsoarbetet har tydliggjorts i länsstyrelsernas instruktion.

Den svenska hälsoutvecklingen påverkas av vad som händer i andra länder, liksom andra länders hälsoutveckling påverkas av vad som händer i Sverige. Den nationella hälsopolitiken måste därför både parera internationella hot och ta till vara på positiva möjligheter. Vidare krävs ett svenskt aktivt deltagande i de internationella sammanhang som är relevanta ur ett hälsoperspektiv.

Den svenska hälsopolitiken har det senaste decenniet fått allt större legitimitet på den internationella arenan. Antalet europeiska länder vars hälsopolitik har inslag av strategier som inriktas på bestämningsfaktorer har ökat de senaste åren. Den svenska hälsopolitiken ligger även i linje med det hälsopolitiska arbetet på EU-nivå.

Inom Europeiska unionen (EU) har området hälsa utgjort en egen artikel i fördragstexten sedan 1993. I samband med omförhandlingen enligt Amsterdamsfördraget utvidgades innebörden 1999 så att ”En hög hälsoskyddsnivå ska säkerställas när hela gemenskapens politik och verksamhet utformas och genomförs”. Detta innebär, i likhet med den svenska hälsopolitiken, att hälsoutvecklingen i EU är beroende av inriktning och beslut inom de politikområden där gemenskapen har kompetens. Särskilt uppmärksammat har varit hur subventioner till tobaksodling, vinproduktion, feta mejeriprodukter och dylikt inom den gemensamma jordbrukspolitikerna har stått i direkt motsats till folkhälsointressen. Andra exempel finns inom inre marknaden och rör alkoholförsel samt reklamregler för exempelvis livsmedelsprodukter riktade till barn. Förverkligandet av EU:s ambitioner för hälsan i fördraget sker bl.a. genom fleråriga hälsoprogram. I det program för 2008–2013 som gemensamt beslutats av rådet, parlamentet och kommissionen är åtgärder för att påverka hälsans bestämningsfaktorer ett centralt insatsområde. Denna inriktning har även lagts fast i EU-kommissionens nya strategi Tillsammans för hälsa. I Lissabonfördraget föreslås att artikeln om hälsa förstärks ytterligare, genom att uttryckligen inkludera psykisk ohälsa och att ge utvidgade möjligheter för medlemsländerna att vidta åtgärder på alkohol- och tobaksområdena för att till vara ta nationella hälsointressen. För att följa upp EU:s målsättning att utvecklas till världens mest konkurrenskraftiga ekonomi byggd på hållbar tillväxt, har

tillförts en indikator om att öka antalet hälsosamma levnadsår, för att markera dess betydelse som en väsentlig tillväxtfaktor. I programmen för forskning, regional- och social utveckling har folkhälsofrågorna uttryckligen lyfts fram mot bakgrund av den kunskap som växt fram om hälsans betydelse för social och ekonomisk tillväxt som återspeglas i fördrags-texten. Ett resultat av det finska ordförandeskapet 2006 är rådsslutsatserna som särskilt betonar att hälsan huvudsakligen bestäms av förhållanden som ligger utanför hälso- och sjukvården.

### 5.1.1 Ändring av målområdenas rubricering

Regionala och kommunala folkhälsoaktörer och frivilligorganisationer inom folkhälsoområdet har uppmärksammat regeringen på att nuvarande rubricering av målområdena är missvisande. Eftersom flera av dem innehåller ord som ”öka” och ”minska” är det risk för att målområdena uppfattas som mål i sig. Regeringen bedömer därför att rubrikerna på målområdena bör ändras så att det tydligt framgår att de elva målområdena är en gruppering av mål inom andra politikområden som är relevanta för folkhälsoarbetet. Målområdenas rubriker bör därför vara:

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barns och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel

Förslaget har inte varit föremål för remissbehandling. Regeringen har bedömt att en sådan behandling av förslaget inte är nödvändig eftersom det inte innebär ändringar i sak.

## 5.2 Folkhälsorapporteringen

Statens folkhälsoinstitutet (FHI) ansvarar för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet. Regeringen bedömer att den huvudsakliga folkhälsorapporteringen även fortsättningsvis ska ske genom dels den nationella folkhälsorapporten som tas fram av Socialstyrelsen, dels den folkhälsopolitiska rapporten som tas fram av FHI. Den nationella folkhälsorapporten beskriver och analyserar samband mellan riskfaktorer och hälsoutfall. Den folkhälsopolitiska rapporten redovisar utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer och insatser inom de elva målområdena samt analyserar och ger förslag på framtida åtgärder.



Regeringen framhåller att regionala och lokala folkhälsoplaner är viktiga verktyg för att få till stånd ett sektorsövergripande och långsiktigt folkhälsoarbete. Ett annat viktigt verktyg är hälsokonsekvensbedömningar (HKB) som kompletterar och höjer kvaliteten på olika beslutsunderlag och som därmed kan bidra till att beslut blir bättre underbyggda ur folkhälsosynpunkt.

FHI är ett nationellt kunskapscentrum och ska till kommuner, landsting och den ideella sektorn sprida forskningsresultat om metoder och strategier inom folkhälsoområdet. Regeringen anser att det är särskilt angeläget att FHI fortsätter att bidra till utvecklingsarbetet avseende HKB, både nationellt och internationellt. Särskilt kommuner bör få stöd och kunskap i det fortsatta utvecklingsarbetet. Ytterligare ett verktyg är lokala välfärdsboksut. HKB och välfärdsboksut kan med fördel kombineras för att visa hur hälsofrågor på ett systematiskt sätt kan integreras i de styr- och uppföljningssystem som redan används.

FHI:s databas Kommunala basfakta (KBF) riktar sig till folkhälsoplanerare, beslutsfattare och förtroendevalda i landets kommuner m.fl. KBF innehåller statistik om hälsan i kommunerna indelat efter de elva målområdena. Statistiken presenteras i form av faktablad, databas och kartor. KBF syftar till att underlätta kommunernas planering och uppföljning av folkhälsoinsatser och kan även användas som statistikstöd för Lokala välfärdsboksut.

FHI bistår även kommunerna med annan folkhälsostatistik bl.a. resultaten från den av institutet årligen genomförda nationella folkhälsoenkäten och statistik om skolbarns hälsovanor. I databasen Alkoholutvecklingen i siffror presenteras statistik som är relaterat till alkohol. Statistiken presenteras för Sveriges län, kommungrupper och kommuner vilket gör det möjligt att jämföra olika regioner med varandra samt att följa alkoholutvecklingen över tid i den egna regionen. Databasen är ett bra verktyg att använda i det lokala kartläggnings- och uppföljningsarbetet som är en viktig del i det alkoholförebyggande arbetet. I databasen presenteras även statistik som belyser tillgängligheten till alkohol, alkoholförsäljning, alkoholrelaterad sjuk- och dödlighet samt alkoholrelaterade olyckor och brott. Databasen baserar sig på indikatorer. Exempel på indikatorer är ”antalet serveringstillstånd” och ”öppettider på systembolaget”. Databasen medger redovisning av indikatorerna dels som kartor och dels som tabeller. Till kartorna är en funktion kopplad som innehåller grundinformation om varje enskild kommun.

FHI arbetar kontinuerligt med att vidareutveckla folkhälsostatistiken för att möjliggöra öppna jämförelser och öka transparensen. Det är mycket angeläget med prevalensdata på kommunnivå. Möjligheterna till utvärdering av det förebyggande arbetet är avhängigt denna typ av information. För närvarande pågår inom FHI ett arbete med att utveckla alkoholdatabasen till att innefatta narkotikaindikatorer och att belysa det förebyggande arbetet inom alkohol- och narkotikaområdet. Två index skapas som dels belyser kommunernas organisation för det preventiva arbetet, dels de preventiva aktiviteter som bedrivs inom kommunerna. De två indexen är baserade på uppgifter som samlas in genom FHI:s årliga enkät till samtliga kommuner med frågor kring det alkohol- och narko-

tikaförebyggande arbetet, och på data från tillsynsenheten vid FHI. Med dessa indikatorer och index kommer databasen att förbättra möjligheterna till såväl uppföljning som jämförelser mellan kommuner och kommungrupper.

FHI avser att se över möjligheterna att utveckla databasen till att även innefatta tobaksindikatorer.

### 5.3 Folkhälsoarbetet – en global angelägenhet

På internationell nivå bedrivs ett omfattande och målinriktat arbete för att förbättra folkhälsan. Rätten till bästa uppnåeliga hälsa är en mänsklig rättighet som skyddas av flera internationella konventioner. Enligt Förenta nationernas (FN) konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, artikel 12, har var och en rätt till bästa uppnåeliga fysiska och mentala hälsa. Även i Världshälsoorganisationens (WHO) konstitution lyfts rätten till bästa uppnåeliga hälsa fram som en mänsklig rättighet.

Fattigdom, svält, infektioner på grund av dålig hygien, förorenat vatten samt insektsburna sjukdomar hör till de stora hälsoproblemen i världen. Icke smittsamma sjukdomar utgör en allt större del av den totala globala sjukdomsbyrden. WHO:s hälsomål, Hälsa för alla år 2000, har haft och har stor betydelse för nationella strategier för att förbättra folkhälsan. Viktiga program i WHO:s regi i Europa är att motverka ojämlikhet i hälsa och verka för hälsofrämjande sjukhus och hälsofrämjande skolor, WHO:s Healthy City-projekt, en aktionsplan för ett tobaksfritt Europa och en strategi på alkoholområdet. The Countrywide Integrated Non Communicable Disease Intervention programme syftar till att minska förekomsten av framför allt cancer och hjärt-kärlsjukdomar genom riktade och integrerade åtgärder inom hälso- och sjukvården i ett tjugotal länder. Inom WHO:s europearegion har strategin The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases utvecklats för att förebygga icke-smittsamma sjukdomar. WHO:s Framework Convention on Tobacco Control syftar till att bekämpa det globala hot som tobaksbruket innebär. Riksdagen och regeringen ratificerade konventionen i juli 2005.

Åtgärder för att förbättra de enorma hälsoproblemen i flera av de öst-europeiska länderna står för närvarande högt på dagordningen inom europearegionen. Europeiska unionen (EU) har i Amsterdamfördraget 1997 angivit att "åtgärder som syftar till att skydda människors hälsa ska ha en central roll i all EU-policy". EU:s andra gemenskapsprogram för åtgärder på hälsoområdet "Health Programme 2008–2013" träder i kraft den 1 januari 2008. EU stöder även ett stort antal projekt i medlemsländerna, bl.a. Europa mot cancer, Europa mot aids och ett narkotika-program.

Att redovisa folkhälsan, det allmänna hälsotillståndet i befolkningen, är en komplex uppgift. Det finns inget entydigt mått på hälsa. Dödligheten är ett alltför grovt mått som inte återspeglar sjukdomar som, utan att vara dödliga, leder till stora omvårdnadsbehov och nedsatt arbetsförmåga. Två mycket vanliga mått på folkhälsan är medellivslängden och spädbarnsdödligheten. Andra vanliga mått är sjukligheten i definierade sjukdomar, som t.ex. cancer och hjärt- kärlsjukdomar. Vid redovisning av folkhälsan och dess utveckling brukar även en redovisning av hur hälsan fördelar sig i grupper och mellan grupper ingå.

För att kunna göra jämförelser över tiden, eller mellan regioner och länder, behövs standardiserade mått på befolkningens hälsa. Världsbanken, Världshälsoorganisationen och Harvard School of Public Health har utvecklat hälsomåttet DALY (Disability Adjusted Life Years). DALY för en sjukdom är summan av de år som förloras på grund av för tidig död och den försämring av livskvalitet som beror på funktionshinder. De framräknade funktionsjusterade levnadsåren mäter sjukdomsördan i befolkningen och är ett försök att få en bild av hälsoläget i en definierad befolkning.

För att ge en så sammansatt och heltäckande bild som möjligt av hälsotillståndet i befolkningen redovisas i det följande både medellivslängd, spädbarnsdöd, sjuklighet och DALY samt hälsans fördelning utifrån olika perspektiv som socioekonomi, kön, barn- och ungdom samt äldre.

## 6.1 I huvudsak en positiv utveckling

Folkhälsan i Sverige är på kort sikt relativt förutsägbar eftersom det rör sig om långsiktiga trender där det sällan förekommer snabba och tvära kast. Utvecklingen av t.ex. cancer och hjärt-och kärlsjukdomar kännetecknas av stabila långsiktiga trender. Andra hälsoproblem kan däremot påverkas snabbt av större förändringar i samhället. Dit hör problem som är relaterade till alkohol, narkotika, tobak, olycksfall och självmord. Aktuella förändringar måste dock betraktas i ett längre tidsperspektiv för att kunna tolkas.

I huvudsak utvecklas hälsan positivt i Sverige. De orosmoln som funnits tidigare har rört den psykiska hälsan, ökande övervikt och fetma samt ökande alkoholkonsumtion, särskilt bland unga. Det psykiska välbefinnandet ser emellertid ut att ha ökat bland både vuxna och de flesta skolbarn sedan 2000-talets början. Undantaget är 15-åriga flickor där de psykiska besvären har fortsatt att öka. Ökningen av övervikt och fetma har stannat av bland vuxna och möjligen även bland barn. Alkoholkonsumtionen ökar inte längre och har minskat bland skolungdomar, framför allt de senaste två åren.

Det finns även negativa tecken. Mycket tyder på att i synnerhet unga kvinnor har en bekymmersam hälsosituation. Andelen kvinnor i åldrarna 16–24 år som i intervjuer uppger såväl lätta som svåra besvär av ångslan, oro eller ångest har ökat sedan mitten av 1990-talet. Unga kvinnor har under samma tidsperiod ökat sin alkoholkonsumtion (med undantag för

de senaste två åren), alltmer vårdats för alkoholförgiftning och gjort självmordsförsök i ökande omfattning. Prop. 2007/08:110

### **6.1.1 Medellivslängden förväntas öka**

Sverige ligger sedan flera år i den absoluta världstoppen vad beträffar medellivslängd, och den fortsätter att öka. År 2006 kunde en nyfödd pojke förväntas leva 78,7 år och en nyfödd flicka 82,9 år. Mellan 1970 och 2006 har den förväntade medellivslängden vid födelsen ökat med 5,8 år för kvinnor och 6,5 år för män. Enligt Statistiska centralbyråns prognoser väntas medellivslängden till 2020 öka till 80,8 år för män och 84,2 år för kvinnor. Den stora nedgången i dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar är den främsta förklaringen till ökningen av medellivslängden.

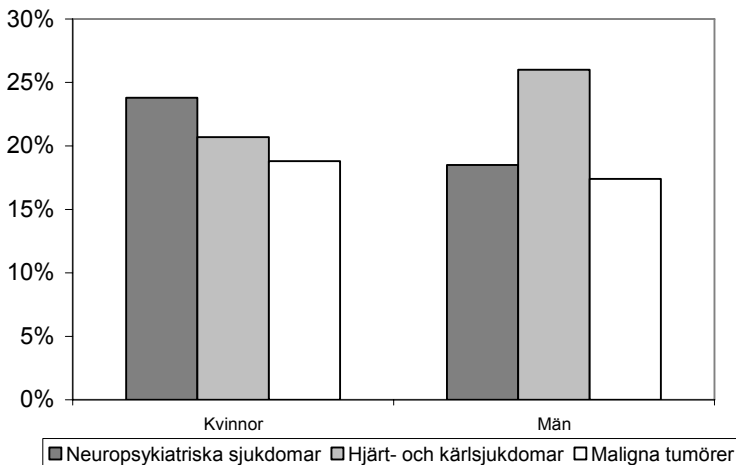
### **6.1.2 Spädbarnsdödligheten är mycket låg**

Spädbarnsdödligheten, dvs. antalet barn som dör under sitt första levnadsår, är mycket låg i Sverige och har stadigt minskat. En viss fluktuation mellan åren kan noteras. År 2007 var spädbarnsdödligheten 2,5 barn per 1 000 levande vilket är lägre än 2006 då siffran var 2,8 barn. De flesta av de barn som avlider under det första levnadsåret dör under första levnadsveckan. Vården av nyfödda i Sverige är framgångsrik. Exempelvis överlever för tidigt födda barn och barn med svåra missbildningar betydligt oftare i dag än tidigare, vilket till stor del kan förklara den låga nivån.

## **6.2 Tre sjukdomsgrupper dominerar sjukdomsördan**

Enligt beräkningar genomförda av Karolinska institutet på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut domineras sjukdomsördan i Sverige, uttryckt i DALY (Disability Adjusted Life Years), av tre sjukdomsgrupper: hjärt-kärlsjukdomar, neuro-psykiatriska sjukdomar och cancer (maligna tumörer). Dessa svarar tillsammans för drygt 60 procent av den totala svenska sjukdomsördan.

Figur 4.1 De största sjukdomsgruppernas andel av sjukdomsördan för män respektive kvinnor år 2002 uttryckt i DALY (Disability Adjusted Life Years)



Källa: Statens folkhälsoinstitut, rapport A 2006:4

Den enskilt största sjukdomsgruppen bland män är hjärt-kärlsjukdomar, med 26 procent av sjukdomsördan, medan neuro-psykiatriska sjukdomar är den största sjukdomsgruppen bland kvinnor, med 24 procent av sjukdomsördan. Efter hjärt-kärlsjukdomar är neuro-psykiatriska sjukdomar (19 procent) och cancer (17 procent) de största grupperna bland män. Hjärt-kärlsjukdomar är den näst största sjukdomsgruppen bland kvinnor (21 procent) medan cancer (19 procent) är den tredje största.

Andra viktiga sjukdomsgrupper är skador, hörsel- och synnedsetningar, som medför en betydande nedsetning av funktionsförmågan bland båda könen, samt sjukdomar i rörelseorganen, exempelvis ledsmärtor och ryggvärk. Diabetes och luftvägssjukdomar, t.ex. kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), är även relativt betydelsefulla både när det gäller dödlighet och funktionsnedsetning.

I Statistiska Centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden (ULF) ingår frågor om psykiskt välbefinnande vilket är ett självskattat hälsotillstånd som inte nödvändigtvis är kopplat till en neuro-psykiatrisk sjukdom. De förändringar i självskattat psykiskt välbefinnande som redovisas i det följande gör alltså inte anspråk på att representera utvecklingen inom hela sjukdomsgruppen neuro-psykiatriska sjukdomar.

Svenskarna lever allt längre, men kroniska sjukdomar eller tillstånd efter akuta sjukdomsepisoder, t.ex. hjärtinfarkt och stroke, gör att många lever med lätt eller måttligt svår ohälsa under ett stort antal år. Därför förklaras en mycket stor del av sjukdomsördan av vårdkrävande sjukdomar hos den allra äldsta delen av befolkningen.

Hjärt-kärlsjukdomar är den grupp sjukdomar som orsakar flest förtida dödsfall, samtidigt som de ofta innebär långvariga hälsoproblem och funktionsnedsättning. Enligt Socialstyrelsens dödsorsaksregister minskade risken att insjukna i hjärtinfarkt med 19 procent mellan 1987 och 2005 medan risken att dö i hjärtinfarkt minskade med 47 procent under samma period. Minskningen av sjuklighet och dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar är den viktigaste förklaringen till att medellivslängden ökat så mycket på senare år. Dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar är betydligt högre bland män än bland kvinnor. Det är således männen som har vunnit mest i livslängd när dessa sjukdomar blivit mindre vanliga och mindre dödliga.

De minskade riskerna att insjukna i hjärt-kärlsjukdom beror på bättre levnadsvanor, främst minskad rökning och till viss del förbättrade matvanor. Minskade risker att dö för dem som insjuknat kan framför allt tillskrivas sjukvårdens insatser. Uppskattningsvis räddas drygt 3 000 fler människor till livet varje år jämfört med för 15 år sedan, tack vare förbättrad hjärt-kärlsjukvård, exempelvis hjärtoperationer och förebyggande behandling av höga blodfettsnivåer och högt blodtryck.

### **6.2.2 Vissa tecken på bättre psykiskt välbefinnande**

Enligt ULF-undersökningen ökade andelen i befolkningen som uppgav att de kände ångslan, oro eller ångest under hela 1990-talet efter en nedgång på 1980-talet. Ökningen gällde generellt i befolkningen utom bland äldre kvinnor, där andelen har varit konstant hög sedan 1980. Den största ökningen visade kvinnor mellan 16 och 34 år. Kulmen nåddes i början av 2000-talet då 26 procent av kvinnorna och 17 procent av männen uppgav att de led av sådana besvär. Enligt de senaste uppgifterna från perioden 2004–2005 har andelen sjunkit till 24 respektive 14 procent, utom för unga kvinnor mellan 16 och 24 år, där andelen fortfarande ökar. En liknande förbättring ser man för svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, och för sömnbesvär, återkommande huvudvärk och ständig trötthet. Att flera indikatorer pekar åt samma håll förstärker intrycket av att det faktiskt rör sig om en viss förbättring av det psykiska välbefinnandet för befolkningen som helhet de senaste tre åren. Den negativa utvecklingen bland unga kvinnor är däremot oroande.

### **6.2.3 Överlevnaden i cancer ökar**

Cancer orsakar hälften av alla dödsfall före 65 års ålder bland kvinnor och en tredjedel av alla dödsfall före 65 års ålder bland män. Cancer är annars främst en sjukdom bland äldre. Två tredjedelar av all cancer inträffar efter 65 års ålder. Antalet nya cancerfall (efter att hänsyn har tagits till att andelen äldre i befolkningen ökat) ökade mellan 1997 och 2006 med 0,8 procent per år bland kvinnor och 1,5 procent per år bland män, medan motsvarande dödlighet låg på en konstant nivå. Drygt hälften av dem som får en cancerdiagnos i dag förväntas leva lika länge som sina jämnåriga.

De två vanligaste cancerformerna – lungcancer bland kvinnor och prostatacancer bland män – utgör en tredjedel av all cancer. Prostatacancer har ökat under de senaste 20 åren, men någon motsvarande ökning av dödligheten har inte skett. Både insjuknande i lungcancer och dödlighet i lungcancer ökar bland kvinnor, men minskar bland män. Hudcancer ökar för båda könen, men denna ökning motsvaras inte av ökad dödlighet. Vart tredje cancerfall förklaras av tobak, matvanor och solvanor. Tobaksrökning är den enskilda faktor som orsakar flest cancerfall och flest dödsfall i cancer. Det finns även ett starkt samband mellan flera olika former av cancer, däribland bröstcancer, och en hög alkoholkonsumtion.

### 6.3 Hälsan skiljer sig åt mellan olika befolkningsgrupper

Allmänt sett har hälsan utvecklats positivt i Sverige. Befolkningen har blivit friskare och lever längre. Även om det svenska samhället i grunden präglas av goda levnadsvillkor finns systematiska skillnader i dödlighet och sjuklighet mellan olika socioekonomiska grupper samt mellan kvinnor och män. Dessutom finns det systematiska skillnader i den självupplevda hälsan mellan utrikes och inrikes födda, mellan personer med funktionshinder och befolkningen i sin helhet samt mellan personer med olika sexuell läggning. Medan hälsan för befolkningen i sin helhet har förbättrats under de senaste decennierna har de relativa skillnaderna i hälsa mellan olika samhällsgrupper förblivit oförändrat stora eller i några fall även ökat.

Grupper som är mindre resursstarka, exempelvis de som har kortare utbildning, lägre inkomst, sämre boende och mindre möjligheter att påverka och vara delaktiga i samhället, har även sämre hälsa.

Även om de ekonomiskt och utbildningsmässigt svagaste gruppernas hälsa avsevärt förbättrats har hälsoförbättringen under senare år varit mindre gynnsam än för de socioekonomiskt starkare grupperna. Skillnaden i psykisk ohälsa mellan olika socioekonomiska grupper är stor. Arbetslösa och personer med sjuk- och aktivitetsersättning, ensamstående med barn och utrikes födda är mer utsatta än genomsnittet.

Psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland äldre. Vid 75 års ålder har cirka 15 procent någon psykiatrisk diagnos. Depression är den enskilt vanligaste orsaken till psykisk ohälsa. Var fjärde äldre person över 65 år uppskattas behöva någon form av insatser för sina psykiska problem. Ett stort antal äldre har odiagnostiserade och obehandlade psykiska problem och sjukdomar, trots kontakter med hälso- och sjukvård och hemtjänst.

Kvinnor lever längre än män, men lider enligt ett stort antal studier i högre grad av sjukdom än män. Denna paradox förklaras av att det kvinnliga sjukdomsmönstret i högre grad präglas av sådana sjukdomar som inte behöver leda till döden. Skillnader i levnadsvanor är en del av förklaringen till männens högre dödlighet.

Utrikes födda uppger sämre hälsa än befolkningen i genomsnitt. Av samtliga utrikes födda som ingick i Statistiska centralbyråns (SCB) undersökning av levnadsförhållanden under perioden 1993–2000 rapporterade 37 procent av kvinnorna och 30 procent av männen att de upplevde någon form av hälsoproblem, vilket kan jämföras med 21 respektive 17 procent bland dem som är födda i Sverige. Medellivslängden för

utrikes födda är densamma som för infödda svenskar, men sjukligheten mätt som besök vid vårdcentraler och sjukfrånvaro är något högre.

Homo- och bisexuella samt transpersoner har en sämre självrapporterad hälsa, både fysiskt och psykiskt, än befolkningen i övrigt. Exempelvis är andelen homo- och bisexuella kvinnor som rapporterar dåligt allmänt hälsotillstånd i Statens folkhälsoinstituts (FHI) nationella folkhälsoenkät nästan tre gånger så hög (17 procent) som motsvarande andel i övriga befolkningen (6 procent).

Personer med funktionsnedsättning bedömer i många fall själva sitt hälsotillstånd som sämre än övriga grupper i samhället. Av SCB:s rapport Funktionshindrade 1988–1999 framgår att hälften av de svårt rörelsehindrade och de hjälpberoende bedömer sitt hälsotillstånd som dåligt. Högst andel, 60 procent, återfinns bland svårt rörelsehindrade kvinnor mellan 25 och 64 år. Även bland diabetiker, mag- och tarmsjuka, personer med psykiska besvär och personer med nedsatt syn är andelarna höga, mellan 25 och 30 procent. Det ska jämföras med befolkningen som helhet där motsvarande andel är endast 5 procent.

FHI har haft i uppdrag att kartlägga hälsosituationen bland funktionsnedsatta och föreslå åtgärder på hur man förbättra hälsan bland funktionsnedsatta. Rapporten presenterades i februari 2008.

Det stora flertalet ungdomar mår bra. Samtidigt ökar utsattheten och ohälsan i vissa ungdomsgrupper. Flickor i alla åldrar uppger i högre grad än pojkar att de mår dåligt. En ökande andel ungdomar upplever stress, huvudvärk, ångest, sömnbesvär och svårigheter att hantera vardagen. Enligt FHI:s undersökning av skolbarns hälsovanor ökade andelen 15-åriga flickor som uppger att de har psykiska besvär från knappt 40 procent 1985 till över 60 procent 2005.

De äldre i Sverige lever allt längre och är friska långt upp i hög ålder. De vanligaste långvariga sjukdomarna i åldrarna över 65 år är hjärt-kärlsjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen. Drygt tre fjärdedelar av äldre människor över 75 år klarar det dagliga livet utan hjälp. Män behöver mer hjälp än kvinnor. Sedan slutet av åttiotalet har äldre personer fått en förbättrad funktionsförmåga och de upplever själva att hälsan har förbättrats. Under perioden 1970–2003 ökade även livslängden utan allvarlig aktivitetsnedsättning, men fler människor lever med en långvarig sjukdom i dag jämfört med i början av 1980-talet. Tecken tyder på att 1990-talets början inneburit en förändring av trenderna från friskare överlevare till allt fler sjuka äldre. Det kan bidra till ökade behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Bilden är dock inte entydig.

## 6.4 Ett hälsans framtidsscenario

Sverige har haft en folkhälsopolitik betydligt längre än en sjukvårdspolitik. När samhället i mer organiserad form började intressera sig för människornas hälsotillstånd hade den medicinska vetenskapen endast ett par effektiva behandlingar att erbjuda. Redan under 1700-talet fokuserades de förebyggande insatserna till stor del på att förhindra sjukdom och dödsfall bland barn.

Sett i ett historisk perspektiv har ohälsoproblemen varierat. Under århundraden har olika typer av infektionssjukdomar och farsoter som smitt-



koppor, pest, kolera och tbc dominerat, vanligtvis benämnda fattigdoms-sjukdomar. Även om de i dagens Sverige i det närmaste är obefintliga så utgör de ett betydande problem i många utvecklingsländer. Ett par decennier in på 1900-talet kom de s.k. välfärds- eller vällevnadssjukdomarna, framför allt hjärt- och kärlsjukdomar och olika cancersjukdomar, att dominera. De hälsoproblem som många tror kommer att dominera i framtiden är psykosomatiska eller psykosociala besvär eller sjukdomar. Dessa ohälsoproblem kan benämnas samproblemsjukdomar, eftersom de är relaterade både till samhället och till vårt samliv och samspel med andra människor. Exempel på dessa är kronisk trötthet och värk, olika mag- och tarmsymptom och stressymptom. Det är framför allt läkare inom öppenvården som kommer i kontakt med dessa sjukdomar. När det gäller att möta ohälsoproblem av detta slag så har hälso- och sjukvården inte alls samma redskap som när det gäller diagnostik och behandling av välfärdssjukdomarna. Parallellt med dessa förändringar av ohälsoproblemen har det även skett grundläggande förändringar i samhället. När fattigdomssjukdomar dominerade var Sverige ett jordbruks-samhälle, som sedan successivt ersattes av ett industrisamhälle, som nu genomgår en transformation till ett informations- och kunskapssamhälle. Samhällsförändringar medför förändringar i människors livsstil, som påverkar folkhälsan och dess utveckling. Särskilt tydliga trender under de senaste decennierna gäller förändrade levnadsvanor som får konsekvenser för den enskildes hälsa. Det handlar framför allt om rökning, alkohol-konsumtion, kost- och motionsvanor. Ytterligare en tydlig livsstiltrend är att gränsen mellan arbetet och fritid håller på att upplösas. Många tar med sig arbetet hem, jobbar över på både kvällar och helger etc. Tiden för återhämtning då man ska "ladda batterierna" krymper, vilket förstärker känslan av stress och utbrändhet och ökar risken för att få psykiska eller fysiska hälsoproblem.

Ett folkhälsans framtidsscenario innebär sannolikt en dominans av samproblemsjukdomar tillsammans med vällevnadssjukdomarna, som under överskådlig tid i allt väsentligt kommer att vara desamma som i dag. Hjärt-kärlsjukdomar, astma, allergier och diabetes kommer att drabba många människor även i framtiden.

Många av samproblemsjukdomarna antas vara stressrelaterade. En vanligt förekommande uppfattning är att stress beror på yttre faktorer, t.ex. arbetet och att om man slutar arbeta försvinner stressen. På senare tid har man alltmer uppmärksammat möjligheten att upplevelsen av stress beror på att våra existentiella behov inte är tillgodosedda.

Studier på samband mellan ensamhet och isolering och hälsa har de senaste decennierna blivit allt fler. De som i dag finns publicerade visar att en av de viktigaste faktorerna vid hälsa och sjukdom är kärlek och närhet. Mellan 1979 och 1994<sup>4</sup> genomfördes åtta stora samhällsbaserade studier för att undersöka sambandet mellan social isolering och dödsfall och sjukdomsfall av alla orsaker. Även om det både förekom stora variationer i dessa samhällen – från Kalifornien till östra Finland – och skillnader i hur socialt stöd och social isolering mättes, uppvisade undersök-

<sup>4</sup> Ornish, D (1998). Love and Survival. The Scientific Basis for the Healing Power of Intimacy. USA: Harper Perennial.

ningarna anmärkningsvärt samstämmiga resultat. De som var socialt isolerade löpte minst två till fem gånger så stor risk att dö i förtid av alla orsaker, när de jämfördes med dem som upplevde stark samhörighet och gemenskap.

En av dessa studier visade att de som hade nära sociala band och ohälsosamma livsstilar levde längre än de som hade få och svaga sociala band men ett sundare levnadssätt. De som levde längst hade både nära sociala band och sunda levnadsvanor. Samma studie visade att kvinnor med svagt känslomässigt stöd hade nästan dubbelt så höga dödstal till följd av bröstcancer när de följdes upp under en femårsperiod.

Att betrakta människan som endast en kropp med en sjukdom innebär att personen riskerar att lämnas utanför. Att hela är inte samma sak som att bota. Bot är när den fysiska sjukdomen blir mätbart bättre. Helande är det förlopp genom vilket man blir hel. Läkares rådgivning bör därför utgå från en djup förståelse för den enskilde personen, och för hur han eller hon agerar i förhållande till omvärlden och hur vederbörande upplever berättigande och tillfredsställelse.

I framtiden har hälso- och sjukvården blivit ännu bättre på att behandla och bota vällevnadssjukdomarna. Riskerna att bli allvarligt sjuk och dö för tidigt kommer därför att fortsätta minska. Samproblemsjukdomar däremot kan inte i första hand lösas med kirurgiska ingrepp eller läkemedel utan snarare genom medmänskliga insatser och samhällsförändringar. Viktiga faktorer vid hälsa och sjukdom är kärlek och närhet. Kärlek och närhet har ett djupgående inflytande på det som gör oss sjuka och det som gör oss friska, det som gör oss sorgsna och det som gör oss glada och det som ger bot. Inte minst när det gäller att motverka stress och utbrändhet i arbetet. För sjukvårdens del handlar därför framtiden om att hitta nya förhållningssätt gentemot patienter och att hitta nya arbetsätt för en effektivare användning av befintliga sjukvårdsresurser.

## 6.5 Särskilt angelägna folkhälsoproblem

### 6.5.1 Utanförskapet är stort i flera dimensioner

Det finns ett samband mellan sysselsättning och hälsa samtidigt som risken är hög för att personer med dålig hälsa ska bli arbetslösa. Enligt Statens folkhälsoinstitut (FHI) nationella folkhälsoenkät rapporterar personer med sjuk- eller aktivitetsersättning och arbetslösa i större utsträckning dålig hälsa jämfört med de som yrkesarbetar. Det finns även studier som visar att den psykiska hälsan påverkas negativt av en övergång mellan betalt arbete och olika former av arbetsförlust samt positiva effekter vid återgång i arbete. Det är därför av största vikt att så många personer som möjligt kan försörja sig genom eget arbete, framför allt för deras eget välbefinnande, men även för att bibehålla välfärden.

Genom ökad sysselsättning och den känsla av delaktighet i samhället som det innebär, ökar även människors möjligheter att delta aktivt i olika samhällsprocesser, vilket ger ökat inflytande i samhället i stort. Men möjligheterna till inflytande och deltagande påverkas även av faktorer som utbildning, kön, etnisk eller religiös tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Kvinnor och män i socialt och hälso-

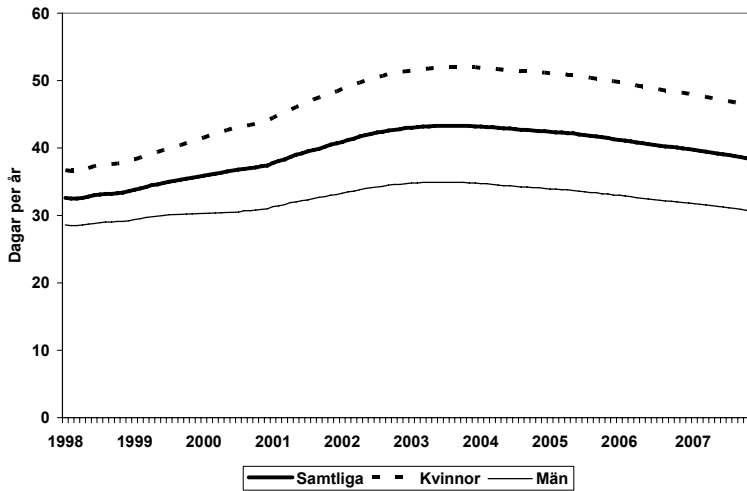
mässigt utsatta grupper har oftare lågt valdeltagande, lågt deltagande i andra demokratiska processer, ett lågt socialt deltagande, en sämre kvalitet i sina sociala relationer och andra indikationer på ett socialt utanförskap. I stadsdelar som präglas av utanförskap i storstäder och större städer kännetecknas utanförskapet av en sammansättning av dessa faktorer. Ett socialt utanförskap medför i sin tur mindre möjligheter att påverka villkor som är negativa för hälsan.

En viktig bestämningsfaktor inom det folkhälsopolitiska målområdet Delaktighet och inflytande i samhället är Demokratisk delaktighet. Statens folkhälsoinstitut föreslår att bestämningsfaktorn bl.a. bör mätas genom indikatorn Valdeltagande. Det hittills högsta valdeltagandet vid val till riksdagen, 94 procent, nåddes 1976. I 2006 års riksdagsval var valdeltagandet 82 procent. Detta är betydligt lägre än vid rekordvalet 1976, men en uppgång med nästan två procentenheter jämfört med riksdagsvalet 2002. I 2006 års val till kommunfullmäktige och landstingsfullmäktige var valdeltagandet 79 procent. I 2002 års val var valdeltagandet 78 procent. Valdeltagandet ökade således i alla tre valen.

Utanförskapet från arbetsmarknaden har vuxit trendmässigt i över tre decennier. Över en miljon svenskar får i dag sin försörjning från olika ersättningssystem. I början av 1970-talet var antalet personer som var beroende av dessa trygghetssystem hälften av nuvarande nivå. Det skedde en gradvis ökning av antalet personer som erhöll ersättningar och bidrag under större delen av 1970- och 1980-talen. Därtill skedde en stor ökning i samband med den ekonomiska krisen i början av 1990-talet. Under de senaste åren har sjukskrivningar och arbetslöshet minskat men utanförskapet har ännu inte sjunkit tillbaka till de nivåer som rådde före 1990-talskrisens början.

En viktig bestämningsfaktor inom det folkhälsopolitiska målområdet Ekonomisk och social trygghet är Arbetsmarknadsposition. FHI föreslår att bestämningsfaktorn bl.a. bör mätas genom indikatorn Ohälsotalet. Ohälsotalet är ett mått på antalet dagar då ersättning betalas ut från någon av de socialförsäkringar som träder i kraft vid ohälsa, ställt i relation till antalet personer som omfattas av försäkringarna.

Figur 4.2 Ohälsotalet i åldrarna 16–64 år uppdelat på kön. Rullande 12-månaderstal januari 1998–december 2007.



Källa: Försäkringskassan

Ohälsotalet har ökat under några decennier. Man kan dock se en nedgång sedan slutet av 2003, men ohälsotalet är fortfarande högre än 1998. Ökningen medförde en ökning av kostnaden för sjukförsäkringarna i en takt som var minst dubbelt så hög som ökningen av BNP. Sett över åren har det skett en förändring i sammansättningen av de ersättningar som betalas ut. Framför allt utgör sjuk- eller aktivitetsersättning en allt större andel av de totala ersättningarna mätt i helårsekvivalenter. De senaste 30 åren har andelen personer med sjuk- eller aktivitetsersättning tredubblats, trots att det allmänna hälsoläget har blivit allt bättre. Det är allvarligt eftersom det är få av dem som erhåller sjuk- eller aktivitetsersättning som återgått till arbete. Svårigheterna att ta sig tillbaka till arbetsmarknaden ökar ju längre tid en person varit i utanförskap. Det kan bero på att yrkeserfarenheter och kunskap snabbt förloras vilket för med sig att vägarna tillbaka blir allt färre. Vissa arbetsgivare kan även tveka inför att anställa en person som under lång tid stått utanför arbetsmarknaden.

### 6.5.2 Själv mord bland unga kvinnor ökar

Sedan 1980 har antalet självmord minskat avsevärt i alla åldersgrupper över 25 år. I åldersgruppen 15–24 år har dock inga förbättringar skett sedan 1990-talets början. Oroande är att självmord bland unga kvinnor mellan 15 och 24 år ökar.

Enligt den officiella statistiken registrerades under perioden 1970–2003 i genomsnitt 1 471 självmord per år i Sverige. Om även osäkra fall inkluderades, då läkaren inte har kunnat avgöra om det är ett självmord eller inte, registrerades i genomsnitt 1 945 personer per år. År 2003 registrerades det lägsta antalet fall sedan periodens början, vilket innebar 1 108 säkra självmordsfall och 272 fall där det var osäkert om handlingen var avsiktlig, totalt 1 380 självmord. Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik för

2005 visar att antalet självmord fortfarande håller sig på en låg nivå men att de har ökat något, framför allt bland kvinnor. Socialstyrelsens preliminära statistik för 2006 visar att självmorden minskar totalt sett i landet, men att självmorden bland unga kvinnor i åldersgruppen 15–24 år har ökat markant. Självmordsfrekvensen varierar bl.a. beroende på var man bor i landet och på vilken utbildning man har. Självmordsfrekvensen är högre i socioekonomiskt utsatta grupper.

### **6.5.3 Över två miljoner människor är utsatta för trafikbuller**

Buller är oönskat ljud. För att ett ljud ska upplevas som störande behöver inte ljudnivån vara särskilt hög. Upplevelsen påverkas även av andra faktorer, som exempelvis pågående aktiviteter eller ljudets karaktär. Även önskade ljud, som musik, kan bli oönskade om ljudnivån är för hög. Samhällsbuller är ett utbrett miljöproblem och den störning som berör flest människor i Sverige. År 2000 beräknades totalt över två miljoner människor vara utsatta för buller från vägtrafik, tåg och flyg över riktvärdet 55 dB (A) utomhus vid bostadens fasad. Enbart buller från vägtrafiken uppskattas beröra mellan 1,2 och 1,8 miljoner människor, och om tåg- och flygbuller även ingår ökar antalet berörda till någonstans mellan 1,6 och 2,4 miljoner. Trafikbuller är en störningskälla även för barn, men enligt Socialstyrelsens Miljöhälsorapport 2005 är höga ljudnivåer från musik och buller från andra barn vanligare störningskällor för barnen. Det gäller särskilt i skolan och på fritids.

### **6.5.4 Resistensen mot antibiotika ökar**

För vård och kvalitet och säkerhet krävs god vårdhygien som förebygger spridning av smitta och uppkomst av vårdrelaterade infektioner. Det inkluderar även antibiotikaresistenta bakterier som är ett ökande problem. En god allmän hygien, inte minst handhygien, har även betydelse för att förebygga smittspridning i samhället. Resistensutvecklingen i såväl vården som ute i samhället har ökat och om inte förebyggande åtgärder vidtas så hotas det relativt goda läge som Sverige hittills haft. Under 2007 ökade antalet fall med multiresistenta stafylokocker (MRSA) med 8 procent jämfört med samma period 2006.

### **6.5.5 Ökade internationella hot mot människors hälsa**

Ett flertal händelser de senaste åren har visat på betydelsen och behovet av en stark beredskap och utvecklad nationell samordning inom smittskyddet. Antraxbrevnen, sars och hotet om en influensapandemi är några exempel. Extra tillfälliga resurser har tilldelats den nationella smittskyddsorganisationen för att möta dessa nya krav, beredskapen har därmed stärkts. Arbetet har visat på behovet av en generell förstärkning av beredskapen mot nya allvarliga hälsohot. Arbetet har vidare på ett tydligt sätt visat att en översyn av det svenska smittskyddet behövs. Strukturena behöver anpassas till nya och starkt ökande omvärldskrav, t.ex. det intensifierade EU-samarbetet samt det internationella samarbetet under

Världshälsoorganisationen (WHO). Såväl WHO som det Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar understryker vikten av en fortsatt utveckling av beredskapsarbete och en hög vaksamhet. Detta ställer allt högre krav på det nationella smittskyddet. Deltagande i nätverk och olika samarbetsorgan har de senaste åren ökat markant.

#### **6.5.6 Antalet nya fall av hivinfektion har ökat de senaste åren**

Spridningen av hivinfektion i Sverige har kunnat hållas på en internationellt sett låg nivå. Sedan 1985 har 5 617 män och 2 397 kvinnor (totalt 8 014 personer) anmälts som smittade med hivinfektion.

Cirka 4 500 personer beräknas leva med hivinfektion i Sverige i dag. Fram till 2002 rapporterades 200–300 nya fall per år, men under de senaste åren har en ökning skett. Under 2007 rapporterades 541 nya fall vilket är det högsta antalet rapporterade fall ett enskilt år sedan 1986. Heterosexuell smittväg stod för knappt hälften av fallen (228 fall), en fjärdedel (130 fall) hade smittats genom sex mellan män och drygt 10 procent (61 fall) hade smittats via injektionsmissbruk. Invandring av redan smittade personer utgjorde två tredjedelar av fallen som rapporterats med heterosexuell smittväg.

#### **6.5.7 Utvecklingen av klamydiainfektion oroar**

Klamydiainfektion har haft en oroande utveckling sedan 1997. År 2007 registrerades 47 127 nya fall, vilket innebär en mycket kraftig ökning (45 procent) jämfört med 2006. Emellertid har en muterad variant av klamydiabakterien börjat uppträda som inte upptäcks med konventionella testmetoder varför det finns ett okänt mörkertal. Detta kan få allvarliga konsekvenser. I de fall som smittade personer felaktigt förklaras smittfria finns det uppenbar risk att bakterien fortsätter spridas och att den smittspridning bland tidigare sexkontakter som annars är obligatorisk inte blir av.

#### **6.5.8 Andelen oönskade graviditeter bland tonåringar har ökat**

Varje år utförs mellan 30 000 och 40 000 aborter i Sverige. Denna nivå har varit relativt oförändrad sedan nuvarande abortlag infördes 1975. Förändringar i aborttalet, antalet aborter per 1 000 kvinnor, följer normalt sett förändringar i födelsetalet dvs. antalet födda per 1 000 kvinnor. Bland tonåringar har födelsetalet sjunkit de senaste 30 åren, vilket i ett västerländskt perspektiv är mycket lågt. Aborttalet har däremot ökat under perioden 1995–2006 vilket tyder på att andelen oönskade graviditeter bland tonåringar har ökat under perioden.

Den senaste statistiken visar emellertid att aborttalet för tonåringar har minskat med 1,6 procent under perioden januari till juni 2007 jämfört med motsvarande period 2006. Om detta innebär ett trendbrott eller inte är för tidigt att uttala sig om. Även under det första halvåret 2007 fortsätter aborttalen att öka i Göteborgs kommun och Stockholms län som har de högsta aborttalen bland tonåringar.

Enligt Statistiska centralbyråns (SCB) Undersökning av levnadsförhållanden (ULF) är mer än hälften av männen och drygt en tredjedel av kvinnorna i åldern 16–74 år överviktiga eller har fetma, knappt 10 procent av båda könen har fetma. Under 1990-talet ökade andelen personer med övervikt och fetma. Andelen med övervikt ökade i alla socioekonomiska grupper och i grupper med olika utbildningsnivå, medan andelen med fetma ökade mer bland lågutbildade än bland högutbildade. Ökningen ser emellertid ut att ha avstannat från 2000–2001 till 2004–2005. Enligt FHI:s nationella folkhälsoenkät ökar andelen kvinnor med fetma 2006 och 2007.

Data om barns vikt och längd visar i olika studier att 15–20 procent av barnen är överviktiga, varav 2–8 procent är feta. Resultat från olika studier tyder på att förekomsten av övervikt och fetma bland barn har ökat mellan två och fem gånger sedan mitten av 1980-talet, vilket speglar den internationella trenden. Dock kan ett visst trendbrott konstateras i vissa åldrar hos barn i en aktuell svensk studie.

Enligt FHI:s nationella folkhälsoenkät ökade besvär av övervikt och fetma bland män mellan 2004 och 2005 för att sedan minska 2006 och 2007. Bland kvinnorna ökade besvären av övervikt under hela perioden 2004–2007. Besvär av övervikt och fetma är vanligast bland förtidspensionärer.

### 6.5.10 Färre röker men fler snusar

Tobaksrökningen har minskat bland både män och kvinnor och i alla socioekonomiska grupper sedan 1980-talets början. Bland männen har minskningen varit snabbare än bland kvinnorna. Utrikes födda män röker dock i betydligt större omfattning än män som är födda i Sverige. Andelen dagligrökare bland män är internationellt sett låg i Sverige, där män och pojkar röker minst jämfört med i övriga Europa. Enligt SCB:s ULF-undersökning rökte 14 procent av männen och 18 procent av kvinnorna i åldern 16–84 år under perioden 2004–2005. Det är en fortsatt minskning i förhållande till perioden 2002–2003. Trenden ser ut att fortsätta nedåt och enligt FHI:s nationella folkhälsoenkät uppgav 12 procent av männen och 16 procent av kvinnorna att de rökte dagligen 2007. De sociala skillnaderna är dock fortsatt stora och har blivit ännu tydligare de senaste åren. Högst andel rökare finns bland personer med sjuk- och aktivitetsersättning samt långvarigt arbetslösa där nästan var tredje person röker.

Sedan början av 1970-talet har snusningen ökat, och under 1990-talet ökade andelen snusare bland både kvinnor och män. Drygt 23 procent av männen och 3 procent av kvinnorna snusar. Enligt FHI:s nationella folkhälsoenkät 2007 är snusning vanligast i åldrarna 16–29 år, där 22 procent av männen och 5 procent av kvinnorna uppgett att de snusar. Män under 45 år använder oftare snus när de slutar röka än män i åldrarna däröver.

### **6.5.11 Fler riskkonsumenter av alkohol – framför allt bland unga**

Prop. 2007/08:110

Alkoholkonsumtionen ökade med nära 30 procent under perioden 1996–2004. Sedan toppåret 2004 med över 10 liter ren alkohol per år, minskade konsumtionen till 9,8 liter 2006. Under 2007 har konsumtionen varit konstant. Ökningen fram till 2004 orsakades främst av att resandeförseln och smugglingen gick upp. Nedgången därefter beror framför allt på en minskad resandeförsel.

Alkoholkonsumtionen är mycket ojämnt fördelad. Den tiondel av konsumenterna som dricker mest svarar för cirka hälften av den totala alkoholkonsumtionen och endast 30 procent dricker mer än genomsnittet. Under den senaste tioårsperioden har andelen riskkonsumenter ökat och berusningsdrickandet har ökat bland ungdomar. Det finns särskild anledning till oro över den stora andelen riskkonsumenter bland unga kvinnor och män. I åldersgruppen 18 till 29 år har 38 procent av männen och 25 procent av kvinnorna skadliga eller riskabla alkoholvanor. Generellt sett visar drogvaneundersökningar i årskurs 9 på en neråtgående konsumtionstrend bland ungdomar, framför allt bland pojkar.

Den alkoholrelaterade dödligheten har totalt sett minskat med en tredjedel sedan 1980-talets början. Sannolikt har det förändrade dryckesmönstret med minskad spritkonsumtion bidragit till detta. Alkohol dödligheten har emellertid under hela perioden ökat bland kvinnor, främst i åldrarna 45–65 år, och bland män över 65 år. Den ökade alkoholkonsumtionen under de senaste tio åren borde innebära en ökad alkoholrelaterad dödlighet, åtminstone efter några års fördröjning. Så har dock inte blivit fallet. En möjlig förklaring till det är att det främst är ungdomar som påverkats av den ökade tillgängligheten till alkohol som fler serveringsställen, utökade öppettider, en ökad resandeförsel och lägre priser har inneburit. De flesta riskkonsumenter av alkohol är unga män och kvinnor. Eftersom dödsfall på grund av alkoholmissbruk sker i högre åldrar kommer effekten av den ökade alkoholkonsumtionen bland ungdomarna alltså i detta avseende inte att bli synlig förrän om två till fyra decennier. Fram till dess är det troligt att dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar kommer att minska samtidigt som den totala alkoholrelaterade sjukdomsördan kan komma att öka.

### **6.5.12 Något minskat narkotikamissbruk**

Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, som varje år genomför skolvaneundersökningar, ökade narkotikaanvändningen bland ungdomar i årskurs 9 successivt under andra halvan av 1990-talet och början av 2000-talet. Som högst var det 2001, då 10 procent av pojkarna och 9 procent av flickorna angav att de använt narkotika. Därefter sjönk narkotikaanvändningen och 2007 var andelen 7 procent för pojkar och 5 procent för flickor. Det finns även tecken på ett missbruk av dopningspreparat utanför idrotten, framförallt användandet av anabola androgena steroider bland unga män. En procent av pojkarna och färre än 0,5 procent av flickorna angav att de någon gång har använt anabola steroider. Andelen mönstrande 18-åriga män som provat narkotika mins-



kade 2004 för första gången på 15 år. År 2004 hade 15 procent provat narkotika, jämfört med 18 procent 2002. År 2006 hade andelen minskat till 13 procent. Av olika undersökningar framgår att runt en procent av vuxna män någon gång har använt anabola steroider. Enligt tillgängliga data är antalet personer med tunga missbruksproblem omkring 26 000.

Användningen av narkotika är av olika skäl förenad med mer eller mindre stora hälsorisker. Inte sällan leder missbruk till allvarliga komplikationer och i värsta fall till döden. Sjuklighet och dödlighet bland narkotikamissbrukare är mångfalt större än för normalbefolkningen i motsvarande åldrar. Schematiskt kan orsakerna delas in i tre grupper: komplikationer till följd av de narkotiska preparatens farmakologiska effekter, intagningsättet samt allmänna förhållanden i missbrukarnas livsföring. Ofta spelar psykisk ohälsa, blandmissbruk, svåra levnadsförhållanden med risk för olyckor och våld större roll för sjukligheten än preparaten i sig.

Vissa studier pekar på att 80–90 procent av injektionsmissbrukarna bär på Hepatit C virus. Hepatit B är av mindre omfattning än Hepatit C. De fem senaste åren har antalet anmälda hivsmittade, av intravenöst smittade personer, varit i genomsnitt 30 fall per år.

Fram till mitten av 1970-talet låg antalet narkotikarelaterade dödsfall på en låg och relativt stabil nivå, omkring 35 fall per år. Därefter har antalet ökat och sedan 2000 har det årligen noterats omkring 400 dödsfall. Det bör emellertid noteras att den rapportering som sker från Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN), är baserad enbart på direkta dödsorsaker (förgiftningsfall eller överdoser). Enligt detta beräknings sätt var antalet dödsfall i Sverige 2002 cirka 160.

### **6.5.13 Nätpoker är ett ökande spelmissbruksproblem**

Den senaste vetenskapliga undersökningen om spelvanor och spelmissbruk genomfördes i Sverige för tio år sedan. Enligt denna hade omkring två procent av befolkningen i åldrarna 15–74 år ett spelmissbruk. Detta motsvarade cirka 128 000 spelmissbrukare, vilka har svårt att kontrollera sitt spelande och där spelandet fått allvarliga följder. Av dessa var det cirka 40 000 personer som hade fått så allvarliga spelproblem att de kunde betecknas som spelberoende. Enligt den nationella folkhälsoenkäten, vilken FHI genomför varje år, varierade andelen med riskabla spelvanor mellan 3,5 och 3,9 procent under 2004–2006. Resultaten från folkhälsoenkäten är dock svåra att jämföra med den tidigare undersökningen från 1997/98 eftersom olika mätmetoder har använts.

Andelen hjälpsökande som har nätpoker som sitt huvudsakliga problemspelande har ökat snabbt under de senaste åren. Men eftersom ännu relativt få spelar nätpoker har detta inte givit utslag i uppgifterna rörande hela befolkningen.

För att intensifiera och förstärka arbetet inom särskilt viktiga folkhälsopolitiska områden avser regeringen att tillföra politikområdet Folkhälsa ytterligare 115 miljoner kronor årligen 2008–2010, enligt det förslag som presenterats i budgetpropositionen för 2008 (utgiftsområde 9, avsnitt 5.7.6). Dessa medel kommer framför allt att användas till att stärka och utveckla stöd till föräldrar i deras föräldraskap, att intensifiera det självmordsförebyggande arbetet, att främja bra kostvanor och fysisk aktivitet samt till att minska tobaksbruket.

### 7.1 Målområde 1 Delaktighet och inflytande i samhället

**Regeringens bedömning:** Samverkan mellan staten och den ideella sektorn bör utökas och förutsättningarna för den ideella sektorns arbete förbättras. Regeringen avser att under mandatperioden avsätta medel för att stödja Volontärbyråns verksamhet och medel för en stödstruktur till frivilligcentralerna. Dessutom avsätts medel för finansiering av en halvtidstjänst som koordinator för nätverket Nationella Healthy Cities.

Kunskapen om hälsotillståndet hos de cirka 500 000 människor som tillhör de nationella minoriteterna är bristfällig. Regeringen avser därför att ge Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att, i samråd med Socialstyrelsen, företrädare för de nationella minoriteterna och Delegationen för romska frågor, genomföra en kartläggning av hälsosituationen bland de nationella minoriteterna samt lämna förslag på hur folkhälsoarbetet kan bedrivas för att främja hälsan och förebygga ohälsa bland minoriteterna.

**Skälen för regeringens bedömning:** I ett demokratiskt samhälle tillerkänns människor lika värde med jämlika möjligheter att vara delaktiga och ha inflytande. Rätten till delaktighet och inflytande gäller oavsett kön, etnisk eller religiös tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Om individer eller grupper upplever att de inte kan påverka de egna livsvillkoren och utvecklingen av samhället uppstår utanförskap och maktlöshet. Brist på inflytande och möjligheter att påverka har ett starkt samband med hälsa.

Att minska utanförskap är ett centralt mål för regeringen, inte minst för att utanförskapet medför små möjligheter att påverka villkor som är negativa för hälsan. Insatser för grupper som på olika sätt är socialt utsatta kan därför ge positiva hälsoeffekter. Det är viktigt att insatserna genomförs på flera samhällsnivåer och av olika aktörer inom den offentliga, privata och ideella sektorn. Ett effektivt folkhälsoarbete bygger på ett gemensamt ansvarstagande. Om de offentliga krafterna samverkar med ideella och privata aktörer ökar möjligheterna att se och synliggöra den enskilda och olika gruppers behov.

*Stimulansstöd för ett gemensamt ansvarstagande för folkhälsoarbetet*

Regeringen beslutade den 6 september 2007 att inbjuda ideella aktörer, verksamma inom det sociala området, till en dialog som kan ligga till grund för en överenskommelse om hur relationerna mellan staten och den ideella sektorn kan utvecklas. Arbetet bedrivs för regeringens räkning av en särskild arbetsgrupp som ska redovisa resultatet av dialogen senast den 31 mars 2008.

Frivilligarbetet inom den ideella sektorn är ett viktigt bidrag till skapandet av ett socialt kapital i det svenska samhället. Sambandet mellan frivilligt arbete och hälsa kartlades 2005 av Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Ersta Sköndal Högskola i rapporten *Frivilliga insatser och hälsa*. Rapporten visar på flera positiva samband mellan frivilligt arbete och hälsa, även om det är svårt att avgöra riktningen på sambandet. Sambandet går via ett förbättrat socialt kapital vilket i sin tur påverkar hälsan positivt. Sambandet kan inte förklaras enbart av socioekonomiska skillnader mellan dem som arbetar frivilligt och de som inte gör det. Det frivilliga arbetet kvarstår som en förklaring till en bättre hälsa även när skillnader i socioekonomiska faktorer är beaktade.

Regeringen avser att se över de förutsättningar och villkor som ställs i förordning (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området. Översynen bör utgå ifrån att samma förutsättningar och villkor ska gälla oavsett om en organisation arbetar med ett specifikt sakområde eller om den har ett brett tvärsektorielt verksamhetsområde. Den bör även utgå ifrån att det sker en ökande samverkan mellan organisationer.

Volontärbyrån är en organisation som förmedlar kontakt mellan volontärer och frivilligorganisationer. Volontärbyrån startades hösten 2002 och drivs av Forum för frivilligt socialt arbete med stöd av Stockholms kommun, Karlskrona kommun, Växjö kommun, Uppsala kommun, Burlövs kommun, Staffanstorps kommun, Svedala kommun, Lomma kommun, Kävlinge kommun och Upplands-Väsby kommun. Som en del av arbetet med att tydliggöra den ideella sektorns roll i samhället avser regeringen att under mandatperioden avsätta medel för att stödja Volontärbyråns verksamhet.

Socialstyrelsen har gjort en kartläggning av frivilligcentraler och motsvarande verksamheter i Sverige. Frivilligcentraler fungerar som informationskontor för frivilliga uppgifter, en kontaktpunkt mellan människor som önskar göra frivilliga insatser och de som har behov av hjälp av frivilliga. Största målgruppen är äldre och därefter personer med psykisk och fysisk funktionsnedsättning. Många frivilligcentraler vänder sig till anhöriga med erbjudande om t.ex. anhöriggrupper. Under perioden 1993–1996 gav regeringen stöd till frivilligcentraler. Socialstyrelsens rapport anger att i november 2005 fanns det 69 frivilligcentraler, varav 60 procent startat före 2000. Rapporten påtalar att det finns ett behov av ett övergripande stöd och struktur för att utveckla frivilligcentralernas roll och verksamhet. Som en del i att utveckla den ideella sektorns möjligheter att göra insatser avser regeringen att avsätta medel för en stödstruktur till frivilligcentralerna.

Nationella Healthy Cities nätverket är ett nationellt nätverk för hälsosamma städer. Det bildades 2004 och har tio kommuner som medlemmar: Falun, Helsingborg, Karlstad, Linköping, Malmö, Norrköping, Trollhättan, Västerås, Örebro och Östersund. Nätverket arbetar för en god och jämlik hälsa för alla genom att bidra till utvecklingen av ett tvärsektorielt lokalt folkhälsoarbete, stödja medlemskommunerna i deras utveckling av den lokala folkhälsopolitiken och det lokala folkhälsoarbetet, medverka till implementering och metodutveckling för uppföljning av de nationella folkhälsomålsområdena, utgöra ett forum för kompetensutveckling, samt vara en samarbetspart på den nationella välfärds- och folkhälsoarenan. Nätverket är medlem i the European Healthy Cities Movement som organiseras av Världshälsoorganisationen (WHO). Nationella Healthy Cities nätverket samverkar även med andra aktörer i Sverige, framför allt FHI och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

För att nätverket ska kunna utökas så att fler kommuner ges möjlighet att delta finns det behov av en koordinator som kan samordna, stödja och utveckla verksamheten lokalt, regionalt och nationellt. Regeringen bedömer att nätverkets arbete står i god överensstämmelse med intentionerna i det övergripande folkhälsopolitiska målet och den folkhälsopolitiska inriktningen och avsätter därför medel under mandatperioden för finansiering av en halvtidstjänst som koordinator för nätverket.

#### *Insats för de nationella minoriteterna*

Kunskapen om hälsotillståndet hos de cirka 500 000 människor som tillhör de nationella minoriteterna – samer, sverigefinnar, tornedalingar, romer och judar – är bristfällig. Det beror framför allt på att det är svårt att få fram statistik om respektive minoritet. Data från 2002 visar att sverigefinnarna är överrepresenterade när det gäller fysisk, och framför allt psykisk ohälsa. Samers hälsotillstånd har på senare tid uppmärksammats i samband med marktvister, då den psykosociala situationen för samer periodvis varit akut. Självordsfrekvensen bland unga samiska män steg i anslutning till tvisterna och har uppmärksammats av Förenta nationernas (FN) specialrapportör rörande hälsa, Paul Hunt. I februari 2007 påtalade han även problemet med att det inte finns statistiskt underlag rörande minoriteters hälsa. Vidare har Ombudsmannen mot etnisk diskriminering konstaterat att diskriminering är vanligt förekommande när det gäller samer och romer.

Fram till förra året ansvarade Säkerhetspolisen (Säpo) för insamling av statistik över polisanmälda brott rörande bl.a. antisemitism. Av Säpo:s senaste rapport Brottslighet kopplad till rikets säkerhet framgår att polisanmälningar där bakgrunden kunde antas vara antisemitisk ökade med 44 procent mellan 2003 och 2004. Judar i Sverige är utsatta för direkt hot. Detta påverkar även enskildas fysiska och psykiska hälsa.

Regeringen anser att det är angeläget att de nationella minoriteterna tydligare beaktas i folkhälsosammanhang. FHI ges därför i uppdrag att, i samråd med Socialstyrelsen, företrädare för de nationella minoriteterna och Delegationen för romska frågor, genomföra en kartläggning av hälsosituationen bland de nationella minoriteterna samt lämna förslag på hur

### *Inflytande över vardagen genom fria val*

Regeringen vill öka människors möjligheter att välja utförare av vård, omsorg, stöd och service. En hörnsten i regeringens arbete för att förbättra den svenska välfärden är att människor måste känna att de kan påverka sin egen situation och få möjlighet att fatta beslut som rör deras egen vardag. Extra ansträngningar måste göras för att valfriheten ska omfatta alla, inte minst de grupper i samhället som har mycket få möjligheter att välja, som äldre, sjuka och personer med funktionsnedsättning.

Regeringen anser att möjligheten för personer med funktionsnedsättning att välja hjälpmedel ska öka och att den sakkunskap och det engagemang som dessa har i sina hjälpmedel ska tas till vara. Regeringen har därför inlett en försöksverksamhet för att pröva om och i så fall på vilket sätt ett Fritt Val-system kan införas. Ett valfrihetssystem innebär ökat inflytande för den enskilde. Det kan dessutom bidra till ökad konkurrens mellan olika företag som har möjlighet att prova ut och erbjuda lämpliga hjälpmedel utifrån givna önskemål. Den som väljer att annat hjälpmedel än det som tillhandahålls av sjukvårdshuvudmannen ska erbjudas en rekvisition som kan användas för köp av hjälpmedel. Regeringen har gett Hjälpmedelsinstitutet i uppdrag att samordna verksamheten som pågår i tre år med sedan hösten 2007.

På många håll i landet pågår en utveckling mot ökad valfrihet inom äldreomsorgen. I december 2006 hade 27 kommuner infört någon form av valfrihetssystem och lika många planerade att införa det. Valfriheten i dessa kommuner gäller i första hand hemtjänst i ordinärt boende inklusive servicetjänster. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten Kundval i äldreomsorgen att valfriheten innebär att brukaren får ökade möjligheter att påverka hur de beviljade tjänsterna utförs, men även att få tjänster utöver de som ingår i biståndsbesluten, mot ersättning eller gratis. Valmöjligheten förutsätter dock att det finns flera utförare att välja mellan. Socialstyrelsens studie visar att även små kommuner kan tillgodose kravet på valmöjlighet även om antalet utförare är begränsat. Regeringen har genom att tillsätta Fritt val-utredningen tagit ett viktigt steg mot att öka möjligheterna till inflytande för äldre och personer med funktionsnedsättning.

Regeringen har vidare gett Socialstyrelsen i uppdrag att i samarbete med SKL utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser av kvalitet, kostnader och effektivitet inom kommunernas vård och omsorg om äldre personer. Den långsiktiga ambitionen är att de öppna jämförelserna ska fungera som ett underlag för brukarnas fria val av utförare av äldreomsorg. I uppdraget ingår även att utveckla nationella indikatorer på kvalitet och effektivitet ur medborgarnas och brukarnas perspektiv.

En försöksverksamhet med komplement till färdtjänst har inletts i 17 kommuner. Det är en följd av den lag som riksdagen beslutat om som innebär att en kommun ska kunna lämna ekonomiskt stöd till en kommuninvånare som har funktionsnedsättningar i syfte att han eller hon ska kunna skaffa eller anpassa ett motorfordon. Tanken är att om personen

får möjlighet att förflytta sig med bil så kommer behovet av färdtjänst att minska. Valfriheten för den enskilde ökar samtidigt som samhällets kostnader kan hållas nere. Försöket pågår under perioden den 1 juli 2007 till den 30 juni 2010. I slutet av perioden kommer Vägverket att utvärdera verksamheten.

Personliga ombud ska se till att kvinnor och män (18 år och äldre) som lever med omfattande psykiska funktionsnedsättningar får sina behov tillgodosedda och att deras insatser planeras, samordnas och genomförs. Kommunerna är huvudmän men staten bidrar med ett riktat statsbidrag till kommuner som inrättat ombud. Vid årsskiftet 2006/07 hade 82 procent av landets kommuner startat verksamhet med personligt ombud. Eftersom behovet av personliga ombud har vuxit har statsbidraget utökats med 20 miljoner kronor årligen 2007 och 2008. Utvärderingar av verksamheten visar att personernas psykosociala situation har förbättrats och deras ställning i samhället har stärkts. Verksamheten skapar förutsättningar för enskilda att kunna påverka sina liv och minskar behovet av vård från samhället.

### *Demokratisk delaktighet*

En prioriterad uppgift inom demokratipolitiken under mandatperioden kommer att vara att stärka människors egenmakt. Det handlar bl.a. om att ha möjlighet, kunskap, självförtroende och kraft att påverka såväl sin egen vardag som samhället i stort, både som individ och tillsammans med andra. Egenmakt kan här definieras som politiska resurser, såsom tillgång till tid, pengar och informationsteknologi, humankapital, i betydelsen kunskap om hur det politiska systemet fungerar samt socialt kapital i form av kontakter och nätverk som kan användas för politiska syften. Tillgången till sådana resurser är i dag ojämnt fördelad bland människor vilket gör att många upplever att de saknar makt och inflytande över sin egen vardag.

Ett antal strategier kommer att prioriteras, bl.a. i syfte att stärka människors egenmakt, nämligen respekt för de mänskliga rättigheterna, goda möjligheter till insyn och inflytande, förstärkta möjligheter till ansvarsutkrävande, dialog för en förstärkt gemensam värdegrund i Sverige samt att motverka hot mot demokratin. Arbetet kommer att följas upp systematiskt. Beträffande goda möjligheter till insyn och inflytande har en satsning påbörjats för att utveckla möjligheterna till insyn och inflytande med stöd av IT. När det gäller dialog för en förstärkt gemensam värdegrund i Sverige så kommer regeringen under 2008 att inleda en satsning på en dialog och en samverkan med ett brett spektrum av aktörer i samhället i syfte att stärka respekten för demokratin och de mänskliga rättigheterna.

Ungdomsstyrelsen redovisade på regeringens uppdrag i augusti 2007 rapporten Från EU-politik till lokala initiativ hur den europeiska ungdomspakten och EU:s ungdomspolitiska mål kan förverkligas lokalt. Mot bakgrund av förslagen i rapporten fick Ungdomsstyrelsen i december 2007 i uppdrag att kartlägga former för ungdomsinflytande som finns lokalt, att analysera framgångsfaktorer och utvecklingsmöjligheter i det lokala arbetet samt sprida goda exempel på hur kommuner och landsting

kan arbeta för att främja ungas inflytande. Ungdomsstyrelsen ska redovisa uppdraget i mars 2009. Vidare fick Ungdomsstyrelsen i december 2007 i uppdrag att genomföra utbildningsinsatser som syftar till att öka kunskaperna om hur unga föräldrar (under 25 år) kan stödjas i återinträde i utbildning eller på arbetsmarknaden. Uppdraget ska redovisas senast i januari 2009.

### *Jämställdhet*

Regeringen har hösten 2007 presenterat en omfattande handlingsplan med åtgärder för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade reaktioner. Planen omfattar en rad insatser till en kostnad av drygt 800 miljoner kronor. I handlingsplanen ingår 56 åtgärder inom sex insatsområden: ökat skydd och stöd till våldsutsatta, stärkt förebyggande arbete, stärkt kvalitet och effektivitet i rättsväsendet, utveckling av insatser riktade till våldsutövare, ökad samverkan och ökade kunskaper. Handlingsplanen kommer att spela en viktig roll för det strategiska arbetet med att bekämpa mäns våld mot kvinnor under mandatperioden.

Regeringen har beslutat att anslå 100 miljoner kronor som stöd till SKL för en omfattande satsning på jämställdhet i kommuner och landsting. Huvudsyftet är att kvalitetssäkra offentligfinansierad verksamhet på kommunal och landstingskommunal nivå för att garantera att dessa svarar mot båda könen villkor och behov så att hög kvalitet och goda resultat uppnås för kvinnor respektive män, flickor respektive pojkar. Medlen ska bl.a. användas till ekonomiskt stöd i form av utvecklingsmedel, utbildning av jämställdhetsstrateger och vidareutveckling av befintliga ledningssystem i kommunal verksamhet i syfte att integrera ett jämställdhetsperspektiv i dessa. Målgruppen är kommuner, landsting, regionala självstyrelseorgan och kommunala samverkansorgan.

Inom ramen för en politik för full sysselsättning och minskat utanförskap är det regeringens strävan att minska skillnaderna i villkor och förutsättningar mellan kvinnor och män i fråga om arbete och företagande. Regeringen har i budgeten för 2007 avsatt 100 miljoner kronor för att främja kvinnors företagande och öka kunskaperna och forskningen om kvinnors företagande. I syfte att skapa förutsättningar för analys, uppföljning och samordning av insatser avser regeringen att under 2008 utarbeta en samlad strategi när det gäller jämställdhet på arbetsmarknaden och i näringslivet.

Arbetet för att förbättra villkoren och förutsättningarna för folkrörelserna och det övriga föreningslivet kommer att utvecklas under mandatperioden. Stödet till kvinnoorganisationerna har förstärkts med ytterligare 1 miljon kronor och är nu över 31 miljoner kronor. Det är väsentligt att främja kvinnors deltagande i den demokratiska beslutsprocessen och att stärka kvinnors ställning i det politiska beslutsfattandet. Regeringen har därför inrättat ett särskilt statsbidrag om 15 miljoner kronor för stöd till riksdagspartiernas kvinnoorganisationer fr.o.m. 2008.

Regeringen har gett Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap i uppdrag att initiera ett forskningsprogram om kvinnors hälsa. Programmets omfattning är 30 miljoner kronor per år i tre år med början 2008.

Ett fortsatt kraftfullt arbete för att motverka diskriminering ska ha högsta prioritet. I detta ingår att föreslå en ny gemensam lag mot diskriminering, att skapa förutsättningar för höjda ersättningsnivåer vid diskriminering och att genomföra en sammanslagning av nuvarande ombudsmän till en myndighet. Regeringen beslutade i januari 2008 om lagrådsremissen Ett starkare skydd mot diskriminering. En proposition planeras att överlämnas till riksdagen senast i mars 2008. Samtidigt förbereds etableringen av den nya ombudsmannamyndigheten.

Regeringen har gett trettio myndigheter ( däribland Försäkringskassan, Statens skolverk och samtliga länsstyrelser ) i uppdrag att, i samråd med Ombudsmannen mot etnisk diskriminering, Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning och Myndigheten för handikappolitisk samordning, upprätta antidiskrimineringsstrategier i enlighet med en av åtgärderna i En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006–2009 (skr. 2005/06:95). Uppdraget redovisades till regeringen hösten 2007. Samtliga myndigheter planerar att under de närmaste åren genomföra sina antidiskrimineringsstrategier.

Ytterligare insatser för att motverka diskriminering redovisas under målområde 3 – Barn och ungas uppväxtvillkor – och målområde 6 – Hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

### *Insatser för personer med funktionsnedsättningar*

FN:s generalförsamling antog med konsensus den 13 december 2006 konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Konventionen bygger på icke-diskriminering och betonar betydelsen av tillgänglighet för att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att leva oberoende och fullt ut delta på alla livets områden. Enligt konventionen ska konventionsstaterna bl.a. vidta lämpliga åtgärder för att se till att personer med funktionsnedsättning får tillgång på samma villkor som andra till den fysiska miljön, transporter, information och kommunikationsteknik m.m. samt andra tjänster som är tillgängliga för eller erbjuds allmänheten. Regeringen har undertecknat konventionen och påbörjat en process som syftar till ratificering.

Funktionsnedsättningar leder ofta till utestängning från samhället på grund av bristande tillgänglighet inom olika områden. I den nationella handlingsplanen för handikappolitiken, Från patient till medborgare (prop. 1999/2000:79, bet 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240), finns det tydliga mål för tillgänglighet som bör vara uppfyllda senast under 2010. Regeringen bedömer att det är en stor utmaning att nå alla mål om tillgänglighet till 2010 och att arbetet måste intensifieras och bli tydligare. Mot bakgrund av detta tillsatte regeringen oktober 2007 en statssekreterargrupp med uppdraget att ta fram en strategi för att nå målen i handlingsplanen för handikappolitiken.

Regeringen har i juni 2007 gett Boverket i uppdrag att lämna förslag till författningsändringar som behövs för att förtydliga bestämmelserna rörande enkelt avhjälppta hinder och underlätta genomförandet av bestämmelserna. För att stärka möjligheterna att nå målet med enkelt avhjälppta hinder behöver eventuella oklarheter i bestämmelserna undanröjas.



Tillgång till transportsystemet har betydelse för tillgängligheten när det gäller t.ex. arbete, kultur, och sociala aktiviteter, förhållanden som tillsammans skapar en grund för ekonomisk och social trygghet och därmed är viktiga beståndsdelar för hälsa.

Vägverket och Banverket har tagit fram ett prioriterat nätverk som består av en begränsad men sammanhängande del av trafiksystemet. I december 2007 redovisade myndigheterna ett långsiktigt handlingsprogram för detta nätverk, inklusive långsiktiga åtgärder.

## 7.2 Målområde 2 Ekonomiska och sociala förutsättningar

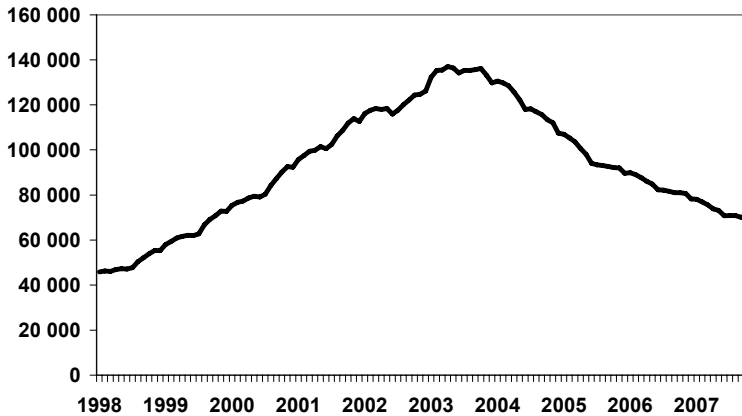
**Regeringens bedömning:** Reformarbetet för att minska utanförskapet bör fortsätta, bl.a. genom fler nystartsjobb och en mer förutsägbar sjukförsäkring med en tydlig rehabiliteringskedja.

**Skälen för regeringens bedömning:** Ekonomisk och social trygghet är en av de mest grundläggande förutsättningarna för en god hälsa på lika villkor. En hög sysselsättningsnivå som möjliggör för människor att försörja sig genom eget arbete är grundläggande för ett välfärdssamhälle. Samtidigt är det viktigt att det finns ett fungerande socialförsäkrings-system som träder in under perioder i livet då sjukdom, olyckor och arbetslöshet drabbar individen. Vidare behövs utbildningsmöjligheter under olika perioder av livet, en samhällsplanering som bidrar till trygga miljöer och sociala tjänster av god kvalitet på lika villkor.

Det finns ett starkt statistiskt samband mellan sysselsättning och hälsa samtidigt som risken är hög för att personer med dålig hälsa ska bli arbetslösa. Sambandet mellan hälsa och sysselsättning är således dubbelriktat. Det finns även studier som visar att den psykiska hälsan påverkas negativt av en övergång mellan betalt arbete och olika former av arbetsförlust samt positiva effekter vid återgång i arbete. Det är därför av största vikt att så många personer som möjligt kan försörja sig genom eget arbete, framför allt för deras eget välbefinnande, men även för att bibehålla välfärden. Att minska antalet människor i utanförskap är en mycket svår uppgift som kräver nya lösningar och förhållningssätt.

Regeringen har sedan den tillträdde hösten 2006 vidtagit en rad kraftfulla åtgärder för att effektivisera arbetsmarknadspolitiken och tydliggöra arbetslinjen. Omläggningen av politiken innebär ett tydligt fokus på matchningen mellan utbud och efterfrågan på arbetsmarknaden. De arbetsmarknadspolitiska programmen ska i större utsträckning omfatta dem som befinner sig allra längst från arbetsmarknaden. Övergången till arbete för bl.a. dem som har varit arbetslösa en lång tid, långtidssjukskrivna och personer med sjuk- eller aktivitetsersättning ska underlättas i syfte att minska utanförskapet.

Under perioden 1997–2003 ökade antalet långtidssjukskrivna, definierat som sjukfall längre än ett år, kraftigt för att därefter minska igen. Nedgången fortsätter och i augusti 2007 var cirka 168 000 personer sjukskrivna varav 71 000 längre än ett år. Bortsett från de längre sjukfallen är sjukfrånvaron nu låg sett i ett historiskt perspektiv, även om den fortfarande är hög jämfört med andra länder.



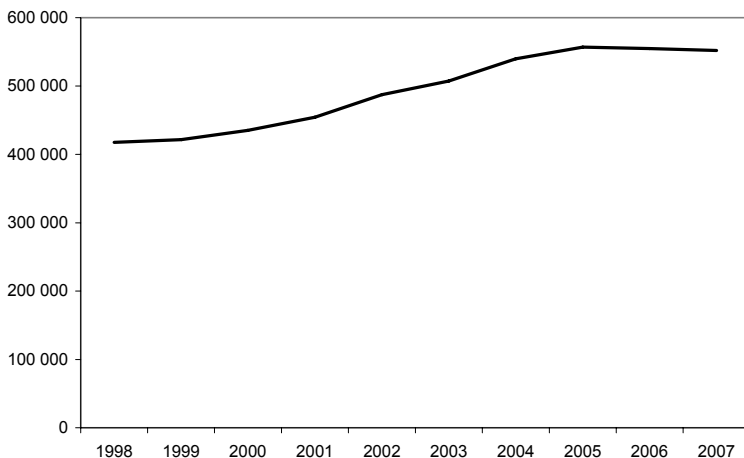
Källa: Försäkringskassan

Minskningen av sjukfrånvaron har varit i princip lika stor för män och kvinnor, vilket innebär att kvinnor fortfarande har i stort sett dubbelt så hög sjukfrånvaro som män.

Risken för att ett sjukfall ska fortsätta ytterligare en månad är högre ju längre tid det pågår. Redan på ett tidigt stadium etableras skillnader i detta avseende. Sett till sjukfall som pågått längre tid än 30 dagar är de två kommande månaderna mycket kritiska för om en relativt snabb återgång i arbetet ska kunna ske.

De psykiska diagnoserna fortsätter att öka sin andel av sjukskrivningarna och uppgår nu till cirka 35 procent för kvinnor mot 30 procent för män. Eftersom det totala antalet sjukskrivna minskat väsentligt, betyder detta att antalet sjukskrivna i den andra stora diagnosgruppen – sjukdomar i rörelseorganen – minskat kraftigt under de senaste fem åren.

Till viss del sker minskningen av antalet långa sjukfall fortfarande till priset av en övergång till aktivitets- och sjukersättning. Även om antalet sjukskrivna nu sjunker snabbt är ohälsoutgifterna betydligt större än för tio år sedan eftersom antalet personer med aktivitets- och sjukersättning har ökat med cirka 150 000 personer sedan 1997.



Källa: Försäkringskassan

Under 2006 skedde en positiv förändring av utvecklingen i och med att totala antalet aktivitets- och sjukersättningar började minska, om än marginellt. Nedgången har fortsatt – om än marginellt – under första halvåret 2007. Minskningen beror till stor del på att antalet nybeviljade aktivitets- och sjukersättningar minskade i samtliga åldersgrupper utom bland de yngsta. Försäkringskassan har nyligen analyserat ökningen av antalet unga personer som beviljats aktivitets- och sjukersättning. Analysen visar att de personer i åldrarna 20–39 år som beviljats ersättning i relativt stor utsträckning har en omfattande erfarenhet av såväl sjukskrivning som arbetslöshet långt innan beslutet om aktivitets- och sjukersättning fattats.

För att minska utanförskapet ytterligare måste åtgärderna inom arbetsmarknadspolitiken kompletteras med åtgärder inom sjukförsäkrings-systemet. Sjukförsäkringen måste bli mer förutsägbar och ge bättre drivkrafter för återgång i arbete. Den försäkrade måste även känna ett eget tydligt ansvar för att försöka komma tillbaka till arbete. Aktiva rehabiliteringsinsatser och förbättrat stöd kombinerat med individens motivation och engagemang är avgörande för att återgång i arbete ska lyckas. Ju längre tid ett sjukfall pågår, desto mindre är sannolikheten att den sjukskrivne kan komma tillbaka till arbete. Det är därför särskilt viktigt med tidiga insatser.

### 7.2.1 Insatser

#### *Arbetsmarknadspolitiska reformer*

Nystartsjobben infördes den 1 januari 2007. Nystartsjobb är en riktad efterfrågestimulans som privata arbetsgivare får vid anställning av någon som har varit utanför arbetslivet i mer än ett år. Nystartsjobb innebär att hela arbetsgivaravgiften, inklusive pensionsavgiften, kompenseras genom en kreditering på arbetsgivarens skattekonto. I januari 2008 hade

13 200 personer nystartsjobb. Av dessa har närmare 33 procent gått till utrikes födda personer och drygt 14 procent av dem som har fått ett nystartsjobb har någon form av funktionsnedsättning.

Könsfördelningen bland nystartsjobbarna är mycket ojämn, knappt 32 procent kvinnor och drygt 66 procent män. Samtliga arbetsgivare inom den offentliga sektorn kan tillgodogöra sig den nedsättning av arbetsgivaravgifterna som nystartsjobben innebär sedan januari 2008. Dessutom kommer personer som varit deltidsarbetslösa minst två år och som går upp på en heltidsanställning tillfälligt under 2008 även kunna få nystartsjobb under längst ett år.

I juli 2007 ersatte jobb- och utvecklingsgarantin den s.k. aktivitetsgarantin. De personer som i aktivitetsgarantin hade programanvisningar även i andra program kommer in i jobb- och utvecklingsgarantin då dessa anvisningar löper ut. Målgruppen för jobb- och utvecklingsgarantin omfattar förutom dem som uppburit arbetslöshetsersättning i 30 dagar även alla dem som har varit inskrivna vid arbetsförmedlingen i 18 månader eller mer.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har sedan 2003 i uppdrag att upprätta en nationell handlingsplan för arbetslivsinriktad rehabilitering för arbetslösa sjukskrivna för att minska utanförskap till följd av ohälsa. Verksamheten omfattar sedan 2005 även personer med sjuk- eller aktivitetsersättning och sedan 2006 sjukskrivna som har en anställning, men som behöver byta arbete på grund av ohälsa.

Arbetsförmedlingen har tillsammans med 13 andra myndigheter utsetts till sektorsmyndighet med särskilt uppdrag att medverka till att regeringens mål för handikappolitiken uppnås. Sysselsättningsgraden för funktionshindrade som medför nedsatt arbetsförmåga uppgår till 52 procent medan sysselsättningsgraden för övriga befolkningen uppgick till 75 procent under 2006.

Arbetslivsinriktad rehabilitering är ett program som riktar sig till arbetslösa som på grund av funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga eller som av andra skäl behöver extra stöd eller hjälp att närma sig arbetsmarknaden. Verksamheten omfattar vanligen fördjupad kartläggning eller arbetsprövning för att klarlägga omfattningen av individens arbetsförmåga. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Statens Skolverk och Socialstyrelsen har dessutom regeringens uppdrag att formulera en gemensam strategi för hur fler människor med funktionsnedsättning ska kunna försörja sig genom eget arbete. Strategin redovisades till regeringen den 29 februari 2008.

Förutom ett förändrat regelverk för nystartsjobben, har regeringen i budgetpropositionen för 2008 föreslagit ytterligare reformer inom arbetsmarknadspolitiken för att stimulera arbetsutbudet och efterfrågan på arbetskraft och därmed varaktigt öka sysselsättningen och minska utanförskapet. I januari 2008 infördes det andra steget i jobbskatteavdraget. Vidare infördes ett särskilt nystartsjobb, s.k. nyfriskjobb, som gäller för dem som sedan minst ett år på heltid beviljats sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- eller aktivitetsersättning.

Alternativa aktörer bör i ökad utsträckning anlitas för att genomföra de insatser som behövs för att långtidssjukskrivna och personer med sjuk- och aktivitetsersättning ska återfå arbetsförmågan och återgå i arbete.

Regeringen gav i januari 2008 Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan uppdraget att inom ramen för en försöksverksamhet pröva alternativa insatser för långtidssjukskrivna. Försöksverksamheten ska rikta sig till personer som varit sjukskrivna i mer än två år, personer med tidsbegränsad sjukersättning samt personer med aktivitetsersättning. Den bör omfatta minst 1 500 personer och bedrivas i Stockholm, Göteborg, Dalarna och Västerbotten under 2008 och 2009.

### *En mer förutsägbar sjukförsäkring*

Den nuvarande processen för att pröva en persons arbetsförmåga har visat sig vara långsam och passiviserande. Därför införs en rehabiliteringskedja med preciserade tidsgränser. Insatser ska göras så snart det är möjligt. Arbetsgivarnas ansvar ska tydliggöras. Under de tre första månaderna inriktas åtgärder så att den sjukskrivna kan återgå till sina vanliga arbetsuppgifter, eller om det inte är möjligt, undersöka om det finns andra arbetsuppgifter som arbetstagaren kan göra hos arbetsgivaren. Mellan månad tre till sex inriktas åtgärder så att en sjukskriven med funktionsförmåga, helt eller delvis, ska komma tillbaka till något arbete på hela arbetsmarknaden. Mellan månad sex och tolv följs den försäkrades sjukfall upp med avsikt att så snart som möjligt ta till vara den försäkrades arbetsförmåga antingen hos tidigare arbetsgivare eller på den övriga arbetsmarknaden.

Den som efter ett års sjukskrivning inte kan återgå i arbete kan ansöka om förlängd sjukpenning. Frågorna utreds för närvarande ytterligare med inriktning att de nya reglerna ska kunna gälla fr.o.m. den 1 juli 2008.

En välutvecklad företagshälsovård kan få stor betydelse för den anställdes möjligheter att återgå till arbete. Företagshälsovården utvecklas så att stödet till arbetsgivare och sjukskrivna stärks. Regeringens avsikt är att komplettera den nuvarande vårdgarantin inom hälso- och sjukvården med en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade rehabiliteringsinsatser. Regeringen gör bedömningen att sammanlagt 3,4 miljarder kronor bör kunna avsättas för 2008–2010 för att utveckla företagshälsovården och rehabiliteringsgarantin.

Den period när en person med sjuk- eller aktivitetsersättning kan pröva att förvärvsarbeta med både ersättning från sjukförsäkringen och lön ska förlängas. Personer med icke tidsbegränsad sjukersättning behöver särskilda insatser för att våga pröva att arbeta.

Det finns anledning att pröva nya åtgärder i syfte att ge fler personer förutsättningar att återfå arbetsförmåga och återgå i arbete. En sådan åtgärd kan vara att låta privata företag medverka till att hjälpa denna grupp av personer. Det kan handla om terapiinsatser eller renodlad jobb-förmedling.

### *Utbildningsnivå*

Regeringen föreslår en rad åtgärder i budgetpropositionen 2008 för att möjliggöra att alla elever ges förutsättningar att nå målen i alla ämnen. Skolans kunskapsmål måste förtydligas och bli färre. Obligatoriska kontrollstationer ska finnas i tre årskurser i syfte att stödja elevernas utveck-

ling mot målen. Tidiga och obligatoriska avstämningar skapar ökad nationell likvärdighet och ger förutsättningar att tidigt sätta in extra stöd för de elever som riskerar att inte nå målen. Regeringen har som ett första steg redan gett Statens skolverk i uppdrag att ta fram mål i svenska och matematik årskurs 3. I syfte att ytterligare stärka skolans mål- och uppföljningssystem avser regeringen även att ge Statens skolverk i uppdrag att ta fram förslag till nya kursplaner, kunskapskrav och betygskriterier för grundskolan. Vidare avser regeringen att lägga fram förslag om en förändring av betygsskalan och det nationella provsystemet. Förmåga att läsa, skriva och räkna är basen för elevernas fortsatta kunskapsutveckling. Regeringen genomför därför redan från 2008 en omfattande satsning inom dessa områden. Elever som riskerar att inte nå målen är en prioriterad grupp i satsningen.

### *Lokala utvecklingsavtal för stadsdelar som präglas av utanförskap*

I regeringens arbete med att bryta utanförskapet ska den urbana utvecklingspolitiken särskilt fokusera på de stadsdelar i företrädesvis större städer som präglas av ett utanförskap. I stadsdelar där en hög andel invånare upplever ett utanförskap genom arbetslöshet, långvarigt beroende av försörjningsstöd, otrygghet eller ohälsa finns skäl för staten att särskilt samarbeta med berörd kommun för att gemensamt finna effektiva metoder för att bryta utanförskapet. Här ingår att samordna de viktigaste myndigheterna för mest effektiva statliga insats.

Lokala utvecklingsavtal erbjuds kommuner fr.o.m. 2008 för att utveckla en mer strategisk samverkan än den tidigare projektbaserade samverkan mellan i huvudsak offentliga aktörer. Avtalen avser numera att möjliggöra lokala partnerskap mellan statliga myndigheter, kommuner, privata aktörer och den ideella sektorn för genomförandet av det lokala utvecklingsarbetet. Myndigheter som genom sina ordinarie uppdrag är aktiva inom områdena arbete, utbildning, trygghet och tillväxt ska få möjligheter till lokal flexibilitet i sin verksamhet och aktivt delta i de lokala partnerskapen.

### *Tillgång till bostad för hemlösa*

Regeringen har presenterat en strategi Hemlöshet många ansikten mångas ansvar, för att motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden. Strategin löper under 2007–2009. Syftet är att skapa en struktur som tydliggör att många aktörer på såväl nationell, regional som lokal nivå har ett ansvar och en roll att spela i detta arbete som måste vara långsiktigt. Strategin innebär en tydlig ambitionshöjning. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att genomföra strategin i samråd med en nationell styrgrupp bestående av Boverket, Kriminalvården, Kronofogdemyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting. Cirka 66 miljoner kronor är avsatta för satsningen.

För ett framgångsrikt brottsförebyggande arbete krävs att polisen är synlig och aktiv i samhället och att det brottsförebyggande arbetet har lokal förankring. Regeringens mål om 20 000 poliser 2010 bör kunna omsättas i konkreta resultatförbättringar i verksamheten. En ökad polisiär synlighet ska ses som ett värde i sig då det påverkar människors trygghet vilket ökar livskvaliteten för den enskilde.

Dokumentation, utvärdering och spridning av goda exempel är viktiga framgångsfaktorer i den brottsförebyggande verksamheten. Regeringen välkomnar därför Rikspolisstyrelsens (RPS) arbete med att ta fram en nationell strategi för det brottsförebyggande arbetet. I juni 2006 gav regeringen Brottsförebyggande rådet (Brå) och RPS i uppdrag att planera och genomföra ett projekt om förebyggande av våld i offentliga miljöer. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 juni 2009.

Att bryta utanförskapet är en central del i det brottförebyggande arbetet. Regeringen kommer därför att följa polisens medverkan i det pågående arbetet med att bryta utanförskapet i de kommuner som träffat lokala utvecklingsavtal med staten. Regeringen har dessutom gett Brå och RPS i uppdrag att fr.o.m. den 1 januari 2007 ingå samverkansöverenskommelser med de kommuner som tecknar lokala utvecklingsavtal med staten.

Runt om i landet bedrivs ett aktivt lokalt brottsofferstödande arbete. Regeringen anser att det är viktigt att synliggöra och stödja ideella insatser som utgör ett värdefullt tillskott och komplement till myndigheternas arbete. Det finns många ideella föreningar som genom sin verksamhet tar emot samtal och möter människor som drabbats av brott. Det är de ideella föreningarna som är de praktiska utförarna av mycket av brottsofferarbetet genom t.ex. vittnesstödsverksamhet och utbildning av stödpersoner.

#### *Tillgång till transporter för funktionshindrade*

Funktionshinder leder ofta till utestängning från samhället på grund av bristande tillgänglighet inom olika områden. Tillgång till transportsystemet har betydelse för tillgängligheten när det gäller t.ex. arbete, kultur, och sociala aktiviteter. Dessa förhållanden skapar tillsammans en grund för ekonomisk och social trygghet och är därmed viktiga bestämningsfaktorer för hälsa.

Som en del i det nationella handlingsprogrammet för kollektivtrafikens långsiktiga utveckling presenterade Banverket och Vägverket i december 2007 ett förslag på prioriterat nätverk av stråk och knutpunkter som ska vara tillgängligt för personer med funktionshinder.

#### *Insatser i syfte att främja unga föräldrars återinträde i utbildning eller arbete*

Ungdomsstyrelsen har fått i uppdrag att genomföra utbildningsinsatser under 2008 i syfte att öka kunskaperna om hur föräldrar under 25 år kan stödjas till återinträde i utbildning eller på arbetsmarknaden. Insatserna

### 7.3 Målområde 3 Barns och ungas uppväxtvillkor

**Regeringens bedömning:** Det generella föräldrastödet och hjälpen bör utvecklas och utvidgas till att omfatta barnets hela uppväxttid. De föräldrastödsmetoder som används bör vara evidensbaserade. Regeringen avser att ge en särskild utredare i uppdrag att ta fram ett förslag på en långsiktig nationell strategi för en kvalitetshöjande kompetensuppbyggnad och utveckling av samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap.

Vidare avser regeringen att uppdra till Statens folkhälsoinstitut (FHI) att

- pröva och värdera olika tillvägagångssätt att ”utbilda utbildare” inom relevanta yrkeskategorier i olika evidensbaserade föräldrastödsmetoder,
- kartlägga det befintliga föräldrastödet på regional och lokal nivå, samt
- genomföra en behovsanalys av vilket stöd och vilken hjälp som föräldrar efterfrågar.

Dessutom avser regeringen att ge FHI i uppdrag att arrangera en nationell konferens under vilken förslaget på en nationell strategi för föräldrastöd ska presenteras.

Regeringen avser även att avsätta resurser till en nationell undersökning om barns och ungdomars psykiska hälsa.

**Skälen för regeringens bedömning:** Trygga och goda uppväxtvillkor är avgörande för barns och ungas hälsa och för folkhälsan på lång sikt. Familjen är den grundläggande gemenskapen i samhället. Föräldrarna har huvudansvaret för barnets välbefinnande.

Centrala faktorer för barns och ungas hälsa är förhållanden i barnets familj, barnets relationer till vänner och till andra i barnets omgivning. Andra betydelsefulla faktorer är miljön i bostadsområdet, förskoleverksamheten, skolbarnsomsorgen, skolan och fritiden, samt förhållanden som berör barnets levnadsvanor och utvecklingsmöjligheter, inte minst utformningen av lokalsamhället och dess utbud av kulturverksamhet. Genom insatser inom dessa områden kan barns och ungas hälsa främjas och skillnader i uppväxtvillkor utjämnas. Barn och unga med funktionsnedsättning har i första hand samma behov som andra barn och unga, men kan behöva särskilda insatser för att kunna utvecklas och bli delaktiga på samma villkor som andra barn och unga.

#### 7.3.1 Barn- och föräldrarelationen

Den mest centrala aspekten av barns uppväxtvillkor är relationen till föräldrarna. Föräldrarna är de som känner sitt barn bäst. Goda relationer mellan barn och föräldrar ökar möjligheterna till en god hälsa under hela livet. En trygg anknytning till föräldrarna under de första levnadsåren är



en avgörande förutsättning för god psykisk hälsa senare i livet. Föräldrarna har ett gemensamt ansvar för barnets uppfostran och utveckling och ska utifrån familjens livssituation och barnets behov se till hans eller hennes bästa. De är viktiga förebilder för sitt/sina barn. Barn tillägnar sig föräldrarnas uppfattning om vad som är rätt och fel och tar även i stor utsträckning efter deras beteenden och vanor.

Föräldraskapet innebär ett stort ansvar. Föräldrar ska ha tålmod, tid och kraft för att hjälpa till rätta, ge stöd och råd och lösa olika problem. Föräldraskapet innebär många möjligheter till utveckling, både när det gäller samarbete och ansvar för barn och för den egna parrelationen. Som förälder lär man sig framför allt genom egen erfarenhet med de egna barnen och i samspelet med andra vuxna. När det första barnet föds har föräldrarna inte alltid tidigare erfarenheter att luta sig mot, eller någon anhörig som kan dela med sig av sin erfarenhet. Som förstagångsförälder har man även ofta svårt att i förväg föreställa sig vad föräldraskapet egentligen innebär avseende t.ex. ansvar, engagemang, krav på parrelationen och mindre egen tid. Föräldrar har därför ofta ett behov av kunskap och stöd av varandra, och av goda förebilder bland släkt och vänner. De behöver växa in i sin föräldraroll och känna sig trygga och bli bekräftade i den rollen för att kunna skapa en harmonisk och trygg uppväxtmiljö för barnen.

Många föräldrar känner sig ensamma i sin uppgift och vissa hamnar, under längre eller kortare perioder av livet, i en situation där de inte mår med uppgiften att fostra ett barn. Alla föräldrar har inte tillgång till nära nätverk. Kanske har man flyttat till en ny ort eller ett nytt hemland. Föräldrar upplever även stress och frustration i ett samhälle som ställer stora krav på tillvaron. Det kan innebära att man inte alltid har ork eller tålmod i pressade situationer och att det kan gå ut över barnen. Samhället har en viktig uppgift i att stödja och, när det finns behov, komplettera föräldrarna under barnets hela uppväxt. Ett tidigt och brett generellt föräldrastöd kan förebygga andra större problem som svårare psykiska problem liksom problem i parrelationen. Ett riktat stöd vid särskilda behov kan vara avgörande för att undvika omfattande insatser från socialtjänstens sida t.ex. i form av att barnet måste placeras utanför det egna hemmet.

### 7.3.2 Föräldrastödet i dag

Kommuner och landsting har ett särskilt ansvar när det gäller barns rätt till en trygg och god uppväxtmiljö. Mödra- och barnhälsovården har en viktig funktion i att ge stöd till föräldrar som väntar barn och under barnets första levnadsår. Det finns emellertid inte någon systematisk kartläggning och överblick av mödra- och barnhälsovårdscentralernas arbete. Det preventiva arbetet sker inom ramen för det kliniska arbetet, där varken särskilda medel eller tid finns tilldelad. Men alltsedan 1970-talet ges via mödra- och barnhälsovården en föräldrautbildning, och de flesta blivande och nyblivna föräldrar deltar i den verksamhet som erbjuds dem. Utbildningen syftar till att genom diskussioner, erfarenhetsutbyte föräldrar emellan och kunskapsinhämtning öka föräldrarnas förmåga att ge både värme och ramar till sina barn. Barnavårdscentralerna har även

den viktiga funktionen att fånga upp de familjer där det finns missförhållanden/samspelsproblem under det första levnadsåret, eftersom barnmorskor och barnsjuksköterskor etablerar personlig kontakt och känedom om varje enskild familj. De får stor erfarenhet av vad som är gängse, för den enskilda, för familjen och i befolkningen i stort. Med sin kunskap och sin tillgänglighet bygger de även upp ett förtroendekapital hos föräldrarna som bidrar till att så gott som alla föräldrar vänder sig till denna verksamhet med sina barn för att få svar på frågor och hjälp med problem. De kan därmed i ett tidigt skede uppmärksamma beteenden och känslor som kan vara ett tecken på att familjen behöver stöd och hjälp. I dag uppskattas föräldrastödet uppgå till cirka 3 000 kronor per barn. Det utgör 1,5 promille av alla offentliga utgifter för ett barn fram till 18-årsdagen.

Ambitionsnivån när det gäller föräldrastöd skiljer sig åt kommuner och landsting emellan. I vissa kommuner och landsting finns många goda initiativ och ett förhållandevis väl utbyggt stöd till föräldrar. Föräldrar erbjuds stöd och hjälp med frågor kring barnets fysiska och psykosociala utveckling under delar av eller t.o.m. hela uppväxttiden. Andra kommuner och landsting erbjuder stöd och hjälp enbart när det gäller frågor om barnets fysiska utveckling, och endast under barnets första år. Kommunerna erbjuder även i olika utsträckning hjälp- och stödsatser till grupper av föräldrar som har särskilda behov.

Bara ett fåtal kommuner erbjuder föräldrastöd eller föräldrautbildning när barnen blivit äldre eller är i tonåren. I de enstaka kommuner där detta prövats är efterfrågan bland föräldrar stor. I betänkandet Stöd i föräldraskapet (SOU 1997:161) uppmärksammas bl.a. behovet av ett generellt föräldrastöd under barnets hela uppväxttid, att föräldrar med utländsk bakgrund vars barn ofta möter flera kulturer har särskilda behov av kunskap och att föräldrar med barn med funktionsnedsättning bör erbjudas kompletterande stöd anpassat efter deras behov. Föräldrastödets kvalitet och omfattning beror i stor utsträckning på var i Sverige man bor och barnets ålder. Det finns alltså anledning att anta att alla föräldrar som behöver stöd och hjälp i sitt föräldraskap inte får det. Variationerna i föräldrarnas behov är sannolikt även stora.

### **7.3.3 Ett generellt och utvecklat föräldrastöd**

Alla föräldrar bör få stöd och hjälp och möjlighet till utbildning i den utsträckning som de behöver för att klara vardagen med sitt barn. Stödet ska vara frivilligt och bygga på föräldrarnas behov och intresse och utgå från barnets rätt till goda uppväxtförhållanden. Föräldrastödet ska erbjudas alla föräldrar med barn upp till dess att barnet har fyllt 18 års. Om detta ska bli verklighet är det nödvändigt att hela samhället engageras. Det handlar inte om en för föräldrarna obligatorisk verksamhet, däremot handlar det om att bygga upp en verksamhet som är tillgänglig och intressant för alla föräldrar och som är anpassad efter barnens ålder och mognad.

Stödet till föräldrar i deras föräldraskap är viktigt ur folkhälsosynpunkt och utifrån barnets rätt till goda uppväxtförhållanden. Ett tidigt och brett generellt stöd kan förebygga framtida problem, både hälsorelaterade och

sociala. Föräldrastödet bör baseras på ett tydligt barnperspektiv där det handlar om att utveckla och stödja föräldrars möjligheter att kunna möta barnets behov, lyssna på barnet och göra barnet delaktig i beslut som det berörs av.

Det är angeläget att stöd och hjälp till föräldrar utvecklas för att täcka behovet av stöd under barnets hela uppväxttid och att det utgår från principen om barnets rättigheter och från det gemensamma föräldraskapet och ansvarstagandet. Det bör bygga på föräldrarnas intresse och behov av stöd och det bör medverka till att väcka intresse för barnets utveckling och bidra till ett positivt föräldraskap. Det bör utformas så att kvinnor och män i lika hög grad upplever ett behov av och attraheras att medverka, såväl individuellt som i grupp. Det handlar om att utveckla en pedagogiskt inriktad verksamhet som fokuserar på att stödja och utveckla sidor hos föräldrar som är positiva, och att använda sig av forskning som man vet främjar relationen mellan föräldrar och barn. Vidare bör stödet utgå från en helhetsperspektiv, dvs. familjens situation, relationer till andra barn och vuxna, barnets ålder och mognad, uppväxtförhållanden, skolsituation och fritidssituation samt barnets fysiska och psykiska hälsa. Dessa förhållanden ska ses i ett sammanhang, där de olika delarna ömsesidigt påverkar varandra. Frågor om hur parrelationen påverkas och hur den kan utvecklas har en naturlig plats i sammanhanget.

I föräldrastödet bör ingå information om barnets rättigheter i olika sammanhang, och om barnets behov av att få knyta an till sina föräldrar i en lugn, harmonisk och utvecklande miljö. Barnets upplevelse av tilltro till sin egen förmåga, barnets självkänsla och att barn inte ska utsättas för kränkningar är viktiga frågor när man ser till barnets psykiska hälsa. Respekten för barnet som individ är grundläggande för barnets utveckling. Andra hälsoaspekter är säkerhetsfrågor och åtgärder för att minska antalet barnolycksfall, att barn ska få näringsriktig kost, behovet av att främja fysisk aktivitet hos barn och unga. Föräldrastödet kan dessutom bidra till att både upptäcka och motverka våld mot barn och uppmärksamma föräldrar på att våld mot barn inte är tillåtet.

Misshandel av spädbarn är en samhällsföreteelse med katastrofala följder för barnet och för familjen och samhället. En förälder kan under påverkan av sömnbrist, frustration och brist på stöd och kunskap utöva våld mot spädbarnet. Regeringen anser att det är angeläget att det i föräldrastödet ingår utbildningsprogram med fokus på behoven hos barn som skriker ofta och länge. Genom att lära sig hantera sina egna känslor och sitt barns behov i svåra situationer kan föräldrarna ges förutsättningar att redan från början klara sin föräldraroll och kunna skydda och ta hand om sitt barn. Tillgång till tidigt och professionellt stöd har stor betydelse i detta sammanhang liksom att ha ett nätverk där man som förälder kan få stöd från andra vuxna.

Vissa grupper nås i mindre utsträckning än andra av dagens stödinsatser. Ett brett generellt föräldrastöd skulle bidra till att väcka intresset hos föräldrar som från början inte är lika motiverade eller intresserade. Det är dessutom viktigt att uppmärksamma dem som inte vill delta och vidta åtgärder för att de ska efterfråga stöd och hjälp. Det kan handla om uppreparande erbjudanden, erbjudanden särskilt utformade för att passa vissa grupper av föräldrar. Exempel på sådana är pappagrupper och grupper för ensamstående föräldrar.

Europarådet har under år 2007 antagit särskilda rekommendationer, ”Keys for parents” och ”Guidelines for professionals”, om stöd i föräldraskapet och riktlinjer för professionellt verksamma som i sitt arbete möter barn och deras familjer. Rekommendationerna utgår från konventionen om barnets rättigheter. Regeringens ställningstagande till ett generellt föräldrastöd under barnets hela uppväxttid ligger väl i linje med dessa rekommendationer.

### 7.3.4 Ökad kunskap och metodanvändning

Under de senaste decennierna har ”gamla” föräldrastödsmetoder vidareutvecklats och nya tagits fram. Regeringen vill betona vikten av att kommunala aktörer i möjligaste mån använder dem i sitt hälsofrämjande arbete. I fallet med generellt föräldrastöd är en effektiv metod att skapa möjligheter för föräldrar att träffas och utbyta erfarenhet med varandra. En sådan hälsofrämjande arena skapas t.ex. genom att ställa en lokal till förfogande och ordna ett inledande temamöte för att samla föräldrar. Denna träffpunkt ger föräldrar möjlighet att utifrån sina behov skapa nätverk och diskutera på vilket sätt de behöver ett mer utvecklat föräldrastöd. Det är viktigt att föräldrarna upplever att stödet passar dem och utgår från deras behov i den situation de befinner sig.

Det stöd som sedan erbjuds bör i största möjliga utsträckning vara evidensbaserat. FHI har i rapporten Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd, sammanställt och analyserat olika former av föräldrastöd för föräldrar med barn i olika åldrar. De evidensbaserade metoderna är vanligtvis strukturerade och följer ett utprovat schema eller manual för hur stödet ska genomföras. Ett stort antal forskningsstudier visar att evidensbaserade föräldrastödsmetoder ger påvisbara effekter på föräldrarnas förmåga att hantera olika utmaningar, och därmed även på barnens situation och välbefinnande. Regeringen anser att det är angeläget att sådana metoder tillämpas i betydligt större utsträckning än vad som är fallet i dag. I detta sammanhang vill regeringen betona vikten av att stimulera utvecklingen och införandet av sådana stödformer. Det är även viktigt att uppföljning och utvärderingar av pågående stödinsatser till föräldrar utvecklas och stimuleras. Det är angeläget att yrkesgrupper som i sitt arbete möter barn och föräldrar är lyhörda för sådana symtom, som kan ha en annan grund än somatiska problem och att föräldrar som önskar få stöd och hjälp får ett professionellt bemötande.

### 7.3.5 Utveckla insatser för lokal samverkan

Regeringen anser att det är angeläget att samverkan och/eller utbyte av erfarenheter mellan alla aktörer – i alla sektorer – som har föräldrar som målgrupp utvecklas. Kunskap om förutsättningar för stabil samverkan saknas ofta. Verksamheter motiverar i praktiken ofta samverkan utifrån den egna verksamhetens intressen, och är beroende av eldsjälur och personliga relationer. Vanligt är även att verksamheter samverkar i tillfälliga projekt. Ett exempel på en väl fungerande samverkan som ofta startat som ett projekt men sedermera införlivats i den ordinarie verksamheten,

är familjecentraler eller liknande verksamheter, dvs. mödra- och barnavårdscentralen samverkar med kommunala verksamheter som förskola och skola och socialtjänst samt, i vissa kommuner, med både den privata och den ideella sektorn.

Familjecentralerna bedriver en verksamhet som är generellt hälsofrämjande, tidigt förebyggande och stödjande. Målet är att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsa hos barn och föräldrar genom att finnas tillgänglig som nära mötesplats, stärka det sociala nätverket runt barn och föräldrar, skapa arbetsformer där föräldrar och barn är delaktiga, erbjuda lättillgängligt stöd, vara ett kunskaps- och informationscentrum och utveckla god service.

Det finns goda exempel på folkhälsoarbete med s.k. multidisciplinära (tvärprofessionella) team, som pågått under en längre tid och som varit framgångsrika. Målgruppen barn och ungdom omfattar flera samhällsområden och borde uppmärksammas som en sammanhängande helhet. Föräldrars kraft och möjlighet bör bättre tas till vara i det förebyggande arbetet, men även ses som en resurs vid behandling. En välfungerande skolhälsovård har en viktig roll i arbetet med att förebygga psykisk ohälsa bland barn och ungdom. Ungdomsmottagningarna har även stor betydelse då en stor del av verksamheten ägnas åt stöd och hjälp till ungdomar i deras psykoemotionella utveckling.

Regeringen anser att stödinsatser för barn- och ungdom bör samordnas på ett bättre sätt än vad som är fallet i dag. Samverkan fungerar bättre om den gynnar och utnyttjar yrkesgruppers olikheter än om yrkesgrupper behöver utveckla generalistkompetens. På ett basalt plan innebär samverkan att var och en gör sin del, men på ett samordnat sätt och i en dialog. Vidare är det viktigt med tydlighet kring målgruppen för samverkan, kring vilka problem man vill angripa, roller och förväntningar på varandra, gränser mellan kompetensområdena samt samverkansrutiner. Ett konkret sätt att hantera samverkan mellan flera verksamheter är att använda sig av en samordnare, koordinator eller dylikt som kan hålla samman alla kontakter. Det föräldrastödjande arbetet påverkas av hur samverkan fungerar lokalt och regionalt. Det saknas emellertid i många fall genomtänkta strategier för hur det föräldrastödjande arbetet ska läggas upp och genomföras.

### **7.3.6 Insatser**

#### *Nationell strategi för föräldrastöd*

Regeringen anser att samhällets erbjudande av stöd till föräldrar bör stärkas och utvecklas och avser därför att tillsätta en särskild utredare som ska ta fram ett förslag till en nationell strategi för en långsiktig kvalitetshöjande kompetensuppbyggnad och utveckling av samhällets erbjudande av stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap.

Samverkan är ett medel för att nå ett mål. Framgångsrik samverkan är beroende av att individuella deltagare kan dra nytta av banden till sin verksamhet/organisation och samtidigt överskrida dessa band för att agera kollektivt. De viktigaste kriterierna för fungerande samverkan är

motivation, en gemensam bild av det som ska vara fokus i samverkansarbetet samt ett förtroendefullt informationsutbyte.

Utredningen ska därför bestå av en bred sammansättning av aktörer från olika relevanta verksamheter på såväl statlig, regional som lokal nivå. Därigenom kan den fungera som en gränsöverskridande brobyggare mellan kommun- och landstingsförvaltning, intressegrupper och ideella organisationer samt myndigheter och forskning.

Den nationella strategins övergripande mål ska vara att föräldrastöd ska erbjudas kontinuerligt under barnets hela uppväxttid. Strategin ska utgå från en tydlig definition om vad som inryms i begreppet föräldrastöd samt innehålla förslag på delmål och etappmål samt åtgärder. Strategin ska även innehålla förslag på uppföljning och utvärdering av densamma.

### *Pilotprojekt om möjliga tillvägagångssätt för utbildning i föräldrastödsmetoder*

Regeringen avser att uppdra åt FHI att pröva och värdera olika tillvägagångssätt att ”utbilda utbildare” inom relevanta kommunala professioner i olika evidensbaserade föräldrastödsmetoder. Vidare ska FHI kartlägga det föräldrastöd som ges inom mödravården, barnhälsovården, förskolan och skolan samt genomföra en behovsanalys av vilket stöd och vilken hjälp i föräldraskapet som föräldrar efterfrågar. Resultaten av såväl kartläggning, behovsanalys som prövning och värdering av olika tillvägagångssätt att ”utbilda utbildare” ska utgöra underlag till strategin för föräldrastöd som ovan nämnda utredare ska ta fram. FHI ska fortlöpande informera utredaren om hur arbete med kartläggning, behovsanalys och utbildningsförsök framskrider.

### *Nationell presentation av föräldrastödsstrategin*

Regeringen avser att avsätta medel till FHI för att arrangera en nationell konferens med hjälp av modern IT-teknik. Syfte med konferensen är att lansera den nationella strategin för föräldrastöd som ovan nämnda utredning tagit fram.

### *Nationell mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa*

Det är viktigt att det lokala folkhälsoarbetet är kunskapsbaserat och effektivt. Det förutsätter att insatser följs upp och utvärderas och att de kunskaper som erhålls tas till vara. Ett sådant systematiskt arbetssätt kan leda till att metoder och insatser behövs omprövas. Det är särskilt angeläget att över tid följa barns och ungdomars psykiska hälsa. Genom att noga följa utvecklingen i den egna kommunen är det bl.a. möjligt att avgöra om de hälsofrämjande insatser som genomförs har avsedd effekt. För att detta ska kunna vara möjligt krävs emellertid relevant och användbar information. Regeringen har därför för avsikt att satsa tio miljoner kronor på en nationell undersökning av barns och ungdomars psykiska hälsa. Undersökningens resultat ska ge ett nationellt riktvärde och redovisas på kommun- och stadsdelsnivå. Riktvärdet gör det möjligt för kommuner och stadsdelar att jämföra sina barns och ungas psykiska

hälsa med övriga kommuner och med hela befolkningsgruppen barn och unga samt över tiden följa den lokala utvecklingen genom att upprepa mätningen.

Socialstyrelsen ska därför få i uppdrag att i samråd med FHI genomföra en omfattande nationell undersökning om barns och ungdomars psykiska hälsa. Underlaget ska spegla situationen i olika delar av landet och utgöra ett relevant jämförelsematerial för kommande mätningar genomförda av kommunerna själva.

Undersökningsformuläret ska utgå från den modell som Socialstyrelsen tagit fram inom ramen för regeringsuppdraget att lämna ett förslag på en nationell mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa (2005). Datainsamlingen ska omfatta elever i årskurserna 6 och 9. Deltagandet ska vara frivilligt och ske anonymt.

Resultatet från mätningen ska sammanställas och på ett lättillgängligt sätt återföras på kommun- och stadsdelsnivå. Socialstyrelsen bör samråda med FHI och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att underlätta såväl implementering av undersökningen som den framtida användningen av resultaten.

Vidare avser regeringen att uppdra åt FHI att, i samråd med Socialstyrelsen, göra det aktuella undersökningsformuläret tillgängligt på FHI:s hemsida så att kommuner och stadsdelar själva kan upprepa undersökningen, och om man så vill, genom återkommande mätningar följa utvecklingen på lokal nivå. I uppdraget ingår även att ta fram en manual för hur användare på lokal nivå på ett enkelt sätt kan bearbeta och sammanställa data för en beskrivande resultatredovisning. Manualen ska medfölja formuläret. FHI ska i samverkan med SKL bistå kommuner och stadsdelar med stöd och hjälp i deras uppföljande mätningar. Slutligen ingår även i uppdraget att ta fram förslag på hur uppgifter från undersökningar på lokal nivå ska kunna återföras till FHI:s databas för kommuner och till Socialstyrelsen.

### *Föräldrahandledning på DVD*

FHI presenterade under hösten 2007 en DVD som riktar sig till föräldragrupper med barn i åldrarna 3–9 år. Till DVD:n medföljer en föräldrahandledning. DVD:n har tagits fram på regeringens uppdrag tillsammans med filmare i samarbete med psykologer och kuratorer. FHI ska utbilda särskilda ”ambassadörer” som ska ha till uppgift att sprida information om filmen. Olika studieförbund planerar att anordna utbildningar med föräldragrupper för föräldrar med barn i åldrarna 3 till 9 år.

### *Samverkan på lokal nivå*

Regeringen är positiv till sådana stödjande miljöer som familjecentraler är ett exempel på. Vid dessa bedrivs en verksamhet som är generell hälsofrämjande, tidigt förebyggande och stödjande. Föräldrar och barn är delaktiga och erbjuds lättillgängligt stöd. Det saknas i dag samlad kunskap om det faktiska antalet familjecentraler i landet, vilka verksamheter som ingår i familjecentralerna samt hur de är organiserade och finansierade. Det saknas även en sammanställning av erfarenheter från interna-

tionell forskning om verksamheter med liknande syfte. Regeringen gav därför i juni 2007 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga familjecentralerna och sammanställa befintlig kunskap om dem och om deras betydelse. Uppdraget ska redovisas senast den 1 april 2008.

### *Barnrättsakademi för utbildning och kunskapsutveckling*

För att barnkonventionen ska kunna omsättas i praktisk handling måste de som i sitt arbete kommer i kontakt med barn få möjligheter att utveckla sin kunskap och kompetens om barnets rättigheter. Barnrättsakademien har inrättats vid Örebro universitet för att erbjuda olika yrkesgrupper, beslutsfattare och andra intressenter kompetensutveckling och möjlighet till fortbildning i tillämpningen av barnkonventionen. Regeringen har beviljat Örebro universitet medel under 2007 för att genomföra utbildningar om barnets rättigheter och en nationell konferens om barnkonventionen i den högre utbildningen.

### *Indikatorer för att mäta och följa upp insatser för barn och unga*

För att bättre kunna mäta och följa upp insatser inom ramen för barnpolitiken har en arbetsgrupp inom Regeringskansliet presenterat ett förslag till ett uppföljningssystem för barnpolitiken som utgår från de åtaganden som följer av barnkonventionen. Arbetsgruppen har, utifrån befintliga register och urvalsundersökningar, tagit fram indikatorer som syftar till att beskriva utvecklingen av flickors och pojkars levnadsvillkor exempelvis när det gäller hälsa, levnadsstandard, delaktighet och utsatthet. Indikatorerna har huvudsakligen utvecklats för uppföljning på nationell nivå, men ett mindre antal indikatorer medger även jämförelser mellan kommuner och landsting. Förslaget till uppföljningssystem har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

### *Samordning av barnsäkerhetsfrågor*

Flera statliga myndigheter ansvarar för frågor som rör barns säkerhet. För att öka kunskaps- och erfarenhetsutbytet mellan berörda sektorsmyndigheter och identifiera behov av ytterligare åtgärder har Statens räddningsverk (SRV) sedan 2005 ansvar för att på ett övergripande plan samordna barnsäkerhetsfrågorna. SRV har bl.a. inrättat ett råd för barnsäkerhetsfrågor där berörda myndigheter och organisationer ingår samt tagit fram en webbplats med bl.a. information och statistik rörande barnsäkerhet. Ett arbete pågår för att ta fram en handlingsplan för barnsäkerhetsarbetet i Sverige.

### *Åtgärdsprogram mot mobbning*

Myndigheten för skolutveckling fick i februari 2007 i uppdrag att sammanställa och kartlägga forskningsbaserade, förebyggande och åtgärdande metoder mot mobbning. Metodernas effekter ska vara systematiskt



utvärderade. Myndigheten ska även genomföra utvärderingar av befintliga metoder som används mot mobbing.

Utifrån kartläggningen ska myndigheten utforma en utbildningssatsning riktad till kommuner och skolor. Målsättningen är att metoder som används i skolorna ska vara utvärderade och kvalitetssäkrade.

Uppdraget ska slutrapporteras den 1 november 2010.

### *Diskriminering*

Statens skolverk fick i augusti 2006 i uppdrag att genomföra en kartläggning av förekomsten av diskriminering i form av trakasserier på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning och funktionsnedsättning i förskolan, grund- och gymnasieskolan och den kommunala vuxenutbildningen. I uppdraget ingick även att följa upp hur lagen om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever tillämpas i förskolan, grundskolan och gymnasieskolan samt den kommunala vuxenutbildningen. Vidare hade myndigheten i uppdrag att genomföra en inventering av den fysiska tillgängligheten till lokaler för elever med funktionsnedsättning i grund- och gymnasieskolan. Inventeringen av den fysiska tillgängligheten till lokaler ska redovisas den 1 oktober 2008. Kartläggningen om förekomsten av trakasserier och uppföljningen av tillämpningen av lagen ska redovisas den 1 mars 2009.

### *Handlingsplanen mot sexuell exploatering av barn*

I december 2007 beslutade regeringen om en uppdatering av den nationella handlingsplanen mot sexuell exploatering av barn. Syftet med den uppdaterade handlingsplanen är dels att beskriva det arbete som har genomförts inom området sedan 2001, och det arbete som alltjämt pågår inom olika aktörers verksamheter, dels att presentera ett antal nya åtgärder för att ytterligare driva på arbetet med att förebygga och bekämpa sexuell exploatering av barn. Åtgärderna fokuserar på bl.a. sexuell exploatering av barn i samband med turism och resande (s.k. barnsexturism), kunskapspridning samt kartläggning av insatser riktade mot förövare.

### *Riskmiljö – utsatta områden*

Regeringen prioriterar särskilt att bryta utanförskapet i det svenska samhället. Det är särskilt angeläget att barn och unga inte ska växa upp i utanförskap. Regeringen har därför uppdragit åt Ungdomsstyrelsen att under 2008 genomföra en tematisk analys som ska inriktas på kartläggning och analys av ungdomars levnadsvillkor och upplevelse av sin situation i ett antal utanförskapsområden. Analysen ska ha inriktning på utbildning och arbete.

Ungdomsstyrelsen har under 2006 och 2007 haft i uppdrag att genomföra satsningar på förebyggande och främjande verksamheter för ungdomar i riskmiljöer. Bidrag ges för verksamhet som bedrivs för ungdomar i ett socialt utsatt område eller i ett område där det finns risk att ungdomar hamnar i ett socialt utanförskap. Ungdomsstyrelsen har stött

## 7.4 Målområde 4 Hälsa i arbetslivet

**Regeringens bedömning:** En viktig uppgift inom arbetsmiljöpolicen bör vara att på olika sätt se till att risker för skador och ohälsa minimeras samtidigt som arbetets positiva faktorer utvecklas.

**Skälen för regeringens bedömning:** Regeringen menar att arbetsmiljö är en viktig fråga både för den enskildes hälsa och välbefinnande, för verksamheternas utveckling och därmed även för förutsättningar för tillväxt och konkurrens. Arbetsmiljön ska vara så utformad att arbetet inte innebär risk för att den anställde skadas eller drabbas av ohälsa. Vidare är möjligheterna att skapa balans mellan arbetsliv och privatliv viktiga för hälsan. Trenden med en ökad arbetsrelaterad ohälsa har på senare tid vänt och det är angeläget att denna trend med färre som ställs utanför på grund av sjukdom eller skada fortsätter. Arbetslivet måste även utformas så att det finns plats även för dem som har en begränsning i sin arbetsförmåga. Den demografiska utvecklingen med allt färre i yrkesverksam ålder ställer större krav på att fler kan och vill stanna kvar i arbetslivet fram till pensionsåldern.

En bärande utgångspunkt för arbetet med en framtida arbetsmiljöpolicen är att skapa förutsättningar för en arbetsmiljö som förebygger utslagning från arbetslivet till följd av ohälsa och olycksfall och som ger möjligheter för så många som möjligt, även dem som står långt från arbetsmarknaden, att träda in, kvarstå och utvecklas i arbetslivet. En departementspromemoria håller nu på att utarbetas vid arbetsmarknadsdepartementet, och promemorian kommer att ligga till grund för det fortsatta arbetet.

Erfarenheterna från det arbetet och andra erfarenheter av hälsofrämjande arbetsplatsarbete sammanställdes 2004 av Statens folkhälsoinstitut.

### 7.4.1 Insatser

Arbetsmiljölagen och en effektiv tillsyn av efterlevnaden är viktiga för att säkerställa att arbetsmiljöförhållandena på arbetsplatserna är goda. Vissa delar av arbetsmiljölagen är nu föremål för en översyn. Utredningen om arbetsmiljölagen lämnade i maj 2006 ett delbetänkande (Bättre arbetsmiljöregler I, samverkan, utbildning avtal m.m., SOU 2006:44) samt ett slutbetänkande i juni 2007 (Bättre arbetsmiljöregler II, skyddsombud, beställansvar, byggarbetsplatser m.m., SOU 2007:43). Utredningens förslag har remissbehandlas och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

De arbetsrättsliga reglerna syftar till att ge goda förutsättningar för att kombinera trygga förhållanden på arbetsmarknaden med en hög sysselsättningsnivå. En förenkling av lagstiftningen och färre restriktioner för tidsbegränsad anställning underlättar rekrytering och nyanställningar och kan därmed bidra till att fler arbetstillfällen skapas. I propositionen Bättre

möjligheter till tidsbegränsad anställning m.m. (prop. 2006/07:111) föreslogs ändringar i lagen (1982:80) om anställningsskydd och semesterlagen (1977:480). Ändringarna, som i huvudsak trädde i kraft den 1 juli 2007, genomfördes i syfte bl.a. för att underlätta och öka företagets incitament att anställa och för att öka flexibiliteten i regelverket. Regelverket har dessutom förenklats. Samtidigt ges arbetstagare som under en längre tid haft tidsbegränsad anställning genom regeln om automatisk övergång en rimlig trygghet. Det minskar även möjligheterna till missbruk av på varandra följande visstidsanställningar. Även skyddet för vikarier stärks jämfört med i dag och möjligheten att vikariatsanställningar missbrukas minskas. Säsongsanställning fortsätter att vara en möjlighet och tidsfristerna avseende företrädesrätt återställs. Genom att ta bort den dubbla anställningstiden vid beräkningen av anställningstid för äldre arbetstagare i vissa situationer undanröjs den negativa effekt bestämmelserna kan ha för rörligheten på arbetsmarknaden. Det kan även antas att reglerna försvårat för äldre arbetskraft att få anställning.

## 7.5 Målområde 5 Miljöer och produkter

**Regeringens bedömning:** Folkhälso- och miljöpolitik är båda centrala delar i arbetet för en hållbar utveckling. Regeringens avsikt är att återkomma till riksdagen med förslag om en översyn av miljömålsystemet under 2009.

**Skälen för regeringens bedömning:** På lång sikt sammanhänger en god folkhälsa med en bra yttre miljö. Utsläppet av fossila bränslen och den globala uppvärmningen utgör redan i dag hälsohot i delar av världen genom att förändra betingelserna för jordbruk, vattenförsörjning och spridning av infektionssjukdomar. På längre sikt är den svenska folkhälsan i mycket hög grad beroende av den ekologiska och sociala utvecklingen i andra delar av världen.

### 7.5.1 Luftföroreningar

Luftföroreningssituationen har förbättras, men höga halter av marknära ozon, kväveoxider och inandningsbara partiklar är fortfarande allvarliga hälsoproblem. De antas orsaka tusentals förtida dödsfall per år i Sverige. Arbetet med att minska utsläppen av luftföroreningar, särskilt partiklar och ämnen som bidrar till bildning av marknära ozon, bör få fortsatt hög prioritet, både internationellt och nationellt.

Av miljöfaktorerna orsakar luftföroreningar de flesta dödsfallen, där efter kommer skador till följd av olycksfall. Halterna av de skadligaste luftföroreningarna har ökat något de sista åren samtidigt som ny forskning visar att de negativa effekterna är mycket allvarligare än vad man tidigare har känt till. Luftföroreningar orsakar hjärt-kärlsjukdomar, cancer och luftvägsbesvär. Värst drabbade är kroniskt sjuka, t.ex. astmatiker och barn i de mest utsatta områdena som kan få nedsatt lungfunktion som vuxna. Eftersom en stor del av luftföroreningarna kommer från andra länder är utgången av det kommande internationella förhandlingsarbetet

### 7.5.2 Farliga ämnen

Exponering för kemiska ämnen sker bl.a. via olika typer av kemiska produkter, varor som behandlats med kemikalier, produkter, via föda i arbets- och inomhusmiljön. Ämnen som är cancerframkallande påverkar arvsmassan eller stör fortplantningen är allergiframkallande eller nervskadande har inverkan på folkhälsan samt även långlivade organiska föreningar. Förekomsten av kvicksilver och kadmium i miljön är fortfarande ett problem som leder till exponering via livsmedelskedjan. I nästan all fisk i svenska vatten överskrider halterna det gränsvärde som har föreslagits av EU-kommissionen vid översynen av gemenskapens ramdirektiv för vatten.

Grundläggande problem i nuvarande hantering av kemikalier är bristen på kunskap om hälso- och miljöeffekterna av de ämnen som i dag finns på marknaden. Denna kunskapsbrist gäller särskilt effekter på barn. Det ofödda barnets exponering för kemikalier under graviditeten samt under nyföddhetsperioden är något som uppmärksammats under de senaste åren. Allt fler studier visar på att kemikalieexponering under denna tidiga period i livet kan orsaka förändringar i utvecklingen, som blir bestående och/eller leder till olika sjukdomar senare i livet. Därutöver finns även luckor i systemen för att begränsa riskerna med hantering av farliga ämnen, bl.a. i varor. Till detta kommer kunskapsbristen gällande ämnen som oavsiktligt bildas eller satts i cirkulation i miljön.

Arbetet med att förbättra informationen om farliga ämnen i varor samt att fasa ut farliga ämnen och att minska risker och motverka deras spridning i miljön bör fortsätta i enlighet med miljö kvalitetsmålet Giftfri miljö.

### 7.5.3 Skador

En genomsnittlig vecka omkommer över 50 personer till följd av olyckor, ungefär 10 i vägtrafiken, drygt 25 till följd av fallolyckor, ett par i bränder och något fler i drunkningsolyckor. En normal vecka läggs ett par tusen personer in på sjukhus till följd av skador efter olyckor, 12 000 uppsöker en akutmottagning och 20 000 uppsöker primärvården. De ekonomiska konsekvenserna för samhället kan i princip delas in i två delar, direkta kostnader för vård, rehabilitering m.m. samt indirekta kostnader som t.ex. produktionsbortfall. Den samhällsekonomiska kostnaden till följd av olyckor uppgick 2003 till 37 250 miljoner kronor (enligt SRV:s bedömning) Det motsvarar ungefär 4 150 kronor per invånare. Av den totala kostnaden avser två tredjedelar direkta kostnader och en tredjedel indirekta kostnader.

I en publicerad barnskaderapport från Socialstyrelsen framgår att omkring 100 barn, i åldrarna 0–17, per år avled till följd av skador eller förgiftningar den senaste femårsperioden. Motsvarande period vårdades varje år cirka 21 000 barn för skador i slutna vård på sjukhus och

180 000 barn per år besökte akutmottagning eller vårdcentral för sina skador. Prop. 2007/08:110

I Sverige dödas varje år drygt 400 personer och tusentals skadas så svårt att de får bestående men till följd av olyckor på gator och vägar. Riksdagens beslut om ”Nollvisionen” innebär att den långsiktiga ambitionen för trafiksäkerheten ska vara att ingen dödas eller allvarligt skadas. Vägverket är den myndighet som har det övergripande ansvaret för trafiksäkerheten.

#### *Skador är ett folkhälsoproblem som ökar bland äldre*

Dödligheten i skador har minskat sedan 1970-talet men den positiva trenden stannade av i mitten av 1990-talet. Från omkring 2000 ser man en liten uppgång bland både män och kvinnor. Totalt avled nästan 3 000 personer av skador 2005 varav 58 procent män. Mer än hälften av alla dödliga skador drabbar personer som är äldre än 65 år. Det är ökad död till följd av fallskador bland äldre som förklarar den uppgång i dödligheten som vi sett från början av 2000-talet. Många skadade, 42 000 individer 2003, måste uppsöka hälso- och sjukvården. De äldre utgör 45 procent av det totala antalet som vårdats på sjukhus till följd av olyckor och står för sex procent av alla vårddygn vid sjukhuset. Mellan 2001 och 2005 vårdades i genomsnitt per år cirka 140 000 vuxna över 18 år i sluten vård på sjukhus för skador och cirka 570 000 fick behandling vid vårdcentral.

#### **7.5.4 Inomhusmiljö**

Inomhusmiljöns påverkan på människan är ett komplext område där en rad faktorer samverkar. Vilka specifika föroreningar som gör att människor får symtom eller besvär är i många fall svårt att ta reda på. Det är väl dokumenterat att fuktproblem i byggnader kan ge negativa hälsoeffekter. Det rör sig framför allt om luftvägssymtom som luftvägsinfektion, hosta, väsande andning och astmatiska besvär. Även snuva, irritation i näsa och ögon och generella besvär som trötthet och huvudvärk kan förekomma.

De exponeringar som förknippas med fuktiga byggnader är mikrobiologiska faktorer, bl.a. mögel och bakterier, allergen från kvalster samt flyktiga organiska ämnen som avges på grund av kemiska eller mikrobiologiska processer, t.ex. från fuktpåverkade material. Emissioner som beror på fukt kan fortgå även efter det att fukten har torkats ut. Kvalster har ibland nämnts som en huvudorsak till hälsoproblem i samband med fuktiga byggnader. Det är dock bara en av flera förklaringar till problemen.

Brister i inomhusmiljön visar sig ofta genom byggnadsskador eller indirekt genom att människor får symtom eller besvär. Det kan handla om befintliga fuktproblem eller om äldre fuktproblem som inte åtgärdats på rätt sätt.

Buller orsakar främst olika besvärs- och störningseffekter som innebär negativ påverkan på livskvalitet och hälsa genom t.ex. sömnproblem, stressrelaterade symtom samt koncentrations- och inlärningssvårigheter, särskilt hos barn. Vid mycket höga ljudnivåer, från exempelvis skrik eller musik kan det uppstå hörselskador och tinnitus. Barn exponeras för buller både inom- och utomhus, och de exponeras både i skolan, i förskolan och i sin hemmiljö. Utomhus är trafikbuller en vanlig bullerkälla. Inomhus påverkas ljudmiljön till stor del av buller från aktiviteter, i det egna eller i ett angränsande rum, buller från olika installationer och trafikbuller.

Ljudisolering av ytterväggar och mellan bostäder eller lokaler samt ljudisolering av väggar mellan rumsenheter har stor betydelse för den totala nivån på bullerstörningen.

En av de allvarigaste effekterna av exponering för mycket höga ljud är hörselnedsättning. Om man under längre tid utsätts för höga ljudnivåer förstörs hörselcellerna och man kan få en permanent hörselnedsättning. Dessutom gör hörselnedsättning, oavsett orsak, att man blir mer känslig för buller.

Sammantaget är det angeläget att minska ursprunget till buller oavsett källa. Samtidigt måste kunskapen om hur goda ljudmiljöer skapas komma till praktisk användning för att förbättra ljudmiljöerna i förskolor, skolor och fritidshem. Därför behövs även arbetssätt och strategier som syftar till att minska bullret från själva verksamheten i lokalerna. Kunskapen om hur ljudnivåerna av verksamheten kan reduceras på förskolor, skolor och fritidshem är bristfällig jämfört med motsvarande kunskap när det gäller exempelvis trafikbuller.

Arbetet med buller, hörselnedsättning, tinnitus, luftföroreningar och skador bör ha fortsatt hög nationell prioritet, liksom inom Europeiska unionen och i internationella organ. De olika ämnenas betydelse för folkhälsan bör även fortsättningsvis klarläggas.

### 7.5.6 Elektromagnetiska fält

Den snabbt ökade användningen av mobiltelefoni har skapat oro för att mobiltelefoni eventuellt kan ge skadliga hälsoeffekter. Det finns i dag inga vetenskapliga belegg för att radiovågorna leder till skadliga hälsoeffekter, så länge Strålskyddsinstitutets gränsvärden iakttas. Detta gäller även när mobiltelefonerna sänder med den högsta tillåtna styrkan.

Forskning om hur elektromagnetiska fält kan påverka människan har bedrivits under mer än fyrtio år. När forskningsresultat bedöms skiljer man mellan biologiska effekter och hälsoeffekter. Biologiska effekter är mätbara effekter i kroppen som inte nödvändigtvis är skadliga och som kroppen själv kan kompensera. Skadliga hälsoeffekter är sådana som ligger utanför kroppens normala kompensationsförmåga och som påverkar hälsa och välmående.

Det förekommer diskussioner om biologiska effekter av radiovågor, som inte kan förklaras med hjälp av uppvärmning. Det gäller t.ex. om radiovågor från mobiltelefoner kan påverka sömnen eller ändra olika typer av reaktionstider. Andra frågor som granskas är om barn kan vara

extra känsliga för radiovågor från mobiltelefoner och om den säkerhetsmarginal som användes när gränsvärdet sattes är tillräcklig. I olika studier har forskare försökt att belysa ett eventuellt samband mellan mobiltelefoni och ökad risk för cancer. Enstaka forskningsresultat kan tyda på ett eventuellt samband. Det har dock inte kunnat bekräftas vid ett flertal omfattande studier från olika länder.

Epidemiologiska data tyder på att exponering för kraftfrekventa magnetfält från t.ex. kraftledningar skulle kunna öka risken för cancer, framför allt hos barn. Det finns dock inte någon känd mekanism som skulle kunna förklara hur exponeringen för så svaga och lågfrekventa fält skulle kunna påverka risken för sjukdom.

### 7.5.7 Insatser

#### *Insatser inom miljö kvalitetsmålen*

Miljömålsrådet kommer i början av april 2009 att lämna en fördjupad utvärdering av systemet med miljö kvalitetsmål till regeringen. I den utvärderingen kommer Miljömålsrådet att lämna förslag om nya delmål för 2015 samt förslag till nya åtgärdsstrategier med förslag som bidrar till att miljö kvalitetsmålen med delmål nås. I förslagen till strategier för effektivare energianvändning och transporter samt för giftfria och resursnåla kretslopp kommer det att ingå förslag om åtgärder som har till syfte att minska förekomsten och utsläppen av hälsofarliga ämnen.

#### *Insatser för inomhusmiljön*

Inomhusmiljöns påverkan på hälsan omfattar en rad samverkande faktorer. Vilka specifika föroreningar som gör att människor får symtom eller besvär är i många fall svårt att ta reda på. Det är av stor vikt att fuktproblemen i byggnader rättas till och att kunskap sprids om de kända hälso risker som finns så att befintliga problem kan åtgärdas och framtida problem förebyggas.

Regeringen har beträffande byggnadsrelaterade faktorer uppdragit åt Boverket att ta fram bl.a. underlag om byggnaders tekniska utformning som medger att vissa befintliga delmål till miljö kvalitetsmålet God byggd miljö kan följas upp och eventuellt ändras. Vidare ska underlaget ge möjlighet att formulera nya delmål t.ex. beträffande fukt, mögel och buller samt belysa eventuella brister i inomhusmiljön och upplevd ohälsa. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 1 december 2008.

#### *Insatser inom väg och trafik*

För att få en bättre utgångspunkt i trafiksäkerhetsarbetet krävs generell att det statistiska underlaget blir bättre. Regeringen har därför låtit Vägverket beskriva hur vägtrafikolyckornas hälsopåverkan ser ut och hur beskrivningen skulle kunna förbättras och breddas. Verket har vidare fått utreda möjligheterna att använda sjukhusens slutenvårdsstatistik och statistik över sjukskrivningar orsakade av trafikolyckor. Vidare ingick i uppdraget att ge förslag på hur registreringen av alkohol- och drogrela-

terade olyckor skulle kunna förbättras och hur systematiska urvalsundersökningar av förekomsten av alkohol- och drogpåverkade förare bör genomföras. Vägverkets förslag bereds nu inom Regeringskansliet.

Regeringens proposition om nya hastighetsgränser antogs av riksdagen den 26 maj 2007. Regeringen har beslutat om de förordningsändringar som krävs för att nya hastighetsgränser får införas, så att det blir möjligt för beslutande myndigheter att använda sig av 10-steg i intervallet 30–120 kilometer i timmen. De nya hastighetsgränserna kommer att göra det lättare att anpassa hastighetsgränserna efter rådande förhållanden. Regeringen har även uppdragit åt Vägverket att utvärdera vilken effekt de nya hastighetsgränserna har fått på de transportpolitiska delmålen bl.a. nollvisionen och om det finns åtgärder som kan vidtas för att förbättra resultaten. Våren 2008 avses att regeringen även ska lägga fram förslag för ökad trafiksäkerhet för mopedförare, bl.a. kommer körkort att införas för moped klass I. Vad gäller åtgärder mot rattfylleri kommer regeringen att föreslå att en utvidgad riskutbildning införs, som tar upp riskerna med att köra påverkad av alkohol, andra droger eller trötthet. En alkoholstrategi togs vidare fram våren 2007 för att öka användningen av alkohol och annan teknik som förhindrar körning under påverkan dels genom ett förbättrat system för alkohol till dömda rattfyllerister dels preventivt genom att arbeta för ett stegvis införande av alkohol i yrkesmässiga person- och godstransporter.

I april 2008 avses att Vägverket ska redovisa ett regeringsuppdrag om att föreslå nytt etappmål för trafiksäkerhetsutvecklingen.

### *Skadesystem*

Injury Data Base (IDB tidigare EHLASS) som drivs av Socialstyrelsen är ett skadedatasystem som registrerar detaljerade uppgifter om skadehändelser som kommer in till akutmottagningar och jourcentraler. IDB är ett europeiskt system där många av EU: medlemsstater är med. Skadesystemets primära syfte är att förse myndigheter och aktörer med ansvar för säkerhet och skadeförebyggande arbete inom olika samhällssektorer, med adekvat statistik.

### *Elektromagnetiska fält*

Forskningen om radiofrekventa- och kraftfrekventa fälts eventuella påverkan på hälsan följs av framförallt Statens strålskyddsinstitutet och Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) som har i uppdrag att bevaka forskning om elöverkänslighet och att rapportera om kunskapsläget till regeringen.



**Regeringens bedömning:** Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör stärkas i hela hälso- och sjukvården. I patient- och anhörigkontakter bör förebyggande och hälsofrämjande aspekter systematiskt integreras. Regeringen avser att avsätta medel för att stödja utvecklingsarbetet som nätverket Hälsöfrämjande sjukhus bedriver inom området. Regeringen avser även att vidta åtgärder som rör hälso- och sjukvårdens verksamhet inom målområde 11 (se avsnitt 7.10).

**Skälen för regeringens bedömning:** Hälso- och sjukvården bör ha hög tillgänglighet och god kvalitet samt erbjuda valfrihet för den enskilde.

En väl fungerande hälso- och sjukvård har stor betydelse för folkhälsan. Hälso- och sjukvården hjälper människor att återfå eller bibehålla sin hälsa och funktionsförmåga och bidrar till återgång i arbete eller aktivt liv på annat sätt. Inte minst innebär hälso- och sjukvården en trygghet, att var och en kan få hjälp för sig själv och de sina när man behöver det.

Inriktningen på hälso- och sjukvården har betydelse för folkhälsan. Det är sjukvårdshuvudmännens ansvar att planera och organisera hälso- och sjukvården så att målet i hälso- och sjukvårdslagen om en god hälsa och en vård på lika villkor uppfylls. Regeringens ambition är att skapa goda förutsättningar för en god vård med patienten i centrum. Hälso- och sjukvården ska därför kännetecknas av hög tillgänglighet, god kvalitet och valfrihet för den enskilde. En sådan inriktning förstärker även hälso- och sjukvårdens betydelse för folkhälsan.

### **7.6.1 Det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör stärkas i hela hälso- och sjukvården**

Ur ett folkhälsopolitiskt perspektiv är det särskilt angeläget att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser integreras i den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen. I Sverige finns en lång tradition av förebyggande arbete inom t.ex. mödra- och barnhälsovård och ungdomsmottagningar samt inom tandvård och skolhälsovård. Dessa verksamheter har haft stor betydelse för den svenska folkhälsan. Men ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv bör även i ökad utsträckning präglade andra delar av hälso- och sjukvården, såväl i hemsjukvården och primärvården som i sjukhusvården.

Socialstyrelsen redovisade 2005 en kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården. Kartläggningen visade att övergripande formuleringar om folkhälsa eller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser var mycket vanliga i landstingens övergripande styrdokument. Den visade även att genomslaget i den praktiska verksamheten inte var av samma storleksordning. Evidensbaserade metoder för rökstopp och för att identifiera alkoholvanor användes inte i den utsträckning som vore önskvärt. Ofta saknades en tydlig strategi för hur hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser ska integreras i ordinarie verksamhet.

Regeringen anser att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet bör stärkas i hela hälso- och sjukvården. Den viktigaste uppgiften är att i patient- och anhörigkontakter systematiskt integrera förebyggande och hälsofrämjande aspekter så att de blir naturliga delar i det löpande arbetet i hela vårdkedjan.

Att främja hälsa i hälso- och sjukvården handlar i hög grad om att se den enskilde patienten i ett helhetsperspektiv och att stödja honom eller henne i att så långt som möjligt själv ta makten över sin situation. Särskilt inom primärvården finns en hög potential för att så tidigt som möjligt stödja patientens egen förmåga att ta ansvar för sitt hälsotillstånd, t.ex. genom att i de enskilda patientkontakterna informera och samtala om levnadsvanors betydelse för hälsan, ge råd och erbjuda stöd till den som behöver det. De evidensbaserade preventiva metoder som i dag finns tillgängliga bör användas mer. För att stödja en sådan utveckling ger regeringen t.ex. stöd till "Riskbruksprojektet", som syftar till att utveckla alkoholskadeprevention i primärvården och i företagshälsovården. Landstingen har även kunnat ansöka om särskilda medel hos Socialstyrelsen för att utveckla alkoholskadeprevention. Dessa satsningar kommer att fortsätta även de närmaste åren (se avsnitt 7.10).

Även om primärvården ligger i framkant när det gäller kontakten med befolkningen och möjligheterna att tidigt stödja enskilda att ta god hand om sin hälsa, så är det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande perspektivet lika angeläget för sjukvården i övrigt. Särskilt angeläget är detta i kontakten med människor som lider av långvariga eller svår-diagnosticerade sjukdomar och besvär. Inte minst den medicinska rehabiliteringsverksamheten bör i hög grad präglas av ett hälsofrämjande synsätt.

Ökad samverkan mellan olika kompetenser kan ge bättre förutsättningar för att utveckla kvaliteten inom hälso- och sjukvården bl.a. med avseende på patientsäkerhet och tillgänglighet. Inom hälso- och sjukvården finns flera exempel på organiserad samverkan mellan professioner som företräder olika vetenskapliga discipliner och behandlingstraditioner. Regeringen ser positivt på de initiativ som tas för att på god vetenskaplig grund ta till vara kompetens från olika behandlingstraditioner i syfte att förbättra tillgänglighet, valfrihet och kvalitet för den enskilda patienten.

Äldre människor är en angelägen målgrupp för hälsofrämjande insatser. Förebyggande hembesök har visat sig vara en effektiv metod för att nå ut med information om hälsa och livsstil. Det kan ske via gemensamma besök av distriktssköterska och hemtjänstpersonal. Hälsosamtal är ett sätt att arbeta för att förebygga ohälsa, påverka livsstilsfaktorer och riskfaktorer i exempelvis den äldres omgivning samt att tidigt upptäcka begynnande sjukdom. Hälsosamtalet handlar om livsstil, riskfaktorer och social situation, utifrån en bred syn på hälsa. Det kan göras i olika former, vid besök på vårdcentralen, när distriktssköterskan är hemma hos hemsjukvårdspatienten eller mer generellt till en viss grupp eller alla äldre. Ett hembesök ger större möjligheter att skapa den trygghet som krävs för att ta upp frågeställningar som den äldre inte tar upp vid besök på vårdcentral. Det kan till exempel gälla hälsoproblem som inkontinens, missbruk, våld i nära relationer eller existentiella frågor. Samtalet i hemmet ger även större möjligheter att identifiera risker för fallskador, att se

möjligheter till bostadsanpassning och behov av hjälpmedel samt att tala om den äldres läkemedelsanvändning. För anhöriga som vårdar någon närstående och inte redan har kontakt med kommunen, kan det vara ett tillfälle att få information om vilka möjligheter till stöd och avlastning som finns. En vetenskaplig utvärdering visar att förebyggande hembesök leder till minskad efterfrågan på äldreomsorg och hälso- och sjukvård.

Regeringen anser att förebyggande insatser riktade mot äldre kvinnor och män kan medföra stora vinster, både hälsomässiga och ekonomiska. Ansvaret för hälsofrämjande och förebyggande arbete ligger både hos kommuner och landsting. Regeringen har beslutat om stöd till förebyggande arbete genom det stimulansbidrag på 1,35 miljarder kronor för 2007 och 2008 som ställts till kommunernas och landstingens förfogande för insatser inom vården och omsorgen om äldre.

### **7.6.2 Det hälsofrämjande perspektivet i kunskapsstöd och uppföljning på nationell nivå**

Ett sätt att stimulera en utveckling inom detta område är en tydlig uppföljning på nationell nivå. Socialstyrelsen har i uppdrag att rapportera utvecklingen av bestämningsfaktorer för folkhälsan inom det egna verksamhetsområdet. Vid Socialstyrelsen pågår även ett arbete för att utveckla nationella riktlinjer för att inom hälso- och sjukvården förebygga sjukdom genom påverkan på levnadsvanor. Förebyggande åtgärder beaktas även i övriga riktlinjer, som Socialstyrelsen har tagit fram för vård och behandling av sjukdomar som rör många människor och tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp hur riktlinjerna påverkar praxis. De kvalitetsindikatorer som utarbetas i samband med riktlinjearbetet utgör även underlag för uppföljning med öppna jämförelser och analyser.

Även vid Statens folkhälsoinstitut (FHI) pågår ett utvecklingsarbete för att värdera och sprida den kunskap som finns om hälsofrämjande arbete inom hälso- och sjukvården.

### **7.6.3 Hälsofrämjande mål och uppföljningsindikatorer i landstingens verksamhetsplaner och bokslut**

Ett övergripande mål för den svenska hälso- och sjukvården är att bidra till bättre hälsa i befolkningen. Uppföljningssystemen redovisar vanligtvis främst ekonomi, personalsituation och genomförda prestationer. Mål har inte satts för återerövrade eller bevarade hälsa. På Landstingsförbundets kongress 2003 antogs ett beslut om behovet av en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sedan 2005 har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en strategi för att stödja medlemmarna i arbetet för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Syftet är bl.a. att kompetensen inom området bland läkare och övrig vårdpersonal ska öka och att nya styr-, ersättnings- och uppföljningssystem ska tas fram som gör det enklare att främja och följa det hälsofrämjande arbetet.

SKL:s rapport Hälsa i styrdokument visar att det finns en tydlig trend i utvecklingen av hur landstingen i sina styrdokument från 2005 till 2007

utvecklat och börjat använda sig av mätbara mål och indikatorer för det hälsofrämjande arbetet inom hälso- och sjukvården. År 2007 hade elva landsting börjat tala om behovet av att utveckla konkreta mål och uppföljningsbara mått, men var fortfarande i ”startfasen”, medan tio landsting hade mål och uppföljningsbara indikatorer för det hälsofrämjande arbetet. Nästan hälften av landstingen har i planerna för 2007–2009 angivet att indikatorer ska tas fram, på några områden har man redan börjat.

Regeringen avser att noga följa det utvecklings- och uppföljningsarbete som pågår för att med det som grund kunna bedöma behovet av ytterligare insatser och därmed främja utvecklingen av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården.

#### **7.6.4 Utveckling av ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården**

Ersättningssystemen är en viktig del i styrningen av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Tankar har växt fram om ersättningssystem som i högre grad kopplas mot sjukdomsgrupper, följer patientens väg genom vårdkedjan och fokuserar på såväl den medicinska som upplevda kvaliteten. Ersättningssystemen kan bidra till att stödja en utveckling i önskad riktning och ge incitament till aktiviteter som stödjer de hälsopolitiska målen och en god ekonomisk hushållning. Regeringen beslutade i maj 2007 om att initiera ett projekt för att utveckla ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården. Projektet bedrivs i samverkan mellan SKL, Socialstyrelsen och Socialdepartementet. I samband med de seminarier som anordnats inom ramen för projektet har behovet av kopplingen mellan ersättningssystem och det hälsofrämjande arbetet framförts. Projektförslag har även inkommit från nätverket Hälsofrämjande Sjukhus där de bl.a. beskriver en utvärdering av ett pilotprojekt i Region Skåne vilket visade på att en stor andel av sjukvårdsbesöken borde ha föranlett remiss/recept med avseende på livsstilsintervention. Med anledning av att det finns vetenskapliga belägg för betydelsen av att vårdgivaren ger råd om livsstilsintervention och att denna typ av arbetsinsatser i många fall konkurreras ut av arbetsinsatser som mer aktivt belönas finns anledning att främja projekt som även inkluderar prövning och utvärdering av aktivitets- och målrelaterad ersättning för livsstilsintervention.

I december 2007 beslutade regeringen att Socialstyrelsen får använda drygt 5 miljoner kronor för tre projekt, varav två syftar till att utveckla infrastrukturen för beskrivningssystem inom hälso- och sjukvården. Det tredje projektet syftar till att undersöka relationerna mellan kostnader och mätbar kvalitet. Vidare beslöt regeringen att Socialstyrelsen ska betala Sveriges Kommuner och Landsting drygt 11 miljoner kronor för projekt som syftar till att utveckla och stödja kostnadsberäkningar per patient, undersöka vårdval och mångfald, utveckla helhetsorienterade ersättningssystem samt system som baseras på kvalitet inom hälso- och sjukvården. Slutredovisning av arbetet samt förslag på framtida insatser ska ske i juni 2010.

*En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*

På ideell basis bedrivs sedan flera år ett utvecklingsarbete inom detta område av nätverket Hälsofrämjande sjukhus, där i dag drygt 30 svenska sjukhus är medlemmar. Detta interna utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvården spelar en strategiskt viktig roll för integreringen av det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande perspektivet i hälso- och sjukvården. Regeringen avser därför att, inom ramen för den särskilda folkhälsopolitiska satsningen 2008–2010, avsätta medel för att stödja detta nätverksarbete.

Regeringen avser även att uppdra FHI att genomföra en nationell utvärdering av fysisk aktivitet på recept (FaR) och att sprida skriften FYSS 2 (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling till landsting och kommuner) samt att ta fram ett utbildnings-/fortbildningspaket avseende metoden motiverande samtal (se avsnitt 7.9).

*Studier på hälso- och sjukvårdens bemötande av homo-, bi- och transsexuella personer*

Enligt FHI är diskriminering en viktig orsak till ohälsa bland homo- och bisexuella samt transpersoner (HBT-personer). Särskilt homo- och bisexuella kvinnor uppger sämre självrapporterad hälsa än befolkningen i övrigt. Rapporter om att HBT-personer upplever att de, t.ex. i hälso- och sjukvården, får ett dåligt bemötande är därför oroande. Det är angeläget att personal i hälso- och sjukvård, särskilt inom primärvård, psykiatri, gynekologi och vård av äldre har kunskap om HBT-personers livssituation. Regeringen avser att särskilt uppmärksamma frågan om hur HBT-personer bemöts i hälso- och sjukvården.

*Insatser för att skapa förutsättningar för en god vård*

Regeringen har vidtagit och planerar att vidta flera åtgärder som syftar till att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården. Inom ramen för ”Dagmaröverenskommelsen” 2007 togs en strategi för god vård fram där evidensbaserat kunskapsunderlag, systematiskt förbättringsarbete, informationsförsörjning och uppföljning med öppna jämförelser var centrala delar. Regeringens strategi för god vård innehåller förutom dessa delar även satsningar på att förbättra valfriheten för den enskilde bl.a. genom ökad mångfald samt att utveckla ersättningssystemen. Förbättrad informationsförsörjning ger bl.a. bättre förutsättningar att registrera data som speglar förebyggande och hälsofrämjande insatser. Utvecklade ersättningssystem är en viktig del i styrningen mot en långsiktigt hållbar utveckling av hälso- och sjukvården.

*Patientens ställning och inflytande över vården bör stärkas*

För att värna patientens rätt i vården har en särskild utredare tillkallats som ska lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. En utredning har även påbörjats för att, ur ett patient-

säkerhetsperspektiv, se över lagstiftning som rör hälso- och sjukvården. Ett ytterligare exempel är den utredning som ska lämna förslag på en nationell cancerstrategi. Utredningen omfattar primär och sekundär prevention, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, palliativ vård samt kunskapsbildning och kunskapsspridning.

### *Fallskador*

Varje år dör över 1 000 personer över 65 år till följd av fallolyckor (1 300 år 2003 ) som oftast inträffar i bostaden. Över 40 000 personer vårdas på sjukhus. De äldre är särskilt riskutsatta för skador. Samhällets vårdkostnad är mycket hög, en höftledsfraktur beräknas i dag kosta cirka 250 000 kronor det första året. Räddningsverket har beräknat kostnaderna för fallskador bland äldre till drygt 5 miljarder kronor årligen. År 2035 beräknas kostnaderna öka till 8 miljarder kronor. Det skadeförebyggande arbetet inom arbets- och trafikmiljöerna har varit framgångsrikt. Motsvarande goda utveckling har inte skett inom bostads- och fritidsmiljön samt inom vården och omsorgen. Institutet för utveckling av metoder för socialt arbete, Socialstyrelsen och Räddningsverket har publicerat en rapport om systematiskt arbete för äldres säkerhet Om fall, trafikolyckor och bränder (2007). I den redovisas evidensbaserade metoder för att förebygga skador.

### *Satsningar inom psykiatrin*

Regeringen har fattat ett antal beslut inom psykiatrin som syftar till att åstadkomma en mer tillgänglig vård och en utveckling mot tidiga insatser. Ett nationellt centrum har bl.a. inrättats vid Socialstyrelsen för utveckling av tidiga insatser till barn och unga som löper risk att drabbas av svårare psykisk ohälsa (se även avsnitt 8). Centrumet ska samla, koordinera och föra ut kunskap och vetenskap då det gäller att identifiera ohälsa, att förebygga, ge tidigt stöd och bra behandling.

**Regeringens bedömning:** Regeringen avser att satsa på uthålliga och utvecklade funktioner för att hantera allvarliga hälsohot. Förstärkningen av beredskapen för utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar bör fortsätta 2008–2010.

Regeringen avser vidare att fortsätta prioritera arbetet med att trygga tillgången till vaccin för hela Sveriges befolkning. Avtal har slutits med influensavaccintillverkare om säkra leveranser av vaccin om världen drabbas av en influensapandemi.

En översyn av det svenska smittskyddet bör genomföras i syfte att göra de nationella systemen mer anpassade till dagens omvärldskrav och de ökande behoven av nationell samordning.

Inom ramen för strategin för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar har regeringen för avsikt att rikta särskilda insatser mot kvalitetsarbete inom äldreomsorgen och inom förskola och skola. Begreppet ”god hygienisk standard” bör normeras för att praktiska åtgärder ska bli effektiva.

En särskild utredare bör tillsättas med uppgift att göra en översyn av de nationella vaccinationsprogrammen.

Regeringen avser att, genom samverkan både inom Europeiska unionen och internationellt, driva på för en utveckling av forsknings-, produktions-, och handelsinitiativ som leder till att bättre förutsättningar skapas för att utveckla kommersiellt ointressanta läkemedel och produkter.

Arbetet mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar bör ske med utgångspunkt i ett brett perspektiv på sexuell hälsa. Insatser till unga och unga vuxna bör utvecklas inom ramen för det förebyggande arbetet. Särskilda ansträngningar bör göras för att nå ut till unga män och socialt utsatta ungdomar samt för att stödja hiv-smittade barn och barn med anknytning till personer som är hivsmittade. De kunskaper och erfarenheter som finns bland hivinfekterade personer bör utnyttjas mer i arbetet mot diskriminering och stigmatisering. Frivilligorganisationernas möjlighet att nå de grupper som är mest utsatta för risk samt att stödja personer som lever med hiv och deras anhöriga ger dem en unik position i arbetet med att förebygga hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar, och bör tas till vara av samhället. Särskilda insatser inom området bör fortsatt vidtas för att stimulera arbetet på lokal och regional nivå.

**Skälen för regeringens bedömning:** För att nå framgång i det förebyggande arbetet mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar riktat till unga och unga vuxna är det viktigt att stimulera insatser på lokal och regional nivå och att arbetet bedrivs med ett brett perspektiv på sexuell hälsa.

God vårdhygien är ett krav för att förebygga spridning av smitta och uppkomst av vårdrelaterade infektioner. Det är även viktigt att komma tillrätta med problemen kring antibiotikaresistens. Många av de allvarliga sjukdomar som för drygt hundra år sedan skördade tusentals offer har i dag mer eller mindre försvunnit från Sverige, huvudsakligen genom

införande av vaccinationsprogram. Vanliga barnvacciner är billiga att framställa, har få och lindriga biverkningar och ger ett effektivt skydd mot sjukdomar. Samhället har ett stort intresse av att det tas fram fler vacciner och nya antibiotika.

### 7.7.1 Beredskap mot akuta hälsohot

Ett flertal händelser de senaste åren har visat på betydelsen och behovet av en stark beredskap och utvecklad nationell samordning inom smittskyddet. Antraxbrevet, sars och hotet om en influensapandemi är några exempel. Extra tillfälliga resurser för åren 2006–2008 har tilldelats den nationella smittskyddsorganisationen för att möta dessa nya krav, beredskapen har därmed stärkts. Arbetet har visat på behovet av en generell förstärkning av beredskapen mot nya allvarliga hälsohot varför insatserna behöver permanentas.

En allvarlig smitta kan komma att få stora konsekvenser för samhället i stort dvs. konsekvenser utanför hälsosektorn. Ansvaret för att på nationell nivå följa en smittsam sjukdoms effekter på samhället i stort behöver tydliggöras. Ett stort antal åtgärder utanför den medicinska sektorn skulle kunna vidtas i syfte att förhindra en smittospridning, t.ex. stänga skolor, åtgärder vid gränser. Effekterna av sådana åtgärder behöver närmare analyseras. Övervakningen av en smittas utbredning är grundläggande för att åtgärder ska kunna vidtas, de nationella övervakningssystemen behöver utvecklas. En god beredskap på regional och lokal nivå är en förutsättning för den nationella beredskapen. Det behövs ytterligare stöd för att få planerna operativa. Användningen av geografisk informationsteknik för analys och presentation bör särskilt uppmärksammas.

Såväl Världshälsoorganisationen (WHO) som det Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar understryker vikten av en fortsatt utveckling av beredskapsarbetet mot allvarliga hälsohot, och i synnerhet beredskapen mot en influensapandemi, samt en hög vaksamhet. För att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner avser regeringen att avsätta totalt en miljard kronor under perioden 2008–2010.

Allt högre krav ställs på det nationella smittskyddet. Deltagande i nätverk inom Europeiska unionen (EU) och i olika internationella samarbetsorgan har de senaste åren ökat markant. WHO:s nya internationella hälsoreglemente (IHR 2005) ställer krav på medlemsstaterna att utreda, analysera och rapportera större händelser som kan innebära hot mot folkhälsan. Anpassningen till IHR 2005 innebär därmed att det ställs krav på medlemsstaterna att ha nationell kapacitet för detta arbete. Nya strukturer för samarbetet inom EU när det gäller smittskydd utvecklas och kommer att generera ett intensivt samarbete under de kommande åren. Samarbete inom området är nödvändigt då smitta inte känner några gränser. Ett viktigt samarbetsområde är effektiva övervakningssystem för användning i preventivt syfte och under en pågående smittspridning.

Arbetet med beredskap mot allvarliga hälsohot har på ett tydligt sätt visat att en översyn av det svenska smittskyddet behövs, strukturerna behöver anpassas till nya och starkt ökande omvärldskrav såväl natio-



### **7.7.2 Icke kommersiellt intressanta läkemedel**

Samhället kan ha ett stort intresse av att vidareutveckla grundforskningsresultat till produkter även när det gäller kommersiellt ointressanta läkemedel och produkter, till exempel hivvacciner och nya antibiotika. Den allvarliga utvecklingen med resistens mot antibiotika har visat att insatser som satsning på vårdhygien och rationell antibiotikaeftersyn inte räcker för att komma tillrätta med problemen kring antibiotikaresistens. Nya antibiotika är en nödvändighet för att vi även i framtiden ska kunna bekämpa infektioner, utföra transplantationer och ortopediska operationer samt behandla cancerpatienter.

### **7.7.3 Patientsäkerhet och kvalitet – vårdhygien/allmän hygien**

För vård av god kvalitet och säkerhet krävs en god vårdhygien som förebygger spridning av smitta och uppkomst av vårdrelaterade infektioner. Det inkluderar även antibiotikaresistenta bakterier som är ett ökande problem. En god allmän hygien, inte minst handhygien, har även betydelse för att förebygga smittspridning i samhället. För att förhindra en allvarlig utveckling och stärka det preventiva arbetet mot antibiotikaresistens behövs fortsatta satsningar såväl vad gäller vårdhygien och allmän hygien som rationell antibiotikabehandling. Många åtgärder har vidtagits, andra initierats och åter andra planeras. De flesta har riktats mot hälso- och sjukvården där det nu behövs ett arbete med att utvärdera olika åtgärder för att göra detta arbete så effektivt som möjligt. Insatser utanför hälso- och sjukvårdssektorn behövs dock och är av största vikt då samhällsförvärdad resistens ökar.

Åtgärder inom den kommunala omsorgen och stödet är viktiga, särskilt inom hemtjänsten och de kommunala äldreboendena, där personalen ofta saknar vårdutbildning. Spridningen av resistenta bakterier sker i ökande grad utanför hälso- och sjukvården. Mekanismerna bakom denna ökning behöver analyseras. De kommunala vårdformerna är mer mångfacetterade och har ett större behov av stöd i sitt förbättringsarbete. Pågående projekt om vårdrelaterade sjukdomar och projekt där man tar fram verktyg som stöd för förbättringsarbete är nödvändiga för ett fortsatt förbättringsarbete. Begreppen god hygienisk standard och vårdhygienisk kompetens behöver definieras eller förtydligas både i landstings- och kommunal miljö och även vid upphandlingar från privata vårdgivare.

### **7.7.4 De nationella vaccinationsprogrammen**

Vaccinationer är en av de mest kostnadseffektiva insatserna för folkhälsan. Många av de allvarliga sjukdomar som för drygt hundra år sedan skördade tusentals offer har i dag mer eller mindre försvunnit från Sverige, huvudsakligen genom införande av vaccinationsprogram. Vanliga barnvacciner är billiga att framställa, har få och lindriga biverkningar

och ger ett effektivt skydd mot sjukdomar. Genom sådana vacciner har sjukdomar som difteri, polio, mässling, påssjuka och röda hund så gott som helt försvunnit i Sverige, vilket medfört omfattande och positiva konsekvenser för individer, samhälle och sjukvård.

Under senare år har nya infektionshot och en mer innovativ vaccinindustri medfört att frågor om vacciner och vaccination blivit högaktuella. Ett viktigt skäl till att vacciner uppmärksammats är att flera nya vacciner introducerats på marknaden. Ett exempel är ett nytt vaccin mot pneumokocker som har godkänts vilket ger möjlighet att reducera antalet svåra pneumokockinfektioner bland barn. Ett annat exempel är vaccin mot humant papillomvirus (HPV) som kan orsaka cancer. Ytterligare nya vacciner mot cancer och andra sjukdomar är på väg, åtminstone på sikt.

Framtidsutsikterna för vaccinindustrin bedöms numera vara ljusa. Ny kunskap inom immunologi och ny teknik för att framställa vaccin har skapat helt nya möjligheter jämfört med tidigare. Bättre och säkrare vaccin kommer på sikt att ersätta äldre vaccin. Det pågår även flera projekt som syftar till att ta fram s.k. terapeutiska vaccin för behandling av inte minst cancer och autoimmuna sjukdomar.

### **7.7.5 Hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar**

Arbetet med att förebygga hiv/aids bör utvecklas integrerat med arbetet för att motverka spridningen av klamydiainfektion och förebyggande av oönskade graviditeter (se avsnitt 7.8). På sikt finns annars risk för en spridning av hivinfektion även i ungdomsgruppen eftersom det delvis är samma riskfaktorer som påverkar både spridningen av klamydiainfektion och abortutvecklingen. Internationell forskning pekar på vikten av systematiska och strukturerade insatser i skolan både när det gäller pedagogiska insatser och inom skolhälsovården. Vidare är samarbete mellan olika huvudmän för kunskapsuppbyggnad och kunskapsförmedling mellan inblandade aktörer grundläggande för ett framgångsrikt förebyggande arbete. En förutsättning för att lyckas i ett hivpreventivt arbete är åtgärder riktade mot diskriminering och stigmatisering av hivinfekterade personer och att de mänskliga rättigheterna respekteras. Hivinfekterade själva bör i högre grad integreras i det hivpreventiva arbetet och deras kunskap till vara tas. När det gäller grupper som är speciellt utsatta krävs en kontinuerlig och aktiv uppsökande verksamhet och metodutveckling, liksom specifikt målgruppsinriktade kommunikationsinsatser genom flera kanaler och frivilligorganisationernas unika position i det arbetet måste tas till vara än mer.

### **7.7.6 Insatser**

Regeringen avser att avsätta cirka 145 miljoner kronor per år under perioden 2008–2010 för insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.

Spridningen av smittsamma sjukdomar känner inga gränser varför regeringen vill satsa på att ett fördjupat och effektivt EU-samarbete och ett internationellt samarbete så att de samlade resurserna nyttjas på ett optimalt sätt. Samarbete kring effektiva övervakningssystem och laboratoriesamarbete är områden som ger mervärde på gemenskapsnivå.

Det är även angeläget att de nationella systemen ses över och görs mer anpassade till dagens omvärldskrav och de ökande behoven av nationell samordning i hantering av och beredskap inför större kriser. Mot denna bakgrund avser regeringen att under våren 2008 tillsätta en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av de nationella strukturerna som finns inom smittskyddsområdet. I uppdraget bör bl.a. ingå att se över Socialstyrelsens, Smittskyddsinstitutets, Statens folkhälsoinstitutets och andra strukturers uppgifter inom smittskyddet.

### *Beredskap mot akuta hälsohot*

Regeringen avser att för åren 2009 och 2010 fortsatt satsa 10 miljoner kronor per år för beredskap för utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar. Särskilda insatser ska ske avseende övervakning och utbredning av en smitta i landet, en smittsam sjukdoms effekter för samhället i stort, hur icke-medicinska åtgärder kan påverka utbredning av en smitta samt fortsatt stöd till den regionala och lokala nivån i utvecklandet av en beredskap mot smitta.

För att säkra en god tillgång på influensavaccin vid en eventuell pandemisk influensa avser regeringen att fortsätta prioritera arbetet med att trygga tillgången på vaccin för hela Sveriges befolkning. Regeringen fortsätter att utreda möjligheterna till inhemsk eller nordisk produktion av vaccin samtidigt som avtal ska slutas med influensavaccintillverkare om säkra leveranser av vaccin om världen drabbas av en influensapandemi.

### *Icke kommersiellt intressanta läkemedel*

Nya former av finansiering och partnerskap mellan den privata och den offentliga sektorn behövs för att vidareutveckla grundforskningsresultat till produkter även när det gäller kommersiellt ointressanta läkemedel och produkter, till exempel hivvacciner och nya antibiotika. Regeringen avser att, genom samverkan både inom Europeiska unionen och internationellt, driva på för en utveckling av forsknings-, produktions-, och handelsinitiativ som leder till att bättre förutsättningar skapas för att utveckla kommersiellt ointressanta läkemedel och produkter.

### *Patientsäkerhet och kvalitet – vårdhygien/allmän hygien*

För att förhindra en allvarlig utveckling och stärka det preventiva arbetet mot antibiotikaresistens behövs fortsatt arbete vad gäller såväl vårdhygien och allmän hygien som rationell antibiotikabehandling. Inom ramen för strategin för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och

vårdrelaterade sjukdomar avser regeringen att återkomma med förslag till särskilda insatser för kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. På motsvarande sätt avser regeringen återkomma med förslag inom förskola och skola. Införandet av begreppet ”god hygienisk standard” i ändringen 2006 av hälso- och sjukvårdslagen bör omsättas av Socialstyrelsen i praktiska rekommendationer eller normer för att åtgärder inom området tillgodose patientens rätt till vård.

### *Översyn av de nationella vaccinationsprogrammen*

I ljuset av nya infektionshot och en mer innovativ vaccinindustri finns det behov av att se över den nuvarande regleringen av de nationella vaccinationsprogrammen. Under våren 2008 avser regeringen att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av nuvarande system och lämna förslag till hur regleringen av de nationella vaccinationsprogrammen bör utformas i framtiden.

De förändringar som skett vad gäller vaccintveckling de senaste åren ställer även ökade krav på samordning och nationell uppföljning. Vaccinens effekter eller enskilda vaccinpreparats biverkningar behöver följas upp mer noggrant än tidigare. I samband med att regeringen tar ställning till Patientdatautredningens (S2003:03) slutbetänkande Patientdata och Läkemedel (SOU 2007:48) avser regeringen att återkomma till hur dessa frågor bör hanteras. Dessa frågor bör även ingå den översyn av de strukturer som finns på smittskyddsområdet som regeringen avser att ta initiativ till.

### *Hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar*

Det är angeläget att arbetet mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar stimuleras på lokal och regional nivå. Den årliga överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser på folkhälsoområdet bör i högre grad utnyttjas för att lyfta fram strategiska frågor på lokal och regional nivå. Regeringen avser att prioritera stöd till förstudier för att etablera eller vidareutveckla regionala resurscentrum. De regionala resurscentrumen ska utgå från regionens behov av stöd och samordning i frågor som rör hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar.

Den snabba utvecklingen av klamydiaepidemin gör att det är angeläget att ta fram mer tydliga handlingsplaner för preventionsarbetet riktat till unga och unga vuxna. En övergripande kommunikationsstrategi bör utvecklas av Socialstyrelsen i syfte att ge ökade möjligheter att samordna och anpassa kommunikation i flera kanaler för att nå olika grupper av unga och unga vuxna.

En handbok kring preventiva metoder för ungdomsmottagningar och inom skolhälsovård håller på att tas fram av Socialstyrelsen, se även avsnitt Sexualitet och reproduktiv hälsa. Kunskapsområdet sex och samlevnad behöver fortsätta att lyftas fram i kursplanerna för grund- och gymnasieskolan och skolhälsovårdens roll i det förebyggande arbetet bör fortsätta att utvecklas (se även avsnitt 7.8).

Regeringen avser att lyfta fram insatser mot barn som är hivsmittade eller barn med anknytning till personer som är hivsmittade och utveckling av ett nationellt resurscentrum för att förstärka kunskapen om hur samhället på bästa sätt kan stödja hivinfekterade barn, ungdomar och deras familjer samt barn och unga som lever i närheten av hivpositiva personer.

De kunskaper och erfarenheter som finns bland hivinfekterade personer måste utnyttjas mer i arbetet mot diskriminering och stigmatisering. Ett fortsatt kraftfullt arbete för att motverka diskriminering bör ha högsta prioritet. I detta ingår att utforma en ny gemensam lag mot diskriminering, att bereda frågan om höjda ersättningsnivåer vid diskriminering och att genomföra en sammanslagning av nuvarande ombudsmän till en myndighet (se även avsnitt 7.1).

Betydelsen av globalisering samt nya riskscenarios behöver kontinuerligt analyseras och bevakningen av kunskaper, attityder och beteende samt epidemiologi bör fortsätta utvecklas av Socialstyrelsen. Detta gäller även den fortsatta utvecklingen av andra sexuellt överförbara sjukdomar.

## 7.8 Målområde 8 Sexualitet och reproduktiv hälsa

**Regeringens bedömning:** Sexuell hälsa bland ungdomar bör främjas liksom deras förmåga att hantera relationer till andra människor. Ungdomar bör ha tillgång till information och individuell rådgivning via ungdomsmottagningar, studenthälsa och andra liknade verksamheter. Undervisning i sex och samlevnad i skolan bör behandla både fysiska och psykiska (relationsmässiga) aspekter på sexualitet. Sexuellt våld och tvång, vilket medför fysiska, psykiska och reproduktiva hälsoproblem, bör bekämpas.

Regeringen att det angeläget att minska förekomsten av sexuellt överförbara infektioner och oönskade graviditeter och avser att uppdraga åt Socialstyrelsen att kartlägga såväl inriktningen som kvaliteten på landstingens sex- och samlevnadsrådgivning.

**Skälen för regeringens bedömning:** Sexualiteten är en viktig faktor i människors liv för lust och livsglädje. Människors syn på sexualitet formas i samspel med andra och efter det samhälle där man växer upp och lever. Det är biologiska, emotionella, sociala och religiösa faktorer och värderingar som påverkar synen på sexualitet i samhället. Dessa faktorer och värderingar växlar i betydelse under olika åldrar hos respektive individ, hos olika grupper och i samhället över tiden.

Hälsorisker förknippade med sexuellt beteende kan förebyggas. Det handlar om dels saklig sexualkunskap, dels att stärka individens egen identitet, självkänsla och förmåga att hantera relationer till andra människor.

Det är angeläget att bekämpa sexuellt våld och tvång, vilket medför fysiska, psykiska och reproduktiva hälsoproblem. Jämställdhetsfrågor måste därför vara en integrerad del av folkhälsoarbetet för en trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa.

Ur ett folkhälsoperspektiv är det särskilt angeläget att främja sexuell hälsa bland ungdomar, eftersom uppväxten lägger grunden för synen på och förutsättningarna för det fortsatta sexuallivet. Ett brett perspektiv i det förebyggande arbetet riktat till ungdomar och unga vuxna omfattar att beakta sexualitetens betydelse för unga kvinnors och mäns självkänsla, identitetsutveckling och välbefinnande och att förebygga hälsorisker förknippade med sexuellt beteende. Det förebyggande arbetet måste kunna fokusera både på riskerna med oskyddat sex och betydelsen av ansvar för och hänsyn till andra människor.

En bred ansats och uthållighet över tid är centrala förutsättningar för lyckade insatser inom området. Undervisning i sex och samlevnad i grundskolan av god kvalitet samt tillgänglig information och individuell rådgivning via ungdomsmottagningarna, studenthälsan och andra liknade verksamheter spelar en viktig roll för ungas utveckling.

Det är även angeläget att ungdomsmottagningarnas roll fortsätter utvecklas. Kunskapsområdet sex och samlevnad behöver fortsätta att lyftas fram i kursplanerna för grund- och gymnasieskolan och skolhälsovårdens roll i det förebyggande arbetet bör fortsätta att utvecklas. Det är viktigt att nå ut med budskap till ungdomar och vuxna och nyttja flera olika kanaler för att nå ut.

Utformning av förebyggande insatser när det gäller hälsorisker förknippade med sexuella relationer bör ske i samspel med ungdomar och utgå från deras egna önskemål och synpunkter, samt beakta att ungdomar är en heterogen grupp. Det innebär att preventiva insatser bör utformas utifrån specifika behov och resurser hos respektive mindre grupp. Kön, ålder, funktionsnedsättningar, kulturell bakgrund och sexuell erfarenhet och läggning bör särskilt uppmärksammas.

Att förebygga oönskade graviditeter är mer komplext än att förebygga sexuellt överförbara sjukdomar. En graviditet som inledningsvis upplevs som önskad fortsätter inte alltid att vara det, utan en del kvinnor ändrar sig och bestämmer sig för att fullfölja graviditeten.

## 7.8.2 På rätt preventiv väg

Socialstyrelsen presenterade hösten 2007 en genomgång av internationell forskning av vilka förebyggande samhällsinsatser, riktade till ungdomar, som fungerar. När det gäller att nå yngre ungdomar har skolan den absolut viktigaste rollen. Forskningsrön visar vidare att tydligt utformad undervisning bidrar till minskat risktagande hos ungdomar. Speciellt viktigt är det med tydliga mål och kursplaner. I rapporten görs även en genomgång av svenska erfarenheter av arbete med sex- och samlevnad. Den visar att delar av det arbete som bedrivs i Sverige ligger väl i linje med internationell kunskap inom området. I Sverige finns sedan cirka 50 år tillbaka i tiden ett systematiskt arbete inom skolans ram. Undervisningen i sex- och samlevnad i skolan är ett ämnesövergripande kunskapsområde. Interventioner mot hiv och sexuellt överförbara infektioner utgör även en viktig del av detta bredare sex- och samlevnadsarbete. Elevhälsan är en självklar och central aktör i sammanhanget. Men det

saknas bred kunskap om vad som faktiskt fungerar och det saknas tydliga modeller och mål för detta arbete. Myndigheten för skolutveckling har i sina studier även visat att kvalitet och förekomst av sexualundervisning varierar avsevärt i den svenska skolan.

### 7.8.3 Insatser

#### *Arbetet med att förebygga sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter*

Regeringen anser att det är angeläget att minska förekomsten av sexuellt överförbara infektioner och oönskade graviditeter. Aktuell kunskap om sexualvanor, attityder och värderingar kring sexualitet är av vikt för att kunna utforma ett effektivt preventivt arbete. De indikatorer som finns på området i dag är kvantitativa och behöver kompletteras med vissa kvalitativa mätningar. Regeringen avser därför att ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en kvalitativ studie av inriktningen och kvaliteten på landstingens sex- och samlevnadsrådgivning riktad till vuxna samt att systematiskt kartlägga kunskap, attityder och beteenden i olika befolkningsgrupper som är av vikt för arbetet mot sexuellt överförbara sjukdomar.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att kartlägga det arbete med att förebygga oönskade graviditeter som pågår vid ungdomsmottagningarna, studenthälsomottagningarna och liknande verksamheter. I uppdraget, som ska redovisas våren 2008, ingår att beskriva och analysera hur arbetet fungerar och vid behov föreslå konkreta förbättringsåtgärder. I uppdraget ingår även att utveckla indikatorer för ungdomsmottagningarna, studenthälsomottagningarna och liknande verksamheter för att öppet kunna redovisa, värdera och jämföra verksamheternas processer och resultat.

I juni 2007 beslutade regeringen att en arbetsgrupp inom Socialdepartementet skulle överväga hur arbetet med att förebygga oönskade graviditeter kan utvecklas bland vuxna, unga vuxna och ungdomar. Arbetsgruppen ska bl.a. analysera hur informationen och rådgivningen angående preventivmedel kan förbättras och föreslå hur tillgängligheten till preventivmedelsrådgivningen ska kunna ökas. I uppdraget ingår, i de fall det bedöms som relevant, även arbetet med att förebygga sexuellt överförda infektioner.

#### *Sex- och samlevnadsundervisning i skolan*

Regeringen anser att alla ungdomar ska ges likvärdiga förutsättningar att utveckla en hälsosam sexualitet. Det finns i dag brister och kvalitetsskillnader i sex- och samlevnadsundervisningen. Statens skolverk konstaterar till exempel i en rapport (2000) att skillnaderna till stor del beror på otydliga styrdokument, brister när det gäller den pedagogiska ledningen av undervisningen och lärarnas kompetens på området. Regeringen har för avsikt att återkomma i frågan i samband med kommande kursplaneuppdrag.

I Sverige har under de senaste två till tre decennierna ett stort antal ungdomsmottagningar etablerats för att möta behoven hos ungdomar. Sveriges ungdomsmottagningar arbetar med att främja fysisk och psykisk hälsa, att stärka flickor och pojkar, unga kvinnor och unga män i identitetsutvecklingen samt med att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar. Dessa mottagningar utgör i dag en självklar del av samhällets utbud av stöd och råd till unga människor. Huvudman för en ungdomsmottagning kan vara ett landsting eller en kommun, var för sig eller tillsammans, eller privata organisationer och stiftelser. Eftersom det är ett frivilligt åtagande för sjukvårdshuvudmännen att anordna en ungdomsmottagning råder det i dag stora skillnader i utbud mellan kommuner och kommundelar.

Regeringen anser att det är angeläget att fortsätta värna om och stödja ungdomsmottagningar och liknande verksamheter. Inom ramen för det pågående arbetet med en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, har Socialstyrelsen fått regeringens uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag och en vägledning för hur ungdomsmottagningar och liknande verksamheter ska kunna bedriva ett kunskapsbaserat preventionsarbete riktat till ungdomar och unga vuxna inom området sex- och samlevnadsinformation samt sexuellt överförbara sjukdomar. I uppdraget ingår även att belysa förutsättningarna för samverkan mellan skolan och hälso- och sjukvården.

### *Virtuell ungdomsmottagning*

Regeringen har beslutat om att tillskapa en virtuell ungdomsmottagning. En virtuell ungdomsmottagning innebär att ungdomar får möjlighet till rådgivning kring sexuell och reproduktiv hälsa samt kring relationer och psykisk hälsa, oavsett bostadsort. Genom att utnyttja Internet som kommunikationskanal kan en bredare målgrupp nås av information som annars skulle vara svåråtkomlig. Denna tjänst syftar inte till att ersätta den personliga kontakten med vården utan ska ses som ett komplement. Den möjlighet till anonymitet som Internetbaserad rådgivning ger kan även bidra till att tjänsten når grupper som inte annars vänder sig till ungdomsmottagningen.

Målgruppen för den virtuella ungdomsmottagningen är ungdomar och unga vuxna i åldrarna 13–30 år. Den ska innehålla kvalitetssäkrade texter om framförallt sexuell och reproduktiv hälsa, relationer, könsroller, kroppens utveckling, stress, psykisk hälsa, livsstilsrelaterade ämnen samt om mäns våld mot kvinnor, inklusive hedersrelaterat våld och förtryck, och våld i samkönade relationer. En väsentlig del av ungdomsmottagningen ska vara möjligheten att ställa frågor anonymt och få personliga svar av behörig hälso- och sjukvårdspersonal med relevant kompetens. Allt redaktionellt innehåll ska genomsyras av ett tydligt jämställdhetsperspektiv. Den virtuella ungdomsmottagningen utvecklas som en separat avdelning inom webbplatsen Sjukvårdsrådgivningen.se.



Regeringen beslutade i december 2007 att ge Ungdomsstyrelsen i uppdrag att genomföra insatser i syfte att förebygga mäns våld mot flickor och unga kvinnor. Insatserna innebär kompetensutveckling för tjejjournernas medarbetare samt informationsspridning på Internet om relationer och sexuellt våld bland ungdomar.

*Jämställdhetsinsatser för att främja kvinnors hälsa och insatser som syftar till att minska våldet mot kvinnor.*

Regeringen prioriterar åtgärder som syftar till att främja trygga levnadsvillkor. Ett angeläget område är därvid att bekämpa mäns våld mot kvinnor. En del av detta våld är det hedersrelaterade våldet och förtrycket. I hederstänkandet är kontrollen av flickors och kvinnors sexualitet central och starkt knuten till familjen, vars rykte och anseende ses som avhängigt flickors och kvinnors påstådda eller faktiska beteende. Flickors och unga kvinnors liv kan vara hårt kontrollerat och överträdelser av familjens regler kan leda till sanktioner i form av hårdare restriktioner, hot och i värsta fall våld med fara för livet. Regeringen har avsatt 400 miljoner kronor under 2007 och lika mycket årligen under ytterligare två år för jämställdhetsinsatser med inriktning bl.a. på kvinnors hälsa och insatser som syftar till att minska våldet mot kvinnor.

*Handlingsplan för att motverka prostitution och människohandel.*

Människohandel för sexuella ändamål med framför allt kvinnor och flickor har under senare år uppmärksammats som ett allvarligt problem bl.a. ur ett jämställdhetsperspektiv. Människohandel för sexuella ändamål och prostitution är allvarliga och mångfacetterade problem som måste belysas utifrån både ett rättsligt och ett socialt perspektiv samt ur ett jämställdhetsperspektiv. Regeringen avser att presentera handlingsplaner för att motverka prostitution och människohandel.

*Insatser mot hederstänkande våld och förtryck.*

Inom ramen för ungdomspolitikerna har en rad insatser vidtagits som syftar till att bekämpa det hedersrelaterade våldet. Ungdomsstyrelsen har i uppdrag att genomföra insatser mot hedersrelaterat våld och förtryck bl.a. i form av en nationell utbildning av tjejjournernas medarbetare i frågor som rör hedersrelaterat våld under 2007 och 2008. Ungdomsstyrelsen fick vidare sommaren 2007 i uppdrag att under samma period genomföra utbildningar riktade till anställda i kommuner som har en samordnande roll för fritidsverksamhet, socialtjänst och skola. Utbildningarnas syfte är att förebygga dels mäns våld mot flickor och unga kvinnor, dels hedersrelaterat våld.

**Regeringens bedömning:** Regeringen avser att uppdra till Socialstyrelsen att utvidga det medicinska födelseregistret till att även omfatta uppgifter om barns längd och vikt.

Regeringen har för avsikt att skapa ett dialogforum med nyckelaktörer inom livsmedelssektorn, experter, frivilligorganisationer, myndigheter och media för att gemensamt diskutera nationella utmaningar och olika aktörers möjliga bidrag till gagn för folkhälsan.

Regeringen avser att ge Statens folkhälsoinstitutet (FHI), i samverkan med Livsmedelsverket, i uppdrag att bilda en samverkansgrupp på expertnivå för att samordna, genomföra, följa upp och utvärdera insatser för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet med fokus på överviktsproblematiken.

Vidare avser regeringen att ge FHI följande uppdrag inom området fysisk aktivitet på recept:

- att genomföra en nationell utvärdering av fysisk aktivitet på recept (FaR),
- att sprida skriften FYSS 2 (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling till landsting och kommuner), samt
- att ta fram ett utbildnings-/fortbildningspaket avseende metoden motiverande samtal och FaR.

Dessutom avser regeringen att ge FHI följande uppdrag:

- att utveckla konkreta åtgärdsförslag för att förbättra äldres hälsa och livskvalitet, samt
- att utveckla manualer, där nyckelperspektiv i samhällsplaneringen finns med för att främja fysisk aktivitet, och för att underlätta planering av bebyggda miljöer.

**Skälen för regeringens bedömning:** Osunda matvanor och fysisk inaktivitet bidrar till ökad dödlighet och flera vanligt förekommande sjukdomar. Världshälsoorganisationen (WHO) bedömer att 80 procent av hjärtkärl-sjukdomar, 90 procent av diabetes typ 2 och 30 procent av all cancer kan förebyggas genom bra matvanor och tillräckligt med fysisk aktivitet samt rökstopp. Både WHO:s andra europeiska handlingsplan för goda matvanor och säkra livsmedel och Europeiska unionens (EU) strategi för hälsofrågor som rör kost, övervikt och fetma sänder starka signaler till medlemsländerna att de måste prioritera insatser för att åtgärda den ökande övervikten och fetman på nationell nivå. Även på nordisk nivå finns en handlingsplan Nordisk Handlingsplan for bedre sundhed og livskvalitet gennem mad og fysisk aktivitet.

Övervikts- och fetmaproblematiken är ett av de allvarligaste folkhälso problemen i Sverige, liksom i många andra länder, och måste tas på största allvar. Utvecklingen är särskilt alarmerande bland barn. Sedan 1980-talet har landets tioåringar stadigt ökat i vikt och andelen överviktiga och feta har ökat för varje år. Samtidigt så har ett trendbrott bland 10-åriga barn konstaterats i två svenska studier. Studierna visar att andelen överviktiga och feta barn inte längre ökar och bland flickorna ses t.o.m. en minskning. Den undersökta tidsperioden är emellertid ganska

kort och studierna måste upprepas för att säkerställa att resultaten är tillförlitliga. En svensk studie, STOPP-projektet, visar att systematiska insatser mot övervikt och fetma hos barn kan ge goda effekter genom satsningar på mer hälsosam kost i skolan kombinerat med viss ökad fysisk aktivitet.

År 2002 genomförde Statens beredning för medicinsk utvärdering en systematisk litteraturoversikt Fetma – problem och åtgärder. Den visar att kirurgisk behandling av fetma har en väldokumenterad långtidseffekt på vikt och riskfaktorer för individer med ett initialt Body Mass Index på 40 eller mer. Detta kunskapsunderlag används i Socialstyrelsens pågående arbete med att ta fram nationella riktlinjer för hälsoproblem och som rör många människor och tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Riktlinjerna ger nationellt stöd i huvudmännens arbete med vårdprogram och prioriteringar. Målet är att bidra till att vården och omsorgens resurser används effektivt, fördelas efter behov och styrs av öppna och tydliga prioriteringsbeslut.

Föräldrarna har stor betydelse för barnens kost- och motionsvanor och de bör ha en aktiv roll. Det är angeläget att föräldrar kan få stöd och hjälp från barn- och skolhälsovård, tandvård och andra viktiga aktörer om hur man bäst kan förebygga övervikt och fetma och tidigt lägga grund för sunda motionsvanor hos barnen. Det behövs breda insatser tvärs över olika politikområden för att få långsiktigt goda effekter. Det är angeläget att arbetet med övervikt och fetma fortsätter då det i dag finns en stor andel av överviktiga och feta människor i Sverige.

Fysisk aktivitet, matvanor och säkra livsmedel är en förutsättning för en god hälsoutveckling. Fysisk aktivitet avser alla typer av kroppsövelser som ger ökad energiförbrukning, exempelvis hushållsarbete, trädgårdsarbete, promenader, friluftsliv, idrottande, cykling, gå i trappor. Den vetenskapliga rekommendationen för fysisk aktivitet innebär att alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i minst 30 minuter. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, såsom en rask promenad. Samtidigt som den totala mängden av regelbunden fysisk aktivitet i vardagen verkar ha minskat i befolkningen ses en trend mot en mer fysiskt aktiv fritid bland vuxna. Ökad motion har ändå inte kompensert för nedgången i vardaglig fysisk aktivitet i breda befolkningsgrupper. Utvecklingen mot mer inaktiva livsstilar bidrar starkt till välfärdssjukdomar och ohälsa, samtidigt som regelbunden fysisk aktivitet främjar hälsa och välbefinnande samt har en sjukdomsförebyggande effekt. Förutom betydelsen för den enskilde individens hälsa är det därför sannolikt mycket samhällsekonomiskt lönsamt att satsa på åtgärder för att minska stillasittandet i befolkningen. Idrottsrörelsen och andra ideella organisationer spelar här en viktig roll.

Det finns i dag ett behov av att inom hälso- och sjukvården finna nya hälsofrämjande arbetssätt. Ett sådant arbetssätt, som under senare år såväl nationellt som internationellt vunnit allt större uppmärksamhet, är receptförskriven fysisk aktivitet. FHI har genomfört ett pilotprojekt för syftet att utveckla och beskriva arbetsformer för att i förebyggande och behandlande syfte föreskriva fysisk aktivitet på recept (FaR). Det finns i dag ett flertal olika modeller för FaR. Arbetet med FaR bygger oftast på samverkan mellan föreskrivare och friskvårdsorganisationer och tar vanligen utgångspunkt i lokala förutsättningar, vilket gör att varje modell

blir unik. FaR innebär en för individen anpassad ordination (intensitet, behandlingsperioden längd, och typ av aktivitet) på motsvarande sätt som konventionell behandling. FaR används i såväl främjande, förebyggande som behandlande syfte. FYSS är ett hjälpmedel för den som ordinerar fysisk aktivitet på recept. FYSS är en manual om betydelsen av fysisk aktivitet för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd. FYSS belyser de sjukdomsgrupper där tillräckligt mängd vetenskapliga belägg finns för att fysiskt aktivitet är lämplig som behandlingsform. Studier visar att FaR leder till ökad fysisk aktivitetsnivå och ökad självskattad hälsa. Regeringen anser därför att det är av stort värde att FaR fortsätter att utvecklas och att en systematisk uppföljning av arbetet genomförs.

Det räcker emellertid inte med att enbart öka den fysiska aktiviteten om man inte samtidigt minskar intaget av energirika livsmedel. I allt fler länder, däribland Sverige, håller övervikt och fetma på att utvecklas till ett dominerande problem.

### 7.9.1 Insatser

#### *Underlag till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet*

Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitutet (FHI) har på den tidigare regeringens uppdrag tagit fram ett förslag på en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen. Handlingsplanen innehåller förslag på 79 insatser. Insatserna berör många politikområden i samhället: arbetsmarknads-, folkhälso-, hälso- och sjukvård-, idrotts-, konsument-, livsmedel-, miljö-, skatte-, transport-, utbildning, handikapp- samt äldrepolitiken. En stor del av insatserna är genomförda. Som exempel kan nämnas utveckling av metoder för hälsokonsekvensbedömningar, index för kartläggning av livsmedelstillgängligheten, samt en hälsokommunikationsstrategi. Kvalitetsindikatorer för undervisning om matvanor, fysisk aktivitet och hälsa och hälsofrämjande miljöer i förskolan och skolan har även utarbetats. Därtill har riktlinjer för maten på arbetsplatsen och för måltider i förskolan och skolan utvecklats, samt att en utredning för att analysera organisationen kring måltidssituationen inom äldreomsorgen har tillsatts.

#### *Utvidgning av det medicinska födelseregistret med uppgifter om barns längd och vikt*

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet 2006 uppdraget att utreda förutsättningarna för en nationell databas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt, inklusive en uppskattning av kostnaderna för olika typer av datainsamling samt hur uppgifter om amningsfrekvens kan inkluderas. Socialstyrelsen avrapporterade uppdraget för regeringen i maj 2007.

Socialstyrelsen bedömning är att utförda mätningar behöver standardiseras, journalerna datoriseras och att uppgifterna bör samlas in centralt. Detta skulle kunna ske genom att det medicinska födelseregistret utvidgas till att även omfatta uppgifter om barns längd och vikt från barn- och skolhälsovårdsjournaler (patientjournaler).

Ur ett folkhälsoperspektiv är statistik om barns längd och vikt särdeles angeläget. Med statistik är det möjligt att följa förändringar över tiden, generellt i befolkningen eller inom olika befolkningsgrupper och att utvärdera och utveckla insatser och strategier för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet.

Barns längd och vikt registreras i dag rutinmässigt och regelbundet på barnhälsovården och inom skolhälsovården. Även om variationen i mät-tillfällena mellan olika kommuner är stor är uppgifterna av god kvalitet. De ger information om regionala skillnader och skillnader över tiden för längd och vikt som Body Mass Index. FHI har genomfört en pilotstudie med en databas för vikt och längduppgifter hos 10-åringar i fyra kommuner. Resultaten visar att uppgifterna kan användas till att utvärdera effekten av förebyggande insatser.

Att sammanställa befintligt data hos barn- och skolhälsovården är ett mycket kostnadseffektivt sätt att förbättra förutsättningarna för ett effektivt folkhälsoarbete. Regeringen avser därför att utarbeta de ändringar i den nuvarande regleringen av det medicinska födelseregistret som är nödvändiga med hänsyn till denna utvidgning av registret. Vidare avser regeringen att avsätta medel till Socialstyrelsen för syftet att utvidga det medicinska födelseregistret att även omfatta uppgifter om barns längd och vikt genom insamling av data från barn- och skolhälsovårdsjournaler. Vårdnadshavaren och barnet själv, om denne uppnått den ålder och mognad som krävs för att ta ställning, ska upplysas och ha möjlighet att avstå från att få sina uppgifter registrerade. Ur integritetssynpunkt framstår registrering av längd och vikt i det medicinska födelseregistret emellertid inte som mera långtgående än befintligt hälsodata som sällan ifrågasätts. En utvidgning faller inom ramen för den bärande principen i svensk lagstiftning om hälsodataregister att den enskilde individen, i vissa situationer, måste acceptera ett måttligt ingrepp i sin integritet om det främjar flertalets hälsa. Barnfetma är dels ett svårbehandlat tillstånd, dels en av de viktigaste kända påverkbara riskfaktorerna under barn- och ungdomsåren för att förebygga ohälsa i vuxen ålder.

### *Dialog med branschen, expertisen, frivilligsektorn och andra nyckelaktörer*

Regeringen anser att om den negativa utvecklingen av övervikt och fetma ska vända är det nödvändigt att alla viktiga aktörer inom berörda områden samverkar. Samverkan som ett centralt verktyg framhålls i Europeiska unionens strategi för hälsofrågor som rör kost, övervikt och fetma som gärna ser dialoger i medlemsstaterna, skraddarsydda efter nationella förutsättningar. Även Världshälsoorganisationen framhåller att samverkan behövs med näringslivet och frivilligsektorn.

Regeringen tog ett första steg i denna riktning våren 2007 och anordnade en hearing för syftet att lyssna till och ta del av viktiga aktörers synpunkter, erfarenheter och förslag. Representanter från livsmedelsbranschen, livsmedelshandeln, forskning, konsumentföreningar, media och berörda myndigheter deltog.

Regeringen avser att fortsätta samverka med ovan nämnda nyckelaktörer i återkommande formaliserade dialoger – ett s.k. dialogforum.

Inom ramen för dialogen kan frivilliga överenskommelser uppnås och olika fokusområden lyftas fram och behandlas t.ex. portionsstorlekar, marknadsföring, prissättning etc.

### *Samverkansgrupp*

Regeringen anser att det behövs nationell samordning mellan myndigheter för att förbättra förutsättningarna för uppföljning och utvärdering av insatser för goda matvanor och främjandet av fysisk aktivitet. En nationell samverkansgrupp för matvanor och fysisk aktivitet bestående av experter från FHI och Livsmedelsverket och andra berörda myndigheter bör därför bildas. Även Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bör involveras i gruppen. Samverkansgruppen ska behandla viktiga frågor inom de berörda myndigheternas ansvarsområden och skapa effektiva samarbetsformer och bidra till erfarenhetsutbyte. Samverkansgruppen ska även medverka till att uppföljning och utvärdering används aktivt för att få vetskap om resultat av iscensatta åtgärder och projekt. Regeringen avser att uppdraga till FHI att i samverkan med Livsmedelsverket bilda samverkansgruppen. Samverkansgruppen ska vid behov bjuda in andra experter och representanter för berörda frivilligorganisationer, samordna möten och årligen rapportera till regeringen, främja metod- och kompetensutveckling, sprida information, skapa metoder och etablera rutiner för uppföljning och utvärdering samt säkerställa att resultaten av arbetet återkopplas till berörda parter. Internationella organisationer som Europeiska unionen och Världshälsoorganisationen har förväntningar på att Sverige kan iscensätta nödvändiga insatser både brett och till viktiga målgrupper som t.ex. barn och ungdomar och rapportera effekterna. Regeringen avser att avsätta medel under perioden 2008–2010 för detta uppdrag.

### *Hållbara matvanor*

Med goda matvanor menas sådana som är bra både för hälsan och för miljön. Åt SMART är ett underlag som har tagits fram i samverkan mellan Stockholms läns landsting och ett antal myndigheter och som många kommuner och landsting arbetar efter. Behovet att ställa om till goda matvanor är särskilt stort bland socioekonomiskt svaga grupper. FHI publicerade 2005 rapporten Vad kostar hållbara matvanor i vilken man har studerat hur konsumentens matkostnader förändras vid en omställning från dagens matvanor till mer hållbara matvanor. Studieresultaten visar att en hållbar livsmedelskonsumtion inte behöver vara förenad med högre livsmedelsutgifter och att konsumenterna genom att minska på ”utrymmesvarorna” kan spara mycket pengar. I syftet att följa upp om priserna har förändrats och hur det påverkar tillgängligheten för socioekonomisk svaga grupper avser regeringen att ge FHI i uppdrag att uppdatera kostnaderna för omställningen till goda matvanor och jämföra med den kostnadsbild som framkom i FHI:s rapport från 2005.

Målsättningen med en nationell utvärdering av FaR ska vara att belysa huruvida metoden FaR är välkänd och används, om den är väletablerad och därmed finns med på dagordningen vid arbetsplatsträffar, om landsting och kommuner har styrdokument för metoden samt om man på regional nivå har en utarbetad strategi för förebyggande verksamhet såsom FaR. För att kunna belysa om FaR når alla grupper i samhället ska FHI undersöka ungefärlig förskrivningsfrekvens, eventuellt mätbara effekter av metoden, fördelningen av receptförskrivning på ålder och kön samt fördelning mellan diagnoser. Som ett nästa steg i utvecklingen av FaR avser regeringen att uppdraga till FHI i samråd med Socialstyrelsen och SKL, att utifrån de svar som inkommer via enkät, sprida data kring användningsfrekvens samt arbeta för att utbilda berörda yrkesgrupper i kommuner och landsting i goda exempel som finns runt om i landet. Vidare ska FHI arrangera föreläsningar och samt även fortsättningsvis utbyta erfarenheter med de nordiska grannländerna. Folkhälsoproblematiken inom Norden är densamma på många områden. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap är en tänkbar arena för nordiskt utbyte.

#### *Nationell implementering av Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*

Under våren 2008 publicerar FHI i samverkan med Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) skriften FYSS 2 (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling), som innehåller rekommendationer för fysisk aktivitet kopplat till ett stort antal vanliga sjukdomstillstånd. FYSS 2 ska både vara en allmän kunskapsbank med information om de senaste forskningsresultaten inom ämnesområdet och ett stöd för vårdpersonal för att på ett bättre sätt än tidigare kunna förskriva FaR. Genom samarbete med universitet runt om i landet kan fortbildningskurser inom FYSS 2 för legitimerad personal etableras runt om i landet. Prioriterade yrkesgrupper i ett första steg är allmänläkare i primärvården som möter patienter på daglig basis. Målsättningen bör vara att kunna erbjuda sådana högskolekurser under 2009. Regeringen avser att ge FHI i uppdrag att sprida skriften FYSS 2 till landsting och kommuner samt att i samråd med Socialstyrelsen och SKL stödja utvecklingen av en utbildning inom området.

#### *Utbildning/fortbildning i motiverande samtalsmetodik och fysisk aktivitet på recept*

Utbildning och fortbildning avseende samtalsmetodik inom hälso- och sjukvården är av stor vikt. Det motiverande samtalet syftar till att öka individens motivation till beteendeförändring. I dag finns evidens för att olika former av kort rådgivning och motiverande samtalsmetodik för prevention av alkoholberoende fungerar och ger effekt. Även när det gäller fysisk aktivitet har påvisats sådana effekter. Regeringen avser att ge FHI i uppdrag att, i samråd med Socialstyrelsen och SKL, ta fram ett utbildnings- och fortbildningspaket i metoden motiverande samtal och fysisk aktivitet på recept, och avsätta medel under 2008 för detta änd-

mål. Syftet är att vårdpersonal inom mödra- och barnhälsovård, primärvård, specialiserad vård och skolhälsovård ska bli väl förtrogen med metoden för att underlätta för personalen vid kontakt med patienten. För att insatsen ska bli optimal ska en utbildningsinsats iscensättas i samband med framtagandet av materialet.

*Att öka äldres livskvalitet genom aktivitetsprogram och mötesplatser i närområdet*

Ett utbud för äldre som inkluderar olika fritidsaktiviteter såsom intellektuella, sociala och fysiska aktiviteter är av stor vikt. För att främja hälsa och förebygga ohälsa är det viktigt med tidiga insatser i människors liv. EU-projektet Healthy Ageing, under svenskt ledarskap, utgick från personer i åldern 50 år och uppåt i arbetet med att systematiskt planera för hälsofrämjande insatser. Det handlar om äldreinsatser tidigt i ålderscykeln. Även Världshälsoorganisationen arbetar aktivt med åldrande som utgångspunkt för att kunna öka antalet friska år, få äldre att vara oberoende längre och få en ökad total livskvalitet.

Vetenskapliga studier visar att äldre som deltar i två eller flera olika fritidsaktiviteter kan halvera risken för demenssjukdomar. En viktig positiv effekt är ett ökat välbefinnande vid en mer meningsfull tillvaro. Utbudet måste anpassas genom att göra aktiviteterna mer lättillgängliga, dvs. att erbjuda aktiviteter i de äldres närmiljö och allmänt skapa miljöer som är trygga och inbjuder till gemenskap och fysisk aktivitet. Frivilligorganisationerna med sin inriktning på motion, rekreation och friskvård i gemenskap har en viktig roll i denna utveckling. FHI ska presentera konkreta förslag på aktivitetsprogram anpassade för äldres behov, samt att ta fram förslag på hur man skapar mötesplatser inom närområdet som främjar fysisk aktivitet och goda matvanor bland äldre och som minskar isolering och stillasittande. Det är viktigt att även undervikt och undernäring beaktas och att det sker i samråd med Socialstyrelsen då näringsbehovet hos sköra personer i hög ålder behöver tillgodoses på ett bra sätt. För att motverka risk för undernäring finns behov av väl fungerande nutritionsrutiner, särskilt för ålderssvaga och kroniskt sjuka inom kommunal hälso- och sjukvård. När det gäller aktiviteter som berör goda matvanor förutsätts samverkan med Livsmedelsverket.

*Utveckling av regeringsuppdraget byggd miljö och fysisk aktivitet*

Praktiska och enkla verktyg behövs på lokal nivå för att underlätta arbetet för de aktörer som arbetar för att skapa byggda miljöer som främjar fysisk aktivitet. En mer hälsofrämjande samhällsplanering skulle kunna öka vardagsmotionen. Goda exempel på samhällsplanering i syfte att främja fysisk aktivitet kan vara en säker och attraktiv gång- och cykeltväg, bevarandet och utvecklingen av parker och grönområden, ökad satsning på säkra skolvägar för barn, möjliggöra för rekreation och motion etc. Regeringen avser därför att uppdra till Statens folkhälsoinstitut att utveckla manualer för att främja fysisk aktivitet i samhällsplaneringen och för att underlätta planering av byggda miljöer. Manualerna ska bygga på vetenskaplig evidens och utbildningsinsatser ska



erbjudas nationellt i användningen av verktyget. Exempelvis bör aspekten närheten till tillgänglig bostadsnära natur inom 300 meter från bostaden beaktas i planeringen och förvaltningen av bebyggelse för att främja fysisk aktivitet.

### *Stöd för ett gemensamt ansvarstagande*

Regeringen har avsatt medel för att Livsmedelsverket ska bilda en organisation för nyckelhåls-certifiering av restauranger vid årsskiftet 2007/2008. Samtidigt stärks kriterierna för nyckelhålsmärkning.

Livsmedelsverket har även i samarbete med bl.a. Statens skolverk, Myndigheten för skolutveckling och Nationellt centrum för främjande av god hälsa för barn och ungdom (NCFF) genomfört regeringsuppdraget att ta fram ”Råd för måltider i förskola, familjedaghem, fritidshem, skola och gymnasieskola”. Livsmedelsverket har därtill utfört utbildningar och föreläsningar om innehållet i råden. Fortsättningsvis finns ett behov av kontinuerlig utbildning och fortbildning. Även vikten av att skolorna erbjuder sunda val av livsmedel i skolans kafeterior samt i mellanmålen i fritidshemmen och fritidsklubbarna behandlas.

Regeringen avser att under 2008 ge Statens skolverk i uppdrag att se över samtliga kursplaner, inklusive kursplanen för Idrott och hälsa. Vanor som sätts in i tidig ålder behålls ofta genom livet. Fysiskt inaktiva barn och tonåringar riskerar att bli inaktiva vuxna. Föräldrarna har huvudansvaret för barnens hälsa men skolan kan bidra till att alla barn får sundare vanor, bl.a. inom ramen för ämnet Idrott och hälsa. För att skolan ska kunna bidra till att sänka andelen överviktiga elever är det viktigt att det framför allt är den fysiska aktiviteten som är i fokus inom ämnet Idrott och hälsa.

Myndigheten för skolutveckling arbetar sedan flera år med ”hälsofrämjande skola” som är en del av ett större internationellt nätverk knutet till Världshälsoorganisationens europakontor. Det finns även regionala kontaktnät i Sverige som arbetar för en hälsofrämjande skola. Begreppet hälsofrämjande skola bygger på en vid syn på hälsa som omfattar hela skolans vardag som en stödjande miljö för hälsa.

NCFF vid Örebro universitet är en viktig aktör för det hälsofrämjande arbetet i skolan. NCFF stödjer skolor och fritidshem i arbetet med ökad fysisk aktivitet, god kosthållning och andra hälsofrämjande verksamheter för barn och ungdom. Skolan (förskolan, förskoleklassen, grundskolan, gymnasieskolan och fritidsverksamheten) har en central roll i det hälsofrämjande arbetet med barn och ungdomar eftersom barnen tillbringar en så stor del av sin tid i skolan och alla kan i princip nås där oavsett social bakgrund. Insatser i skolan kan därför ha en utjämnande effekt på sociala skillnader i hälsa. Skolan är viktig för att den kan ge kunskaper om matvanor, fysisk aktivitet och hälsa men även för att miljön i skolan kan förmedla en hälsofrämjande livsstil.

Genom ”Idrottslyftet” satsar regeringen 2 miljarder kronor under 2007–2010 för att stötta och uppmuntra specialistförbund och idrottsföreningar att öppna dörrarna till idrotten för fler barn och ungdomar och utveckla sin verksamhet så att de väljer att fortsätta idrotta högre upp i åldern. Idrottsrörelsen är en mycket värdefull aktör i folkhälsoarbetet och

bidrar till en god folkhälsa. Den organiserade idrotten i Sverige engagerar en stor del av befolkningen. Den klart övervägande majoriteten av idrottsrörelsens medlemmar är verksamma inom bredd- och motionsidrotten. Riksidrottsförbundet har antagit en strategisk plan för idrottsrörelsens folkhälsoarbete, ”Idrott för hela livet”, som innebär att idrottsrörelsen ska utveckla bredd- och motionsidrotten för att öppna dörrarna för fler samt utveckla utbudet för att stimulera till idrottsutövande hela livet. Idrottsrörelsen ska även stimulera till goda matvanor och rätt kost i samband med idrottsutövning, sträva efter att ett hälsosamt utbud erbjuds vid idrottens anläggningar samt utveckla metoder för att förebygga ätstörningar inom idrotten.

Regeringen har satt som mål att cykeltrafikens andel av resorna ska öka. Ökad cykeltrafik förutsätter en attitydförändring bland beslutsfattare och tjänstemän och att man ser gång- och cykeltrafik som en del av transportsystemet. Vägverket, tillsammans med övriga berörda aktörer, arbetar med utgångspunkt i den nationella cykelstrategin för ökad och säker cykeltrafik. Strategin innebär satsningar på cykeltrafiken i kombination med en medveten samhällsplanering. Det är samhällsekonomiskt lönsamt att stimulera människors vardagsmotion genom kommunal planering och utbyggnad av särskilda cykelvägar. Banverket, Vägverket och Nutek har hösten 2007 redovisat ett regeringsuppdrag om hur mer resande ska ske på cykel. FHI har på uppdrag av regeringen startat ett långsiktigt arbete för att förbättra fysiska och sociala förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet i befolkningen.

## 7.10 Målområde 11 Tobak, alkohol, narkotika och dopning samt spel

**Regeringens bedömning:** Under perioden 2008–2010 bör fortsatta åtgärder för att minska bruket av alkohol och minska missbruket av narkotika i enlighet med de nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna (prop. 2005/06:30) och för att minska bruket av tobak i enlighet med de uppställda målen för tobakspolitiken (Prop. 2002/03:35) prioriteras. Vidare bör insatser mot dopning samt insatser för att förebygga spelberoende prioriteras.

Målen för den svenska alkohol-, narkotika-, tobak- och spelpolitiken bör ligga fast. Regeringen avser att, inom ramen för gällande alkohol- och narkotikahandlingsplaner och etappmålen för samhällets insatser på tobaksområdet, årligen lägga fram åtgärdsprogram som anger politikens inriktning för respektive område. Regeringen avser att i större utsträckning samarbeta med den ideella sektorn inom områdena alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) bör få i uppdrag att ansvara för en nationell satsning för stöd till lokalt arbete och att samordna det nationella tobaksförebyggande arbetet. Regeringen har för avsikt att genomföra en nationell rökavvänjningsinsats.

Vidare bör FHI få i uppdrag att utveckla och förstärka det nationella tillsynsarbetet. En utredning bör tillsättas för tillsyn avseende tobakslagens bestämmelser om detaljhandel med fokus på åldersgränser.

Tobak bör samordnas i Riskbruksprojektet och tobaksinsatser bör på ett tydligare sätt ingå i Skolprojektet.

Inom ramen för regeringens satsningar på alkohol- narkotika-, dopning- och tobaksområdet bör insatser för barn i familjer med missbruksproblem, stödinsatser för föräldrar, projektet Ansvarsfull alkoholserving, illegal alkoholhantering samt insatser för att utveckla det internationella arbetet prioriteras.

**Skälen för regeringens bedömning:** Målområde 11 är en del av en sammanhållen folkhälsopolitik. Åtgärder mot skador på grund av tobak, alkohol och spel samt för ett samhälle fritt från narkotika och dopning är både viktiga för att förbättra människors individuella hälsa och välbefinnande och för folkhälsan generellt. De bärande elementen för den svenska alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken är en stark lagstiftning, internationellt samarbete, nationell samverkan och lokalt utvecklingsarbete. För att minska skador till följd av överdrivet spelande har framför allt satsningar påbörjats inom kunskapsuppbyggnad, inklusive forskning, metodutveckling och utbildning.

För att fortsätta arbetet med att driva en kraftfull alkohol- och narkotikapolitik avser regeringen, som framgår av budgetpropositionen, att avsätta upp emot 260 miljoner kronor per år under perioden 2008–2010. Från och med 2008 kommer även insatser för att nå målen på tobaksområdet att finansieras inom ramen för dessa medel.

För att politiken ska bli framgångsrik och resultaten varaktiga krävs att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är långsiktigt, strukturerat och samordnat på alla nivåer i samhället. Det är därför angeläget att etablera en permanent struktur för det drogforebyggande arbetet. Som aviserats i budgetproposition för 2008 (prop. 2007/08:1) inrättades den 1 januari 2008 en ny funktion inom Regeringskansliet vars syfte är att förstärka samordningen av den nationella alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken och att skapa en mer effektiv och tydlig myndighetsstyrning. Syftet är även att skapa ett forum för samarbete mellan alla de politikområden som är involverade i arbetet med alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågorna. För att effektivisera arbetet på lokal nivå krävs en ökad samordning och samverkan av de statliga insatserna. Det gäller t.ex. verksamhet för barn och unga, tillsyn av alkohol- och tobakslagen samt insatser för brottsbekämpning.

### 7.10.1 Insatser

#### *Genomförandet av etappmålen för den nationella tobakspolitiken*

De nationella etappmålen för tobaksområdet är vägledande för regeringens satsningar på tobaksområdet. En framgångsrik tobakspolitik förutsätter även att regionala och lokala aktörer arbetar på ett effektivt sätt och att frivilligorganisationer och andra aktörer är aktiva. Regeringen kommer att fokusera på fyra prioriterade områden inom tobakspolitiken: stöd till lokalt arbete och nationell samordning av tobaksfrågan, rökavvänjning, förbättrad tillsyn och stöd till frivilligorganisationer.

Nationellt stöd till lokalt arbete och nationell samordning av tobaksfrågan är en prioriterad fråga för regeringen. FHI ska på ett tydligare sätt än tidigare vara nationellt samordnande för berörda yrkeskategorier på lokal och regional nivå och arbeta strategiskt. Särskild prioritet ska ges till en långsiktig kompetenshöjning i kommuner och hos andra aktörer, samt ett fortsatt arbete med metodutveckling och utvärdering och spridning av metoder och arbetssätt som kan användas nationellt. I det nationella arbetet ska även ingå en särskild satsning avseende barn och unga. Regeringen har noterat att det har funnits en eftersläpning av det hälsofrämjande arbetet avseende tobak i skolor och andra barn- och ungdomsmiljöer. Barn och ungas hälsa är ett prioriterat område. Det krävs därmed en förstärkning av informations- och utbildningsinsatser i skolor och andra miljöer för barn och unga, men även att verka för att utbildningsmaterial utarbetas för relevanta högskoleutbildningar. FHI ska i linje med detta i sin slutrapport om ”Skoluppdraget”, som kommer att lämnas till regeringen den 1 april 2008, ge förslag till hur det fortsatta alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksförebyggande arbetet i skolan kan genomföras.

Det är angeläget att informationsmaterial om det hälsofrämjande och förebyggande arbetet avseende tobak till berörda yrkeskategorier uppdateras och kan spridas. Exempelvis till personal på mödra- och barnavårdscentraler, och inom primärvården, som har en viktig roll i tobakspreventivt arbete. I FHI:s tillsynsansvar ingår att ta fram och sprida material som behövs för att lokala tillsynsmyndigheter ska kunna genomföra sitt arbete. Modern informationsteknologi ska användas i ökad utsträckning.

Den andra delen av satsningen är en kraftsamling för rökavvänjning. Genom att bygga ut det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet stimulerar man användandet av rökavvänjningsmetoder hos kommuner, landsting och hos andra aktörer. De nationella aktörerna ska än tydligare knytas samman med de lokalt verksamma. Det är angeläget att en ökad samverkan även sker på lokal och regional nivå mellan olika aktörer och olika discipliner för att kunna nå ökad effektivitet. En långsiktig uppbyggnad av verksamheten krävs. Kostnadseffektiviteten av rökavvänjning jämfört med annan behandling som blodtrycksbehandling är mycket hög.

Det har framkommit att läkare som har utbildats i rökavvänjning oftare tar upp frågan om rökslut. Sluta-Röka-Linjen vid Stockholms läns landsting erhåller statligt stöd för att kunna erbjuda nationell rådgivning för rökavvänjning. Utbildningsmaterial för högskoleutbildningar behöver utvecklas och spridas.

Oberoende kunskap avseende effekten av olika metoder (läkemedel, snus och annat) för rökslut är bristfällig. I en nyligen publicerad rapport, från en vetenskaplig kommitté inom Europeiska unionen, konstateras att det inte finns evidens att dra några slutsatser om rökfria tobaksprodukter som rökavvänjningsmedel är effektiva eller inte. Det är heller inte är möjligt att dra slutsatser om den relativa effektiviteten i förhållande till andra etablerade terapier. FHI kommer därför att ges ett särskilt uppdrag att stödja forskning för att få kunskap om snus och andra produkter som sägs ha en rökavvänjande effekt och vilka eventuella risker som det är förenat med.

Regeringens särskilda satsning på tobak inkluderar även en förstärkning av FHI:s tillsyn avseende tobakslagen och kompetens- och utbildningsinsatser för länsstyrelser och kommuner. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning har visat att år 2005 kunde 50 procent av eleverna i årskurs 9 köpa cigaretter trots att det är förbjudet i tobakslagen sedan 1997. När det gäller anskaffandet av snus var andelen som kunde köpa själva 60 procent för både pojkarna och flickorna.

Tillsynsmyndigheterna har arbetat på ett föredömligt sätt när det gäller att följa upp efterlevnaden av införandet av rökfria serveringsställen. Erfarenheterna från det arbetet kan användas för det fortsatta arbetet av tillsyn av tobakslagen, och särskilt avseende arton års åldersgräns för försäljning av tobaksvaror. Det är angeläget att där det är möjligt använda sig av det metodiska arbetet avseende tillsyn av alkohollagen som förlaga, och där det är möjligt verka för en ökad samordning av tillsyn av tobakslagen och tillsyn av alkohollagen, särskilt när det gäller metoder och arbetssätt exempelvis för försäljning av tobak och folköl. Regeringen avser att ge FHI i uppdrag att undersöka om Stadprojektet är lämplig att använda som modell när det gäller att effektivisera tillsynen av försäljning av tobak och av folköl.

#### *Ett utvidgat riskbruksprojekt*

I Sverige är berusningsdrickandet vanligt och andelen storkonsumenter har ökat i takt med att den totala alkoholkonsumtionen har ökat. År 2004 var andelen riskkonsumenter 17 procent bland män i åldrarna 18–84. Motsvarande andel bland kvinnorna samma år var 9 procent. De flesta riskkonsumenterna återfinns i åldersgruppen 18–29 år.

De nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården som Socialstyrelsen har tagit fram rekommenderar olika korttidsinsatser till patienter som har en riskabel konsumtion av alkohol. Inom primärvården pågår sedan tre år ”Riskbruksprojektet” med FHI som huvudman. Det syftar till att förstärka hälso- och sjukvårdens roll i det alkoholförebyggande arbetet genom att stimulera sådana metoder som uppmärksammar patienter med en riskabelt hög alkoholkonsumtion och ger dem stöd att ändra sina vanor. Under året har samtliga landsting genomfört ytterligare satsningar på riskbruk inom primärvården, bl.a. mödrahälsovården och företagshälsovården. Personer med psykiatrisk sjukdom har oftare ett riskbruk eller missbruk av alkohol än befolkningen som helhet. Det gäller även narkotikamissbruk. Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården rekommenderar att en patient som kontaktar hälso- och sjukvård för en psykisk störning eller sjukdom även ska bedömas för eventuellt missbruk eller beroende. Därför bör den kompetens och metodik som byggts upp inom ”Riskbruksprojektet” tas till vara i den psykiatriska vårdens utvecklingsarbete i syfte att implementera riktlinjerna i sin verksamhet. Projektet utvärderas kontinuerligt och en rapport ska lämnas 2008. Regeringen har dessutom beslutat att en extern utvärdering av ska genomföras. För att ge samordningsvinster och stimulera kunskapsöverföring och metodutveckling anser regeringen att delar av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande tobaksarbetet bör samordnas med ”Riskbruksprojektet”.

Ett av alkoholpolitikens mål är att barn inte ska födas med skador till följd av moderns intag av alkohol eller narkotika under graviditeten. Genom prevention kan alkohol- och drogrelaterade fosterskador förebyggas fullt ut. Det är således viktigt att säkra kontinuiteten i upplysningsarbetet riktade till hela befolkningen om riskerna med alkohol och narkotika under graviditeten. Mödrahälsovården träffar så gott som alla gravida kvinnor och har därför en unik möjlighet att fånga upp de kvinnor som har ett riskbruk och erbjuda stöd till dem som behöver det för en alkohol- och drogfri graviditet.

För gravida kvinnor som har ett etablerat missbruk/beroende behövs särskilda insatser och samverkan mellan specialistmödravård, socialtjänst och beroendevård. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att föreslå hur stödet till gravida kvinnor med missbruk kan stärkas och hur fortsatta stödinsatser till familjer bör utformas. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten *Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem* att den vård som gravida kvinnor med missbruksproblem erbjuds behöver förstärkas. För denna grupp krävs långsiktigt nära samarbete med fasta strukturer för samarbete. Kvinnorna behöver kvalificerat stöd och behandling av yrkesgrupper med beroende- och socialkurativ kompetens såväl under som efter graviditeten. Det krävs en betydande höjning av kunskapsnivån när det gäller beroendeproblematik inom hälso- och sjukvården och socialtjänstens verksamheter för att kunna erbjuda dessa kvinnor ett kvalificerat stöd. Socialstyrelsen menar även att det krävs regionala riktlinjer för ett likvärdigt omhändertagande och uppföljning av kvinnan och barnet som stöd för samarbetet lokalt och regionalt.

Regeringen vill verka för att kvinnor med missbruk får den vård och det stöd de behöver tidigt i graviditeten för att uppnå en alkohol- och narkotikafri graviditet. Detta är angeläget för att skydda det väntade barnet. Ett sätt att intensifiera detta arbete är genom Riskbruksprojektet. I och med denna satsning får personal inom mödrahälsovården utbildning i hur man identifierar kvinnor med riskbruk/missbruk/beroende. Mycket tyder på att fler kvinnor med alkoholproblematik upptäcks tidigare i och med denna utbildningssatsning vilket därmed ökar möjligheten att erbjuda kvinnan tidiga frivilliga insatser. Det är även viktigt att förbättra stödet till familjen under barnets första levnadsår.

Med utgångspunkt i Socialstyrelsens rapport har regeringen för avsikt att återkomma med förslag om hur stödet till gravida kvinnor med missbruk kan utvecklas. Som ett komplement till vård i frivilliga former, bör det finnas möjlighet att till skydd för det ofödda barnet ansöka om tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) för de kvinnor som inte förmår att upphöra med sitt missbruk. Syftet är att barn inte ska födas med skador till följd av moderns intag av alkohol eller narkotika. En sådan utvidgning av LVM innebär att kvinnor, som i dag inte nås av frivilliga behandlingsinsatser, får vård i ett tidigare stadium av sin graviditet än vad som sker i dag. Ju tidigare i graviditeten kvinnan får vård, desto bättre start i livet får barnet. Socialstyrelsen skriver i sin rapport att majoriteten av personalen som kommer i kontakt med dessa kvinnor tycker att LVM bör förändras så att den ger

utvidgade möjligheter till tvångsomhändertagande av gravida kvinnor med missbruksproblem. Skälen till detta är bl.a. att socialtjänsten ibland undviker att ingripa och då använder argument att LVM inte gäller det väntade barnet. Regeringen avser att se över möjligheten att utvidga LVM till att även inkludera ett skydd för det ofödda barnet.

### *Skolprojektet*

Alkohol- och narkotikakonsumtionen steg kraftigt bland ungdomar i årskurs 9 under 1990-talets senare hälft. Under 2000-talet vände kurvan nedåt och de senaste två åren har minskningen varit markant. Under den perioden har andelen som inte dricker alkohol ökat från 20 till 30 procent. I motsats till niorna ökar konsumtionen bland elever som går andra året på gymnasiet. För att befästa och förstärka den positiva trenden bland yngre ungdomar och bryta den negativa utvecklingen bland de äldre krävs en fortsatt satsning på drogförebyggande arbete inom skolan.

Svensk och internationell preventionsforskning visar att traditionell, upplysande undervisning om alkohol, narkotika och tobak inte har de effekter på elevernas riskbeteende som man tidigare trott. I dag finns kunskap om andra, forskningsbaserade metoder som dessutom går hand i hand med skolans lärande kärnuppdrag. FHI har ett regeringsuppdrag att sprida kunskap om verkningsfulla, förebyggande metoder i skolan under perioden 2005–2007. ”Skolprojektet” syftar till att utveckla breda preventionsinsatser och skyddsfaktorer för barn och unga, som utöver samtal om alkohol och droger även rymmer sådant som föräldrasamverkan, ledarskap i klassrummet, att utveckla social och emotionell kompetens och en god elevhälsa.

Arbetet med att utveckla och genomföra ett kunskapsbaserat preventions- och hälsofrämjande arbete som även omfattar gymnasiet bör prioriteras även under kommande år. Arbetet ska utgå från de utvärderingar som gjorts av hittills gjorda satsningar. FHI ska i den slutrapport om ”Skoluppdraget” som ska lämnas till regeringen den 1 april 2008 ge förslag till hur det fortsatta alkohol-, narkotika-, dopning- och tobaksförebyggande arbetet i skolan ska genomföras. Därefter bör en utvärdering göras om projektets arbetssätt lämpar sig för att omfatta även andra problemområden.

FHI ska utvärdera hur de går vidare med det fortsatta förebyggande alkohol, narkotika, tobak och dopningsarbetet på högskolor och universitet. Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotikas goda erfarenheter ska tas till vara i det fortsatta arbetet. Institutets ska särskilt beakta ”Riskbruksprojektets” och ”Skolprojektets” verksamhet i det fortsatta arbetet.

### *Samordningsfunktionen i Regeringskansliet*

Ansvaret för att genomföra de nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna ligger fr.o.m. januari 2008 på berörda myndigheter. Den verksamhet som bedrivits av Alkoholkommittén och den nationella narkotikasamordnaren och dennes kansli (Mobilisering mot narkotika) har permanentats i den ordinarie myndighetsstrukturen. Samordning av in-

satserna på nationell nivå för att genomföra de nationella alkohol- och narkotikahandlingsplanerna, inklusive att uppnå etappmålen för tobak hanteras i Regeringskansliet. Regeringen avser att återkomma med uppdrag till myndigheterna att inom sina respektive ansvarsområden driva utvecklingen vidare utifrån målen i handlingsplanerna. Myndigheterna ska regelbundet följa upp arbetet och rapportera om utvecklingen till regeringen.

En särskild samordningsfunktion har inrättats inom Regeringskansliet som dels består av en interdepartemental arbetsgrupp för samordning av alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken, dels av ett sekretariat.

Regeringen har även beslutat att ett råd för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågor ska inrättas. Rådet ska agera som rådgivare till regeringen i alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågor samt informera regeringen bl.a. om forsknings- och utredningsresultat med relevans för utformningen av politiken inom dessa områden. Rådet ska inte ha någon egen beslutande funktion gentemot enskilda myndigheter eller kommuner och landsting. Rådet ska inte heller ha några samordningsuppgifter när det gäller uppföljning och utvärdering. I rådet bör exempelvis ingå myndighetschefer från de för frågorna mest centrala myndigheterna, forskare, representanter från det civila samhället samt en representant från Sveriges Kommuner och Landsting.

### *Länssamordnare*

Det lokala och det regionala arbetet utgör en hörnsten i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. De kommunala samordnare och länssamordnare, som har varit verksamma i hela landet, har bidragit till att utveckla en fungerande struktur för arbetet. Samordnarna utgör en viktig länk mellan lokal, regional och nationell nivå. Länssamordnarna fungerar även som en länk mellan den nationella och den lokala nivån. Utvärderingar visar att länssamordnarna i hög grad har bidragit till att utveckla det förebyggande arbetet i kommunerna. Genom stöd från den nationella nivån kan dessa sprida erfarenheter och kunskap om hur man genomför evidensbaserade insatser, och därmed stödja förändringsarbetet i kommunerna i respektive län. Regeringen anser att det är angeläget att den struktur som byggts upp med lokala och regionala samordnare runt om i landet utvecklas, och att samordnarnas roll tydliggörs. Det är även önskvärt att samordnarna utvecklar samarbetet med frivilligorganisationerna och den ideella sektorn.

Statens folkhälsoinstitut kommer att på ett tydligare sätt ansvara för utvecklingsarbetet inom ramen för projektet Ansvarsfull alkoholserving. Institutet ska ha en övergripande roll i utvecklingsarbetet och det metodstödande arbetet för de projektanställda. Både länssamordnarna och de projektanställda ska på ett mer aktivt sätt samarbeta, utveckla och överföra information om respektive projekt för att säkerställa långsiktighet i det förebyggande arbetet på länsstyrelsen.

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete har i uppdrag att genomföra en litteratursökning för att få kännedom om vilken kunskap som finns om verksamma metoder för stödande verksamhet som riktar sig till barn och unga som lever i familjer där det finns missbruks- eller



beroendeproblem. Kopplat till detta har FHI fått i uppdrag att kartlägga hur stor denna grupp av barn är. Länsamordnarna ska samordna information och utvärdera de insatser riktade till dessa barn, som finns i respektive län, och återrapportera det till regeringen.

### *Utvecklingen inom Europeiska unionen och internationellt samarbete*

Folkhälsan i Sverige påverkas av de alltmer gränsöverskridande tendenserna när det gäller alkohol, narkotika, tobak, dopning och spel. För att kunna upprätthålla en hög skyddsnivå för folkhälsan krävs att Sverige deltar aktivt i EU-samarbetet och i andra internationella sammanhang, som exempelvis WHO på tobaks- och alkoholområdet och i FN-samarbetet på narkotikaområdet. Beträffande WHO är det framför allt angeläget att verka för ett globalt initiativ på alkoholområdet och att alkohol på ett tydligare sätt integreras i den reguljära verksamheten. Regeringen anser att folkhälsoområdet huvudsakligen är en nationell angelägenhet och att nationell lag till skydd för folkhälsan ska kunna upprätthållas.

Regeringen arbetar för en mer restriktiv syn på alkohol inom EU. Målsättning är att konsolidera och vidareutveckla unionens alkoholskadeförebyggande arbete. Det kan bl.a. ske genom att öka den svenska representationen i olika samarbetsorgan och skapa allianser med andra länder om aktuella frågor. Det gäller exempelvis problematiken med en stor resandeförsel och gränshandel som är drivande för alkoholkonsumtionen, särskilt bland ungdomar, men som även leder till konkurrenssnedvridning och brottslighet. Alkohol kommer även att vara en prioriterad fråga under det svenska ordförandeskapet 2009.

### **7.10.2 Spelberoende**

Utvecklingen på spelmarknaden är explosionsartad och den huvudsakliga satsningen sker på spel som har flera riskfaktorer ur spelberoendesynpunkt. Framförallt automatspel och spel på Internet har utvecklats kraftigt under senare år.

På senare tid har pokerspel på Internet uppmärksammats mycket och det finns tecken på att detta ökat markant, framförallt bland ungdomar. Mycket talar för att den snabba återkopplingen mellan insats och utfall samt att spelet är anonymt och har inslag av skicklighet leder till att ett ökat antal människor riskerar att bli spelberoende.

### **7.10.3 Insatser**

*Fortsatt särskild satsning med cirka 28 miljoner kronor per år för att förebygga spelberoendeinsatser*

Regeringen har nyligen tillsatt en särskild utredare (dir. 2007:79 En stärkt och moderniserad spelreglering) som bl.a. ska föreslå hur en uppstramning och modernisering av regelverket kan ske i syfte att stärka de sociala skyddsintressen som ska stå i förgrunden för svensk spelpolitik. Grunden för den nuvarande modellen för spelregleringen ska alltså fort-

sättningsvis tjäna som förebild. Uppdraget ska vara slutfört senast den 15 december 2008.

Regeringen avsätter årligen cirka 28 miljoner kronor till insatser mot spelberoende. Insatser mot spelberoende har under den senaste tioårsperioden dominerats av åtgärder, såsom kunskapsinhämtande, stöd till de mest drabbade och informationsspridning till nyckelgrupper. Därmed har en grund lagts som gör det möjligt att inrikta arbetet mer mot förebyggande insatser och vård och behandling.

Det var tio år sedan det gjordes en stor vetenskaplig undersökning om spelberoendets omfattning i Sverige. En ny undersökning ska genomföras under första halvåret 2008. Undersökningen utgör en startpunkt för longitudinella studier om spelvanor och spelmissbruk. Genom undersökningen kommer det även att vara möjligt att validera de frågor om spel som ingår i den årliga nationella folkhälsoenkäten.

FHI har under 2004–2007 finansierat utveckling och utvärdering av ett internetbaserat självhjälpssystem för spelberoende. Utvärderingen är nu avslutad och kommer att publiceras under 2008. Preliminära data visar att programmet har fungerat mycket väl. Det nu pågående självhjälpssystemet är avsett för vuxna med spelproblem och bygger delvis på erfarenheter från internetbaserade självhjälpssystem för vuxna med andra typer av psykosociala problem såsom depression och panikångest. Några motsvarande program för unga finns inte utvecklade. Med tanke på att ungdomar i än högre grad än vuxna använder sig av Internet bör särskild vikt läggas vid att även utveckla självhjälpssystem för barn, ungdomar och deras föräldrar.

Riskabelt spelande är betydligt större i grupper som kan betecknas som sårbara än bland befolkningen som helhet. Unga män med utländsk bakgrund tillhör t.ex. en grupp där man finner en stor andel med riskabla spelvanor, men det är få personer med denna bakgrund som vänder sig till stödgrupper eller söker hjälp för sitt spelproblem. Särskilda insatser behövs för att nå spelberoende ungdomar och vuxna i sårbara grupper.

## 8 Självmordsprevention

### Bakgrund

Riksdagen framförde i ett tillkännagivande från den 27 april 2005 om det självmordspreventiva arbetet (bet. 2004/05:SoU11, rskr.2004/05:218) att ett nationellt program för självmordsprevention bör tas fram. Den 21 juli 2005 gav den dåvarande regeringen Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag på strategier och åtgärder till ett nationellt program för självmordsprevention. FHI fick i uppdrag att ta fram förslag på befolkningsinriktade strategier och åtgärder för statliga myndigheter, landsting och kommuner. Socialstyrelsen fick i uppdrag att ta fram förslag på strategier och åtgärder riktade till huvudmännen för hälso- och sjukvård, socialtjänst och skolhälsovård/elevhälsa. En utgångspunkt var att föreslagna åtgärder skulle kunna vidtas inom befintliga ramar. I den utsträckning förslagen skulle medföra ökade utgifter för stat, kommuner och/eller landsting skulle de kompletteras med förslag

till finansiering. FHI och Socialstyrelsen redovisade uppdraget den 15 december 2006 och inkom med ”Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärder” (dnr S2006/10114/FH), varefter myndigheternas förslag remitterades.

Prop. 2007/08:110

### Terminologi

För en del människor kan ordet självmord föra tankarna till mord och kriminella handlingar och de föredrar då att ”självmord” ersätts av ”suicid”. För andra kan termen suicid uppfattas som alltför klinisk och avståndstagande och av den anledningen kanske stötande eller kränkande. Det kan även ses som ett uttryck för förnekande och tabubeläggning nämligen att undvika att nämna företeelsen vid sitt rätta namn.

Förändringen i beteckningen av företeelsen ”självmord” speglar även ett ökat forskningsintresse. Nu används ofta ”suicid” såväl kliniskt som i forskning efter engelskans ”suicide”. I takt med att Sverige blivit en del av det internationella forskningsområdet där engelska utgör det dominerande språket har det tidigare svenska begreppen delvis mönstrats ut, men språkbruket är fortfarande inte enhetligt. Eftersom begreppet självmord är väl förankrat bland allmänheten och därför inte kan missförstås kommer regeringen emellertid att använda beteckningen självmord i denna text.

## 8.1 Förslag till ett nationellt handlingsprogram för självmordsprevention

Statens folkhälsoinstituts och Socialstyrelsens förslag till nationellt program för självmordsprevention omfattar en övergripande vision och nio strategier. Nedan följer en kort redogörelse för varje strategi och en sammanställning av remissinstansernas yttranden.

### 8.1.1 Övergripande vision

**Regeringens bedömning:** Ingen bör hamna i en så utsatt situation att den enda utvägen upplevs vara självmord. Regeringen har som vision att ingen ska behöva ta sitt liv.

**Statens folkhälsoinstituts och Socialstyrelsens förslag:** Myndigheterna anför att de etiska problem som är förknippade med självmordsprevention gör att det är mindre lämpligt att formulera en ”nollvision” på liknande sätt som det finns en ”nollvision” för dödsfall i vägtrafik. Myndigheterna föreslår att ett självmordsförebyggande program bör ha som övergripande mål att minska antalet självmord.

**Remissinstanserna:** Flera remissinstanser förespråkar ett ställningstagande för en nollvision för suicid. *Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES)* har antagit en nollvision Ett suicidfritt Sverige! Det är ett inriktningsmål, jämförbart med trafikens nollvision. SPES önskar att denna vision ska bli en gemensam nationell vision i

Sverige. *Handikappombudsmannen* stödjer en nollvision som innebär att ingen med psykisk ohälsa som aktualiserats hos kommun eller landsting ska ta sitt eget liv på grund av att han eller hon har avvisats eller tappats bort i vården. *Svenska Läkaresällskapet* anser att den generella utgångspunkten är att samhället bör ha en nollvision för det suicidpreventiva arbetet men att det finns enskilda undantag. *Högskolan i Gävle* håller inte med om argumentationen i underlaget att en nollvision inte kan vara målet. Tvärtom, det skulle ge handlingsprogrammet ytterligare tyngd och en markerad viljeinriktning. Tänker man sig en nollvision blir det även rimligare att utreda varje enskilt suicidfall. *Landstinget i Kalmar län* anser att det övergripande målet borde vara en nollvision för självmord.

**Skälen för regeringens bedömning:** De bakomliggande skälen till att en människa tar sitt liv beror oftast på att personen lider av en psykisk störning och att personen är obehandlad eller underbehandlad vid tidpunkten för dödsfallet. Om det tillstöter belastande yttre händelser eller förändringar i livssituationen kan självmordsförsök eller självmord bli ett faktum.

Självmord går att förebygga och samhällets förebyggande insatser för att motverka psykisk ohälsa och samhällets olika system för att hantera risker för självmord måste ständigt förbättras. Ingen människa ska behöva hamna i en situation där den enda utvägen upplevs vara att ta sitt liv. Det självmordspreventiva arbetet har länge utgått från ett individperspektiv med fokus på behandling av psykiska sjukdomar. Folkhälsopolitiken kompletterar detta synsätt. Den svenska befolkningsinriktade självmordspreventionen utgår från ett systemperspektiv. Den folkhälso-politiska målstrukturen innebär att alla faktorer i människors sociala och fysiska miljö som är viktiga för hälsan inkluderas i det självmordspreventiva arbetet.

### 8.1.2 Insatser som främjar goda livschanser för mindre gynnade grupper

**Regeringens bedömning:** Regeringen avser att ge Statens folkhälsoinstitut (FHI), i samråd med Myndigheten för skolutveckling och Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska institutet, i uppdrag att utarbeta ett informationsmaterial om hur man kan förebygga självmordsförsök och självmord bland skolelever. I uppdraget ingår även att ta fram en strategi för hur materialet kan spridas till lärare och annan skolpersonal.

**Statens folkhälsoinstituts och Socialstyrelsens förslag:** Myndigheternas förslag innebär inga nya åtgärder, utan förslår två åtgärder som presenterats i betänkandet *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa* (SOU 2006:77). Det första förslaget består i att inrätta en verksamhet som ska tillhandahålla systematiska sammanställningar av vetenskapliga studier om vilken effekt pedagogiska insatser egentligen har. Det andra förslaget går ut på att främja ett systematiskt kvalitetsarbete i grundskolan genom att utveckla Skolverkets Internetbaserade resultatsystem, SALSA och SIRIS, så att de innehåller information om studieresultat,

**Remissinstanserna:** I stort sett samtliga remissinstanser tillstyrker eller har inte haft någon erinran mot förslaget. Några remissinstanser anser att det behövs fler konkreta förslag på åtgärder och uppföljning. Vidare menar flera remissinstanser att vissa grupper inte uppmärksammas tillräckligt och förväntar sig insatser riktade mot olika riskgrupper. När det gäller att utveckla Skolverkets Internetbaserade resultatsystem, SALSA och SIRIS ställer sig flera instanser sig tveksamma/negativa till förslaget. *Statens beredning för medicinsk utvärdering* anser att integritetsaspekterna inte tydligt nog beaktats, och menar att det inte heller framgår hur uppgifterna ska användas i praktiken. *Myndigheten för skolutveckling* anser att det är tveksamt om det är lämpligt att föra in information om tex. psykisk hälsa bland dessa uppgifter. *Skolverket* ställer sig helt avvisande till att på skolnivå redovisa elevers ohälsa. *Vetenskapsrådet* anser att resonemanget kring en ökad registrering är problematiskt. Vetenskapsrådet menar att det är mer rimligt att förstärka skolhälsovården/elevhälsan genom olika typer av stöd till skolhälsovård och lärare som fortbildning och konsultation. Flera remissinstanser betonar skolhälsovårdens/elevhälsans roll, och menar att det saknas ett åtgärdsprogram för skolhälsovården/elevhälsan när det gäller ungdomar som löper risk för självmord och att skolhälsovården/elevhälsan behöver förstärkas med fler psykologer, kuratorer och skolsköterskor.

**Skälen för regeringens bedömning:** Regeringen gör bedömningen att föräldrarna är de viktigaste personerna i varje barns liv. Genom insatser som stödjer föräldrarna är det möjligt att förebygga psykisk ohälsa under uppväxtåren och senare i livet (se avsnitt 7.3). Alla barn ska ges möjlighet att utveckla sina kompetenser och tillgodogöra sig samhällsbarande värden. Individens intellektuella, sociala och emotionella kompetenser påverkar både risken för depression och risken för suicid.

Individens kompetenser utvecklas under uppväxtåren i samspel med föräldrarna, andra vuxna och med andra barn. Förskola, skola och fritidsverksamhet är centrala miljöer och spelar en avgörande roll för varje barns möjligheter i livet. Dessa verksamheter ska främja utvecklingen av barns och ungas kompetenser, vilket kan minska risken för att unga människor drabbas av psykisk ohälsa och av självmord. De socialt minst gynnade grupperna har särskilt goda förutsättningar att påverkas positivt. Socialstyrelsen och FHI anser att det är angeläget att förskolans och skolans system för systematisk kvalitetsförbättring förbättras och föreslår en utveckling av Skolverkets internetbaserade resultatsystem SALSA och SIRIS. De båda förslagen behandlades i utredningen *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa* (SOU 2006:77) och bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Regeringen avser vidare att presentera en ny skollag under våren 2008, där bl.a. reglering av elevhälsan kommer att ingå. All personal i skolan har ett ansvar för att skapa en bra skolmiljö så att eleverna ska kunna uppnå sina kunskapsmål och må bra. Skolhälsovården och elevhälsan har ett särskilt ansvar för det hälsofrämjande arbetet.

Världshälsoorganisationen (WHO) driver sedan 1999 programmet SUPRE (Suicideprevention) för att minska förekomsten av självmord. SUPRE drivs i samarbete mellan olika organ inom WHO, systerorganisa-

tioner inom FN, relevanta frivilligorganisationer och samarbetspartners till WHO. Programmet består bl.a. av insatser för att öka medvetenheten om självmordsproblematiken och för att beskriva förekomsten av självmord i olika länder. Inom ramen för SUPRE har olika dokument producerats som beskriver hur självmordsprevention kan utformas, bl.a. ett stödmaterial för lärare och annan skolpersonal. Stödmaterialet som syftar till att förebygga självmord och självmordsförsök hos elever anpassades till svenska förhållanden av NASP<sup>5</sup> år 2003. Regeringen avser att ge Statens folkhälsoinstitut, i samråd med Myndigheten för skolutveckling och NASP, i uppdrag att med stödmaterialet som utgångspunkt utarbeta ett lättillgängligt informationsmaterial. I uppdraget ska även ingå att ta fram en strategi för hur informationsmaterialet kan spridas till lärare och annan skolpersonal.

### 8.1.3 Minskad alkoholkonsumtion i befolkningen och i högriskgrupper för självmord

**Regeringens bedömning:** Regeringen avser att intensifiera insatserna för att minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och att fullfölja handlingsplanen mot alkoholskador. Regeringen avser att fortsätta driva frågan om en restriktiv alkoholpolitik inom Europeiska unionen.

**Statens folkhälsoinstituts och Socialstyrelsens förslag:** Myndigheternas förslag överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** I stort sett samtliga remissinstanser tillstyrker eller har inte haft någon erinran mot strategin. Flertalet remissinstanser påtar att narkotikamissbruket bör inbegripas i strategin. *IOGT-NTO* menar att rubriken för strategin ger intryck av att särskilda insatser bör göras för att minska alkoholkonsumtionen i högriskgrupper för självmord, men att något sådant inte framgår i texten. *IOGT-NTO* ansluter sig till slutsatsen att en nationell alkoholpolitik som reducerar alkoholkonsumtionen är en viktig självmordspreventiv åtgärd, och framhåller att en restriktiv nationell alkoholpolitik är en viktig plattform även för att med trovärdighet och framgång kunna driva frågan om en restriktiv alkoholpolitik på EU-nivå.

**Skälen för regeringens bedömning:** Regeringen anser att det är angeläget att minska alkoholkonsumtionen. En minskad alkoholkonsumtion minskar självmordsbenägenheten. Under perioden 2008–2010 prioriteras fortsatta åtgärder för att minska bruket av alkohol i enlighet med den nationella alkoholhandlingsplanen (Prop. 2005/06:30). Regeringen arbetar för en mer restriktiv syn på alkohol inom Europeiska unionen (se avsnitt 7.10). Flera remissinstanser anser att strategin bör kompletteras med åtgärdsförslag och uppföljning även kring narkotikamissbruk. Regeringens övergripande mål för narkotikapolitiken är att Sverige ska

<sup>5</sup> NASP:s verksamhet har tidigare bedrivits mellan Institutet för psykosocial medicin (IPM) och Stockholms läns landsting. I samband med att IPM upphörde som myndighet den 1 oktober 2007 inordnades den del av IPM, som ingått i NASP, i Karolinska institutet.

vara fritt från narkotika. Regeringen avser att fullfölja den nationella handlingsplanen mot narkotika med målen att färre människor ska börja missbruka, fler personer med missbruksproblem ska få hjälp att sluta, och att tillgången på narkotika ska minska.

Själv mord och självmordsförsök är en omfattande och angelägen uppgift för polisen. Polisen har en direkt självmordspreventiv roll, exempelvis har Polismyndigheten i Stockholm en särskild förhandlargrupp som deltar vid insatser i farliga situationer och vid självmordsfall. Gruppen har ungefär 100 förhandlaruppdrag per år varav cirka 40 är självmordsfall.

#### 8.1.4 Minskad tillgänglighet till medel och metoder för självmord

**Regeringens bedömning:** Det nationella, regionala och kommunala arbetet med att minska tillgången till dödliga metoder och medel för självmord bör fortsätta.

**Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsens förslag:** Myndigheternas förslag överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Remissinstanserna är i huvudsak positiva till strategin. *Malmö kommun* anser att strategin bör inkludera konkreta förslag på åtgärder och en tydligare uppföljning. *Vägrafikinspektionen* påtalar att åtgärderna under strategin i skrivelsen inte ger något konkret svar på hur den psykiatriska vården ska gå tillväga för att ta sitt ansvar att minska antalet självmord. *Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES)* anför att många självmord sker i hemmen och att det därför behövs information till allmänheten och framför allt till anhöriga. *Statens institutionsstyrelse* menar att resonemanget ur ett institutionsperspektiv väcker en del farhågor. Självklart ska vårdinrättningar utformas så att man är restriktiv med sådant som ger associationer till självmord, och det bör finnas goda rutiner som motverkar möjligheterna att ta sitt liv. Ett åtgärdsprogram för att förhindra självmord kan riskera att befrämja en utveckling med ökad övervakning och mer steril miljö som i sin tur skulle kunna göra att klienten känner sig mer kränkt och oförmögen att förändra sin situation. I värsta fall får man en miljö som provocerar personer med självskadebeteende att öka sin destruktivitet.

**Skälen för regeringens bedömning:** Erfarenheten från arbetet med självmordsrelaterade frågeställningar visar att ju svårare det är att få tillgång till höggradigt dödliga metoder för självmord desto större är sannolikheten att personen väljer en mindre dödlig metod och därför överlever. Det befolkningsinriktade arbetet med inriktning på stödjande miljöer och på att förstärka de färdigheter som kan skydda när man hamnar i situationer i livet som är särskilt påfrestande och långvariga.

Antalet självmord genom höggradigt dödliga metoder har kunnat minskas med hjälp av: lagstiftning för kontroll av skjutvapen; restriktioner över tillgång till pesticider; förändrade förpackningar för smärtstillande medel; obligatorisk användning av katalytisk avgasrening i motorfordon; barriärer kring platser för höga hopp; användning av nya mindre toxiska antidepressiva medel och utformning av vårdmiljöer och boenden till "säkra" platser genom sanering av den fysiska vårdmiljön så att dusch-

slangar, ställningar, gardiner, stickande och skärande föremål m.m. inte finns tillgängliga vid vård av personer med självmordsproblematik.

Läkemedelsverket, Apoteket AB, Banverket och Vägverket är exempel på viktiga aktörer som aktivt arbetar för att minska tillgången till dödliga metoder för självmord.

När Läkemedelsverket utformar föreskrifter för storlekar på förpackningar är risk för självmord en faktor verket tar hänsyn till.

Giftinformationscentralen på Apoteket bevakar fortlöpande förgiftningssituationen i landet för att spåra trender och nya förgiftningsproblem och för att identifiera särskilt riskabla förgiftningsmedel. Apoteket ersätter medel med hög akuttoxicitet med mindre farliga alternativ, ändrar förpackningar, anpassar varningstexter, förordar restriktioner i förskrivning eller försäljning, samt informerar om förgiftningsriskerna till berörda målgrupper.

Banverket har under senare år finansierat ett forskningsprojekt vid Karlstads universitet om järnvägsrelaterade självmordsfall. Banverket har även inlett försök att med hjälp av kameraövervakning, kombinerat med väktaringripanden, reducera antalet självmordsfall på utvalda platser.

Vägverket arbetar aktivt med att minska risker och olyckor i trafiken men även med att begränsa konsekvenserna av ett misstag. För att minska avkörning mot bergvägg eller brant stup, frontalkollision med tunga fordon på motsatt körfält och kollision med tåg på obebakade järnvägsövergångar har Vägverket utvecklat och infört åtgärder som förbättrar trafiksäkerheten genom t.ex. bättre räcken. Vägverket har även uppmärksammat problemet med självmord genom hopp från broar och har tagit fram riktlinjer för att säkerställa att självmordsprevention beaktas vid planering och projektering, kriterier för vilka broar som bör åtgärdas samt vilka åtgärder som kan vara mest lämpliga för självmordsprevention. Rätt utformade fysiska barriärer ger den enskilde mer tid att tänka över sitt handlande, att söka eller ta emot hjälp eller kanske överge planerna. Det ger även förbipasserande större möjlighet att agera och räddningspersonal mer tid att komma på plats. Barriärer förhindrar dessutom berusade personer från att balansera på broräckena och falla ner av misstag.

### 8.1.5 Självmordsprevention som hantering av psykologiska misstag

**Regeringens bedömning:** Regeringen avser att tillsätta en utredare som ska analysera förutsättningarna att skapa en nationell funktion för händelseanalyser och gemensamma utredningar vid självmord.

**Statens folkhälsoinstitutets och Socialstyrelsens förslag:** Rättsmedicinalverket föreslås få till uppdrag att i samarbete med Statens folkhälsoinstitut och Statens räddningsverk genomföra en försöksverksamhet där information om förloppet vid självmord, främst för ungdomar i åldrarna 15–30, överförs till kommunala skadepreventiva grupper.

**Remissinstanserna:** Flertalet remissinstanser har tillstyrkt eller har inte haft någon erinran mot strategin. *Rättsmedicinalverket* anser att förslaget är mycket kortfattat beskrivet när det gäller de närmare for-



merna och förutsättningarna för försöksverksamheten. Vidare anser man att det är angeläget att få med de kommunala aktörerna, och att den kunskap som finns hos Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) nyttiggörs i försöksverksamheten. Rättsmedicinalverket påpekar även att som huvudregel så skyddas de uppgifter som finns hos verket i bl.a. självmordsärenden av sekretess. *Statens räddningsverk* anser inte att själva genomförandet av förslaget är ett uppdrag för myndigheten. *Vetenskapsrådet* menar att det är intressant att satsa på befintliga lokala skadepreventionsgrupper och att det förefaller angeläget att genomföra den försöksverksamhet som föreslås, även om det inte är lätt att se hur en sådan kan komma till stånd utan ekonomiskt projektstöd. *Hälsouniversitetet i Linköping* stödjer ett katastrofkommissionsförfarande i form av en systematiserad händelseanalys, och understryker att deltagande personer åtminstone bör ha någon forskningserfarenhet, men anser att vilka åtgärder som konkret sett ska vidtas för att minska risken inte framgår av förslaget. *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* är inte övertygade om att åtgärderna ska koncentreras till enbart skadeprevention genom skadepreventiva grupper. *Landstinget i Värmlands län* är positivt till att även de självmord där vårdkontakt inte förekommit, bör bli föremål för en systematiserad utredning. *Malmö kommun* anser att det är tveksamt att föreslå en strategi i ett nationellt program innan en modell för att överföra information om förloppet vid självmord till kommunala skadepreventiva grupper finns och har utvärderats. De påpekar att det inte heller finns någon tidsplan i frågan.

**Skälen för regeringens bedömning:** För att förstå och bättre kunna förebygga självmord behövs en bredare analys av händelsen än den som sker i anslutning till vård och stöd. De utredningar som görs i vården i dag i samband med Lex Maria-anmälningar (se avsnitt 8.1.9) kommer enbart till stånd om personen som tagit sitt liv haft vårdkontakt inom fyra veckor före dödsfallet. Vården saknar kunskap och metoder för att göra en vidare händelseanalys som omfattar övriga samhällsaktörer.

Utifrån samlad information från händelseanalyser kan olika delar av samhället få hjälp i det självmordsförebyggande arbetet med målsättningen att minska antalet självmord och andra negativa händelser. Därför är det angeläget att metodiken för händelseanalyserna utvecklas.

Det aktuella förslaget riktar sig särskilt till ungdomar i åldrarna 15–30. Självmordstalen har sjunkit konstant och avsevärt sedan 1980 för alla åldersgrupper över 25 år. I åldersgruppen 15–24 år har inga förbättringar skett sedan 1990-talets början och självmord bland unga kvinnor mellan 15 och 24 år ökar. Mot denna bakgrund ser myndigheterna det som särskilt angeläget att förstärka insatserna kring självmord bland ungdomar i åldersgruppen 15–30 år.

Regeringens anser att även självmord, som inte rapporteras enligt Lex Maria, bör utredas och avser att tillsätta en utredare. Utredaren ska analysera förutsättningarna att skapa en nationell funktion för händelseanalyser och gemensamma utredningar vid självmord. Funktionen ska bestå av lokala aktörerna i arbetet med att göra en händelseanalys när en människa tar sitt liv, och att stödja de lokala aktörerna i det självmordsförebyggande arbetet.

**Regeringens bedömning:** Det självmordsförebyggande arbetet via hälso- och sjukvården bör fortsätta.

**Statens folkhälsoinstitutets och Socialstyrelsens förslag:** Myndigheterna anger följande åtgärdsområden inom hälso- och sjukvården: behandling av underliggande psykiska störningar och i förekommande fall av missbruk, beroende och rehabilitering för att öka funktionsförmågan; underbehandlade och obehandlade grupper bör identifieras och ges adekvat behandling; fler bör utbildas i evidensbaserade psykoterapeutiska metoder för att göra dessa metoder mer tillgängliga för våldsökande i kommuner och landsting.

**Remissinstanserna:** Flertalet remissinstanser tillstyrker strategin eller har inte haft någon erinran mot den. Ett fåtal remissinstanser menar att de utbildningsinsatser som nämns borde medföra betydande kostnader för landstingen. *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* anför att den stora bristen är de psykologiska insatserna i form av olika typer av terapi från landstingens enheter och de sociala insatserna från kommunens enheter. *Hälsouniversitetet i Linköping* anser att det är bedrägligt att "lätta" till "måttliga" depressioner ska behandlas av primärvården medan psykiatrin handlägger de "djupa" depressionerna, och anser att så många patienter som möjligt bör primärbedömas av psykiatrisk specialist. *Institutet för psykosocial medicin* menar att det bör ställas större krav på mer specifik utbildning i primärvården för att kunna ställa rätt diagnos och behandla personer med depression. *Handikappombudsmannen* anför att samarbete och en klar ansvarsfördelning mellan olika aktörer är nödvändig. *Myndigheten för skolutveckling* lyfter fram att ett självmordsförebyggande arbete kan ske inom skolan genom att skapa ett gott skolklimat, att skolpersonalen riktar sig till grupper av elever som är särskilt utsatta, att elevhälsan finns tillgänglig samt att det finns ett gott samarbete mellan skola/elevhälsa, socialtjänst och barnpsykiatri när den enskilda eleven har ett akut behov av extra stöd, vård/behandling. *Svenska Röda Korset* håller med om att psykosocialt stöd är mycket viktigt, men anser att förslaget saknar beskrivning av hur detta stöd ska tillhandahållas. *Högskolan i Gävle* anser att det saknas inriktning på förslag till åtgärder, anpassade speciellt till ungdomar. Några remissinstanser berör problemen med självdestruktiva beteenden bland i första hand unga flickor och anser att strategin även bör omfatta destruktiva beteenden inbegripande ätstörningar.

**Skälen för regeringens bedömning:** Själv mord kan ibland av omgivningen upplevas som en rationell handling. De allra flesta självmord är emellertid resultatet av en handling utförd under inflytande av psykisk störning och svår ångest på grund av en outhärdlig livssituation, där stöd från omgivningen inte funnits på det sätt som individen önskat och behövt. Omkring 90 procent av alla som tar sitt liv lider av en psykisk störning eller sjukdom, vanligast depression, missbruk eller beroendesjukdomar med inslag av ångest. Av dem som tagit sitt liv har ungefär hälften någon gång haft kontakt med den psykiatriska vården. Om belastande yttre händelser eller förändringar i livssituationen läggs ovanpå dessa diagnoser och sjukdomar, kan självmordsförsök eller självmord bli

ett faktum. Yttre stressfaktorer handlar om förändringar i social eller ekonomisk status, som att förlora arbetet, att drastiskt sjunka i social status, att förlora körkortet, att flytta, att emigrera eller drabbas av förluster – av närstående, av hälsan, av kulturell eller språklig tillhörighet vid utvandring – och vid omstörtande händelser.

Psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland äldre. Vid 75 års ålder har cirka 15 procent någon psykiatrisk diagnos, t.ex. depressivt syndrom, ångestsyndrom eller olika former av psykotiska tillstånd. Depression är den enskilt vanligaste orsaken till psykisk ohälsa hos äldre. Kroppsliga sjukdomar och demens ökar risken för depression men även stresshöjande livshändelser ökar risken på att liknande sätt hos äldre som hos yngre personer. En nära anhörigs dödsfall är exempelvis en riskfaktor för depression. Ytterligare riskfaktorer är ett svagt socialt nätverk, sömnstörning, funktionshinder och tidigare depression. Regeringen vidtar en rad åtgärder som ska stärka kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre. Det utgår stimulansbidrag till kommuner och landsting exempelvis för att öka läkartillgången, öka läkemedelsgenomgångar samt uppmärksamma äldre personers sociala behov. Frivilligorganisationer ses som en viktig aktör och kan göra stora insatser när det gäller att medverka till att bryta isolering. Regeringen har även tillsatt ett antal utredningar för syftet att öka tryggheten, värdigheten och tillgängligheten till äldreomsorgen. Utredningarna ska bl.a. komma med förslag som ökar valfriheten och inflytandet för äldre som är i behov av äldreomsorg samt förslag på en värdighetsgaranti för vården och omsorgen om äldre. Dessa insatser får betydelse för den psykiska hälsan bland äldre personer och därmed betydelse för det självmordsförebyggande arbetet.

Att behandla den underliggande psykiska störningen är en central komponent i självmordspreventionen. En viktig del av det självmordsförebyggande arbetet på individnivå bedrivs via hälso- och sjukvården och innefattar ett optimalt omhändertagande av personer med självmordsproblematik om självmordsprocessens upptrappning ska kunna förhindras. Regeringen gör stora satsningar generellt i hälso- och sjukvården genom psykiatrisatsningen som under 2006 och 2007 främst inriktades på att förbättra tillgängligheten, utbildningssatsningar och kvalitetsförbättringar. Tidiga insatser till barn och ungdomar prioriterades och fortsätter att vara högt prioriterat under mandatperioden. Regeringens satsningar för att stärka barn- och ungdomspsykiatri samt insatser för att utveckla kunskapen om barns och ungas psykiska hälsa hör till områden av betydelse för folkhälsan och det finns goda skäl att anta att dessa insatser kommer att bidra till bättre psykisk hälsa bland barn och ungdomar. Regeringen har bl.a. gett Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt centrum för utveckling av tidiga insatser till barn och unga som löper risk att utveckla svårare psykisk ohälsa. Vidare har regeringen tillfört landstingen medel genom ett målstyrt bidrag vars ändamål är att förbättra kvaliteten i, och att stärka tillgängligheten till, verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa.

Den nationella psykiatrisamordnaren som efter tre års utredningsarbete presenterade slutbetänkandet *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100) hantlade i stort sett psykiatris samtliga verksamhetsområden i sitt arbete. Utredningen resulterade i ett stort antal förslag till förändringar, vilka berör flera olika aktörer och huvudmän. Arbetet med att konkretisera och

prioritera bland dessa förslag har påbörjats. För att kunna genomföra detta arbete har regeringen tillsatt en koordinator som tillsammans med en interdepartemental arbetsgrupp avser att ta fram en handlingsplan för utvecklingsarbetet inom psykiatrin.

### 8.1.7 Spridning av kunskap om evidensbaserade metoder för att minska självmord

**Regeringens bedömning:** Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut (FHI) och Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska institutet bör fortsätta att sammanställa forskningsresultat om metoder som kan minska antalet självmord, göra den tillgänglig samt sprida ny kunskap.

Regeringen avser att uppdra till Socialstyrelsen att initiera i ett projekt i syftet att öka kunskapen i befolkningen om självmord och vart man vänder sig för att få hjälp och stöd samt föreslå hur informationen ska spridas inom hälso- och sjukvården samt övriga samhället.

**Statens folkhälsoinstituts och Socialstyrelsens förslag:** Myndigheternas strategi stämmer överens med regeringens bedömning. Myndigheternas förslag innebär i huvudsak inga nya åtgärder, utan utredarna påtalar det arbete som redan görs av Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen och NASP.

**Remissinstanserna:** I stort sett tillstyrker remissinstanserna strategin. *Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES)* menar att Sverige behöver skapa regionala kunskapscentra. Genom att uppgradera de regionala preventiva nätverken till regionala centra under ledning av NASP ökar man kompetensen inom landsting och kommuner. *Landstinget i Värmlands län* saknar förslag till åtgärder och uppföljning. *Malmö kommun* anser att spridning av kunskap om evidensbaserade metoder även bör innehålla förslag om hur insatserna ska samordnas. *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* vill att om man ska börja tala om evidensbaserade metoder även inom området självmord så måste det först komma till en diskussion mellan viktiga aktörer inom forsknings- och metodutvecklingsområdet om vad som ska tolkas in i begreppet evidens. *Statens institutionsstyrelse* anser att skrivningen tyder på brister i informationsarbetet. Om man bestämmer sig för att verkligen satsa på att sprida kunskap om självmordsprevention och skapa dialog kring det som leder till insikt så kommer man inte längre än att sprida kunskap ”via rapporter och webbaserade informationssystem”. Statens institutionsstyrelse menar att man exempelvis skulle kunna projektanställa professionella informatorer som gör en kommunikationsplan för det arbetet och som genomför de åtgärder som behövs för att nå målen man gemensamt kommer fram till. *Högskolan i Gävle* anser att NASP:s verksamhet har varit mycket osynlig i högskolevärlden, och föreslår att NASP tillförs ytterligare resurser som ska användas av NASP till att sprida sin samlade kunskap till människor verksamma på fältet och i exempelvis hälsoutbildningar.

**Skälen för regeringens bedömning:** FHI och Socialstyrelsen har båda till uppgift att sammanställa forskningsresultat och göra den tillgänglig.

Kunskapen sprids via rapporter, Internet, konferenser och enskilda kontakter. På Karolinska institutet (KI) finns expertfunktionen NASP, som bedriver forskning, utbildning och informationsverksamhet inom området. NASP ger kunskapsstöd till myndigheter, organisationer och regionala självmordsförebyggande nätverk. KI är via NASP även ett WHO Collaborating Centre inom självmordsområdet. Genom sitt informationsutbyte som bl.a. är webbaserat kan NASP medverka till kunskaps-spridning och därmed öka medvetenheten i befolkningen om självmord. Regeringen avser att under 2008–2010 ge KI förutsättningar att stärka NASP:s verksamhet.

I det befolkningsinriktade arbetet ingår att öka människors medvetenhet om självmordsproblematiken och att försöka undanröja de rädslor och tabun som detta självmord omgärdas av. Regeringen avser att uppdra till Socialstyrelsen att initiera i ett projekt för syftet att öka kunskapen i befolkningen, sprida information om hur man uppmärksammar tidiga signaler och vart man vänder sig för att få hjälp och stöd m.m. Vidare ingår i uppdraget att föreslå hur informationen ska spridas inom hälso- och sjukvården samt övriga samhället. Projektet ska genomföras i samverkan med SPES samt NASP.

### 8.1.8 Kompetenshöjning av personal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik

**Regeringens bedömning:** Regeringen avser att uppdra till Statens folkhälsoinstitut att i samverkan med Socialstyrelsen ta fram förslag på utbildningsinsatser för att höja kompetensen avseende vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik .

**Statens folkhälsoinstituts och Socialstyrelsens förslag:** Myndigheterna anger ett flertal utbildningsinsatser inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonal och andra nyckelpersoner i vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik bör utbildas i att känna igen tecken på ökad självmordsrisk. Utbildningssatsningar i samverkans betydelse för en god och säker vård och tillika omhändertagande bör göras. För att följa upp utbildningsåtgärderna föreslås indikatorn ”andel av personalen som genomgått utbildning minst två dagar per år i vård och omhändertagande av personer med självmordsproblematik”.

**Remissinstanserna:** Flertalet remissinstanser tillstyrker eller har inte haft någon erinran mot strategin. *Läkemedelsverket* instämmer helt i att riktade utbildningsinsatser samt ett bättre nätverk mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och andra instanser, ökar möjligheterna till att behandling och uppföljning ska ge positiva resultat. Flera landsting anser att det är angeläget med kompetenshöjning bland primärvårdens personal, men ställer sig tveksamma till om det är realistiskt att berörd personal har möjlighet att avsätta två dagar per år för att delta i utbildning. Remissinstanserna lyfter fram olika yrkesgrupper som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med självmordsbenägna personer, och som därför bör omfattas av kompetenshöjningen. *Statens institutionsstyrelse (SiS)* anför att bland personer som tar sitt liv är de med beteendestörning

överrepresenterade, vilket förutsätter kompetenshöjning hos såväl socialtjänsten som SiS. Idealiskt borde sådan kompetenshöjning ingå som fortbildning till socialsekreterare, kuratorer, behandlingsassistenter och andra yrkesgrupper som har vårdande och omhändertagande arbetsuppgifter i samhället, men även som riktade insatser till olika vårdverksamheter inklusive SiS. *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)* anför att RSMH har sådan kunskap som skulle kunna förmedlas genom förbundets utbildningsorganisation i samarbete med andra organisationer t.ex. SPES. *Sveriges Psykologförbund* förordar inrättande av fler psykologtjänster inom verksamheterna framför korta utbildningar till personalen. *Svensk förening för allmänmedicin* menar att allmänläkarna besitter god kompetens avseende diagnostik och behandling av depression, men att det däremot saknas rutiner för lokal uppföljning av inträffade självmord. *Vetenskapsrådet* ser verksamheten vid NASP som ett gott exempel på hur kompetenshöjning kan genomföras. När det gäller utbildning ”om samverkans betydelse” påpekar Vetenskapsrådet att all erfarenhet visar att samverkan mellan vårdare och hjälpare från olika organisationer är mycket svår och sällan kommer till stånd, på grund av olikheter i kunskapsbas, behandlingsfilosofi och konflikter om betalningsansvar.

**Skälen för regeringens bedömning:** Det råder en stor samstämmighet mellan de utredande myndigheterna och remissinstanserna om behovet av kompetenshöjning inom detta område. Det är angeläget att stödja utvecklingen av utbildningsinsatser riktade till yrkesgrupper som i sin yrkesutövning möter självmordsnära människor. Regeringen avser därför att uppdraga till FHI att i samverkan med Socialstyrelsen ta fram förslag på en sådan utbildningsinsats och en strategi för implementering av insatsen, förslagsvis utifrån principen ”utbildning av utbildare”. Insatsen syftar till att öka kunskaper och färdigheter i att identifiera självmordstankar och hur man gör en enkel riskvärdering som i sin tur bidrar till att förebygga psykisk ohälsa och ytterst självmord.

### 8.1.9 Händelseanalys av Lex Maria anmälningar

**Regeringens bedömning:** Samtliga självmord inom hälso- och sjukvården eller i anslutning därtill ska anmälas till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen bör regelbundet sammanställa och analysera inrapporterade självmordshändelser med resultatåterföring till vård- och omsorgsgivarna.

**Statens folkhälsoinstitutets och Socialstyrelsens förslag:** Myndigheternas förslag överensstämmer med regeringens bedömning. Myndigheternas förslag innebär inga nya åtgärder, utan utredarna påtalar det arbete som redan görs av Socialstyrelsen.

**Remissinstanserna:** I stort sett samtliga remissinstanser har tillstyrkt strategin. Några remissinstanser framhåller betydelsen av återföring av information till vårdgivarna. *Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES)* anser att anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria bör omfatta både självmord och självmordsförsök som inträffar inom sex månader efter sista vårdkontakt eftersom sex månader är den minsta tid som självmordsbenägna människor bör följas upp. *Veten-*

*skapsrådet* menar att man eventuellt även borde åtminstone diskutera möjligheten av en liknande anmälningsplikt inom socialtjänsten. *Sveriges läkarförbund* menar att det inte finns rutiner för lokal uppföljning, och att uppföljning bör ske så snart som möjligt i tiden och gälla alla vårdcentralens läkare samt övriga berörda. *Landstinget i Jämtlands län* anser att det är bra att man noggrant undersöker händelseförlopp och analyserar hantering av risker för att höja kvaliteten så snabbt som möjligt. Landstinget invänder mot att rutinmässigt använda Lex Maria som instrument för detta, då Lex Maria förknippas av många med att direkta fel har gjorts i vården, och menar att utredningarna kan göras utanför Lex Maria-systemet med samma intentioner och resultat.

**Skälen för regeringens bedömning:** Hälso- och sjukvården ska enligt Lex Maria<sup>6</sup> anmäla alla självmord som inträffat under pågående vård eller inom fyra veckor efter en vårdkontakt. Föreskriften om att samtliga självmord inom hälso- och sjukvården eller i anslutning därtill ska anmälas till Socialstyrelsen trädde i kraft den 1 februari 2006. En sådan anmälningsskyldighet får som konsekvens att alla självmord som inträffat i vården eller i anslutning till densamma ska följas av en genomgripande dokumenterad intern utredning med identifiering av områden som kan förbättras. Att anmäla alla självmord säkerställer att en systematisk internutredning alltid äger rum vid dessa händelser, samtidigt som man eliminerar eventuella tveksamheter om vilka inträffade självmord som ska anmälas. Händelserna registreras i en separat databas för att kunna analyseras systematiskt och på nationell nivå. Syftet är att i första hand verksamhetsansvariga, genom den internutredning som görs, ska kunna identifiera de eventuella brister som kan ha bidragit till händelsen.

Socialstyrelsen genomför redan i dag regelbundna sammanställningar och analyser av inrapporterade självmordshändelser. Socialstyrelsen har granskat samtliga beslut som fattats fram t.o.m. den 31 mars 2007 och som gäller självmord som begåtts under 2006. Granskningen omfattade 153 fall, vilket är mindre än hälften av de självmord som har anmälts. Syftet med sammanställningen har varit att identifiera systembrister som kan ha bidragit till självmordet. Genom att återföra den kunskap som en sådan här sammanställning ger till vården är Socialstyrelsens förhoppning att erfarenheterna från de här granskade fallen tas till vara och används för att ytterligare kunna stärka patientsäkerheten och därmed höja vårdens kvalitet. Socialstyrelsen identifierar flera systembrister för vilka de redovisar i sammanställningen. Det har saknats rutiner för självmordsriskbedömningar, dokumentation, samverkan, informationsöverföring, kontinuitet, kompetens, vårdplaner samt tillsyn och övervakning. Socialstyrelsens slutsatser är att systembristerna går att åtgärda genom kunskapsutveckling och implementering av rutiner. Vidare att systembristerna går att följa upp, dels internt av vården efter varje inträffat självmord, dels externt av Socialstyrelsen genom besök i verksamheterna och regelbundet återkommande nationella uppföljningar. Socialstyrelsen planerar även för resultatåterföring till vård- och omsorgsgivarna och har påbörjat arbetet att förbättra Lex Maria-systemet.

<sup>6</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria.

**Regeringens bedömning:** Regeringen avser att stödja Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd (SPES) insatser genom ett organisationsstöd på 500 000 kronor per år under perioden 2008–2010. SPES arbetar dels med att ge stöd och hjälp till anhöriga, dels för att förhindra självmord samt motverka tabubeläggning och fördomar om självmord. Regeringen avser även att stödja paraplyorganisationen SamArbete för Människor i Sorg (SAMS) för upprättandet av ett nationellt kansli genom ett organisationsstöd på 1 miljon kronor per år under samma period.

**Statens folkhälsoinstituts och Socialstyrelsens förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning. Regeringen avser även att stödja paraplyorganisationen SAMS.

**Remissinstanserna:** Flertalet remissinstanserna tillstyrker eller har inte haft någon erinran mot strategin. Några av remissinstanserna menar att stödet inte kan begränsas till en enskild aktör och menar att förslaget bör formuleras om så att fler frivilligorganisationer ges möjlighet att ansöka om anslag till självmordsförebyggande arbete. *Landstinget i Västra Götalands län* poängterar vikten av att organisationsstöd även kommer organisationer som arbetar med en hälsofrämjande och förebyggande inriktning till del. *Svenska Röda Korset* instämmer i att frivilligorganisationerna på ett friare sätt än offentliga organ kan lyfta fram en fråga och föreslå lösningar, men anser att den rollen bör ses som en del i helheten och ingå i samhällets samlade syn på behov och lösningar. *Svenska Röda Korset* menar därför att det vore bättre om frivilligorganisationernas roll konkretiseras inom varje strategi, som en av flera aktörer. *Landstinget i Västerbottens län* anser att det framstår som oklart vad som menas med att frivilligorganisationerna på ett ”friare sätt” kan arbeta med utveckling inom området, och att det finns risk att det uppfattas som en förväntan att erhålla stöd.

**Skälen för regeringens bedömning:** Frivilligorganisationer kan på ett friare sätt än offentliga organ lyfta fram perspektiv på en fråga och föreslå lösningar. De kan påskynda en utveckling i önskvärd riktning. Regeringen instämmer i FHI:s och Socialstyrelsens bedömning att frivilligorganisationernas insatser är angelägna. Regeringen har även hört sammat remissinstansernas kritik mot att man i strategin talar om stöd till frivilligorganisationer men att utredningens förslag endast innebär ett organisationsstöd till en organisation. För att staten ska kunna främja viktiga frivilligorganisationers insatser som utredningen föreslår och flertalet remissinstanser bedömer så krävs en ändring i villkoren för organisationsstödet (se avsnitt 7.1).

SPES har varit verksamt inom det självmordsförebyggande arbetet sedan 1987. SPES genomför insatser för att öka kunskapen kring självmordsproblematiken i samhället och ger även stöd och hjälp till anhöriga. SPES arbetar även för att förhindra självmord och motverka tabubeläggning och fördomar om självmord. Regeringen avser att stödja SPES genom ett organisationsstöd på 500 000 kronor per år under perioden 2008–2010.



Paraplyorganisationen SamArbete för Människor i Sorg (SAMS) består av SPES, Spädbarnsfonden och Vi som mist någon mitt i livet samt Vi som mist barn. Organisationerna inledde ett samarbete efter Tsunamin 2005. Under 2006 fördjupades samarbetet och i februari 2007 bildades SAMS. Regeringen avser att stödja SAMS för upprättandet av ett nationellt kansli genom ett organisationsstöd på en miljon kronor per år under perioden 2008–2010. Genom stöd till de organiserade anhörigorganisationerna vill regeringen förbättra det offensiva samhällsarbetet. Samverkan stärker anhörigas inflytande i samhället. Organisationerna kan med gemensam kraft nå ut med sin kunskap och bidra till att minska förekomsten av fördomar kring självmord i samhället.

## 9 Ekonomiska konsekvenser

För att förverkliga folkhälsopolitiken, enligt den inriktning som regeringen anger i denna proposition, krävs insatser från många myndigheter, från kommunerna och landstingen och från den ideella sektorn, däribland stora delar av frivilligrörelsen. I propositionen föreslås inte några förändringar när det gäller rådande ansvarsfördelning. De insatser som behöver göras för att nå det folkhälsopolitiska målet ska genomföras inom ramen för de medel som ansvarigt organ redan disponerar samt inom ramen för de särskilda sakanslag inom politikområdet Folkhälsa, som regeringen föreslår i budgetpropositionen för 2008 (prop. 2007/08:1, utgiftsområde 9, avsnitt 5.7).

För att fortsätta arbetet med att driva en kraftfull alkohol- och narkotikapolitik avser regeringen, som framgår av budgetpropositionen, att avsätta upp emot 260 miljoner kronor per år under perioden 2008–2010. Från och med 2008 kommer samordningen av dessa insatser även att inrymma insatser för att nå målen på tobaksområdet. Regeringen avser även att fortsätta den särskilda satsningen för att förebygga spelberoende och att stödja det arbete som utförs av ”Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens”.

För att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner avser regeringen att avsätta totalt en miljard kronor under perioden 2008–2010. Vidare avser regeringen att avsätta cirka 145 miljoner kronor per år för insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.

Därutöver vill regeringen, i enlighet med den folkhälsopolitiska inriktning som presenteras i denna proposition, ytterligare intensifiera arbetet inom särskilt viktiga folkhälsopolitiska områden. För detta ändamål avser regeringen att avsätta ytterligare 115 miljoner kronor årligen 2008–2010, enligt det förslag som presenterats i budgetpropositionen för 2008 (utgiftsområde 9, avsnitt 5.7.6). Dessa medel kommer i huvudsak att användas för att finansiera åtgärder som i denna proposition beskrivs i de olika målområdesavsnitten, framför allt insatser för att stärka och utveckla stöd till föräldrar i deras föräldraskap, intensifiera det suicidpreventiva arbetet, främja bra kostvanor och fysisk aktivitet samt minska tobaksbruket.

Regeringens förslag i propositionen medför inga konsekvenser för statsbudgetens anslag. Förslaget innebär att arbetet för att nå det folkhälsopolitiska målet även i fortsättningen inordnas i den mål- och politikområdesstruktur som redan tillämpas i den statliga verksamheten.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 13 mars 2008

Närvarande: Statsministern Reinfeldt, statsråden Olofsson, Odell, Bildt, Ask, Husmark Pehrsson, Leijonborg, Larsson, Erlandsson, Torstensson, Carlgren, Hägglund, Björklund, Littorin, Borg, Sabuni, Billström, Adelsohn Liljeroth, Tolgfors

Föredragande: statsrådet Larsson

---

Regeringen beslutar proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik