

# Framtidens samhälle bygger på hälsa!

Argument, fakta och utmaningar  
för en nyorientering av politiken



Birgitta Larsson  
Socialdemokraterna  
i Linköping

© Birgitta Larsson (2008)

**Kontaktuppgifter:**

Birgitta Larsson

Socialdemokraterna i Linköping

Telefon: 013-76 229 (b), mobil 070 638 03 84

# Innehållsförteckning

|                                                       |           |
|-------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Förord</b>                                         | <b>5</b>  |
| <b>Översikt av kapitelinnehåll</b>                    | <b>6</b>  |
| <b>1. Hälsa som ett strategiskt förhållningssätt</b>  | <b>7</b>  |
| <b>2. Varför ska vi arbeta med hälsa?</b>             | <b>9</b>  |
| 2.1 Historiens och nutidens lärdomar                  | 9         |
| 2.2 Hälsa för ekonomisk utveckling och tillväxt       | 12        |
| 2.3 Den ojämlika hälsan                               | 16        |
| 2.4 Ojämsliddhet i hälsa och vård                     | 23        |
| 2.5 Livsstilsfaktorernas påverkan på hälsan           | 25        |
| 2.6 Barns och ungdomars hälsa                         | 26        |
| 2.7 Äldres hälsa                                      | 29        |
| 2.8 Hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet    | 31        |
| 2.9 Miljöns betydelse för hälsan                      | 34        |
| 2.10 Kulturens betydelse för hälsan                   | 36        |
| 2.11 Integration, etnicitet och hälsa                 | 38        |
| <b>3. Vad är hälsa?</b>                               | <b>40</b> |
| 3.1 Begrepp och definitioner                          | 40        |
| 3.2 Jämsliddhet som grund för folkhälsoarbetet        | 43        |
| 3.3 Folkhälsostrategier internationellt och i Sverige | 48        |
| 3.4 Den etiska plattformen                            | 50        |
| <b>4. Beskrivning av hälsoläget</b>                   | <b>52</b> |
| 4.1 Data på nationell nivå                            |           |
| 4.2 Data för Östergötland som regionalt exempel       | 54        |
| 4.3 Skadeförebyggande arbete                          | 58        |
| 4.4 Invandrares hälsa                                 | 59        |
| <b>5. Exempel på folkhälsoinsatser</b>                | <b>61</b> |
| 5.1 Livsstilsrelaterade åtgärder                      | 61        |
| 5.2 Hälsofrämjande introduktion för nyanlända         | 65        |
| 5.3 Checklista för hälsokonsekvensbeskrivningar       | 66        |
| 5.4 Förslag på hemsidor                               | 67        |



# Förord

Jag vill bidra till ett politiskt perspektivskifte där hälsan sätts i centrum. Min vision är ett harmoniskt och hållbart samhälle för alla. Ett samhälle med en god och jämlik hälsa. Jag tror på människors inneboende kraft och vilja att medverka till samhällets utveckling. Sverige har utvecklats till ett välfärdsland genom en socialdemokratisk politik grundad på värderingarna solidaritet, frihet och jämlikhet. Jag tror att framtidens samhälle bygger på hälsa och dessa grundläggande värderingar.

Min utgångspunkt är att den socialdemokratiska politiken bör inriktas på insatser som stärker människors hälsa. Det som är bra för hälsan är också bra för samhället. Idag ser vi ett intresse från såväl landstinget, kommunerna som näringslivet att satsa på människors hälsa. Ett tydligt politiskt ställningstagande är grunden för framgång i detta arbete.

Genom denna sammanställning vill jag dela med mig av den kunskap som jag har fått under mitt arbetsliv. Jag har där har haft förmånen att få arbeta med många viktiga områden som barn och ungdomars hälsa, jämställdhet, integration av flyktingar och andra invandrare, framtagandet av det folkhälsopolitiska programmet för Östergötland 2001-2010 och sedan ett år tillbaka äldres hälsa.

Jag vill bidra med detta material som ett medel för varje person att efter eget intresseområde öka sin kunskap om hälsans betydelse för individen och samhället. Mitt syfte har varit att både ge argument och fakta som underlag för politikens inriktning på hälsa. Min ambition har varit att göra detta genom att redovisa aktuella data och förhållanden, belysa problem och möjligheter samt peka på de framtida utmaningar som vi står inför. Trots att textmängden blev större än vad jag från början tänkt är detta ändå bara ett axplock av all data och kunskap som finns inom området.

Min förhoppning är att denna sammanställning ska vara till nytta för dig som läser den och en vägledning i arbetet med att forma en ny socialdemokratisk politik inför valet 2010.

*Birgitta Larsson*

*Linköping den 24 januari 2008*

# Översikt av kapitelinnehåll

I det *första kapitlet* "Hälsa som ett strategiskt förhållningssätt" beskrivs hälsa som ett strategiskt förhållningssätt med utgångspunkt från hälsans bestämningsfaktorer och med jämställdhet som plattform för arbetet.

I det *andra kapitlet* "Varför arbeta med hälsa?" redovisas dels artiklar som har presenterats på Statens Folkhälsoinstituts hemsida m fl dels sammandrag av kunskapsunderlag och böcker inom olika ämnesområden.

I det *tredje kapitlet* "Vad är hälsa" redovisas de hälsostrategier som folkhälsoarbetet utgår ifrån. Här presenteras också jämställdhetens betydelse för samhällets utveckling. Avsnittet avser att tydliggöra könsordningen och vad den får för konsekvenser. Även den etiska plattformen redovisas i detta kapitel, då dessa värderingar och individens eget ansvar troligen kommer att diskuteras alltmer framöver.

*Fjärde kapitlet* "Beskrivning av hälsoläget" innehåller en sammanställning av hälsoläget på nationell nivå och för Östergötland som ett regionalt och jämförande exempel.

I det *femte* och avslutande kapitlet "Exempel på folkhälsoinsatser" ges exempel på insatser i form av metoder och åtgärder.

# 1. Hälsa som ett strategiskt förhållningssätt

*I detta kapitel beskriver undertecknad sin syn på hälsa som strategiskt förhållningssätt med utgångspunkt från hälsans bestämningssfaktorer och med jämställdhet som plattform för arbetet*

Människors hälsa är avgörande för samhällets utveckling såväl ekonomiskt som demokratiskt. Samhällets utveckling är på samma sätt avgörande för människors hälsa. Sambandet är därmed dubbelriktat och samspelande. Hälsa borde därför diskuteras som en drivkraft till utveckling på samma sätt som utbildning och infrastruktur. Särskilt om man strävar efter en hållbar utveckling. Att möjliggöra hälsosamma val och i så stor utsträckning som möjligt undvika hälsorisker är därmed en av samhällets största utmaningar.

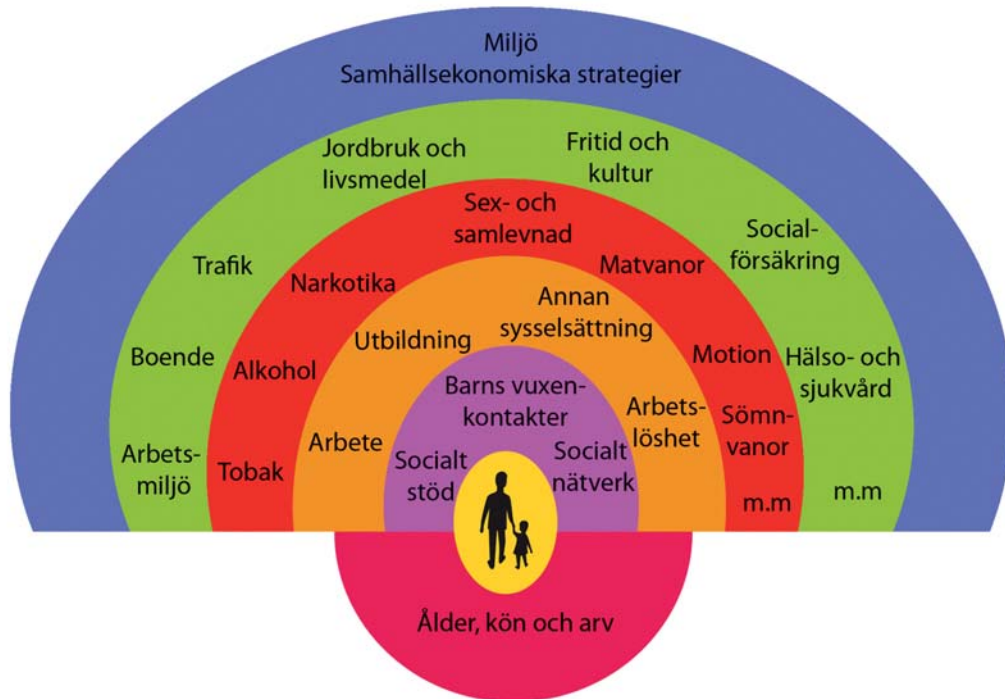
Den bärande tanken är att ett folkhälsostrategiskt förhållningssätt och agerande ger människor kraft och kunskap att hantera livets möjligheter och påfrestningar, så att tillvaron känns meningsfull, begriplig och hanterbar. Genom att stärka medborgarnas egen kraft skapar vi ett samhälle som bygger på framtidstro, hoppfullhet och trygghet.

Det folkhälsostrategiska förhållningssättet åskådliggörs med modellen nedan. Fokus ligger på strukturella faktorer, människors livsvillkor och levnadsvanor. Modellen ska ses både som ett *förhållningssätt och ett prioriteringsinstrument* och har utvecklats från den ursprungliga formen (Göran Dahlgren och Margret Whitehead 1991) med en halvcirkel för att belysa vikten av sysselsättning i form av arbete, utbildning eller annan form av sysselsättning. Såväl arbete som utbildning eller annan sysselsättning är avgörande för upplevelsen av delaktighet i samhället. Känslan av delaktighet skapas genom olika sysselsättningsformer, inte bara genom att inneha ett arbete. Utanförskap innebär brist/frånvaro av sociala kontakter - ensamhet och kärlekslöshet.

Modellen ger också en vägledning i *prioriteringen* mellan åtgärder. Det som är närmast individen i form av socialt stöd och nätverk är också det som är viktigast för människor. Detta gäller för människor i alla åldrar och sammanhang. Samhället har idag en maktobalans som resulterar i olika livs- och arbetsvillkor för kvinnor och män. *Jämställdhet* måste därför vara en plattform för arbetet. Med ett jämställdhetsperspektiv som grund för arbetet är *målet* att nå *en god och jämlik hälsa*. Min vision är ett harmoniskt och hållbart samhälle för alla.



## Mål – en god och jämlik hälsa



Jämställdhetsperspektiv  
- plattform och utgångspunkt

Modellen bygger på Göran Dahlgren och Margret Whitehead 1991 och  
har utvecklats av Birgitta Larsson 2008

## 2. Varför ska vi arbeta med folkhälsa?

*I detta kapitel redovisas dels artiklar som har presenterats på Statens Folkhälsoinstituts hemsida m fl dels sammandrag av kunskapsunderlag och böcker inom olika ämnesområden. Tanken är här att ge argument, fakta och kunskap om de utmaningar som samhället står inför.*

### 2.1 Historiens och nutidens lärdomar

#### Hälsa i ett historiskt perspektiv

*Artikel skriven av Gunnar Ågren, Statens folkhälsoinstitut (oktober 2007) efter besök av Sam Willner, Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings Universitet.*

Under en lång tidsperiod, från omkring 1870 till 1960-talet hade Sverige en internationell tätplats när det gällde att förbättra folkhälsan. Orsakerna till denna utveckling kan delvis sökas ännu längre bakåt i tiden.

En viktig förutsättning för att kunna påverka folkhälsan är tillgång till en bra befolkningsstatistik och uppgifter om dödsorsaker. Dödsorsaker började man registrera i England redan på 1600-talet men Sverige var det första landet i världen som införde allmän folkbokföring 1749. I mitten av 1700-talet började man också upprätta provinsialläkarväsendet. Bakgrunden till dessa reformer var en övertygelse om att kunskap och upplysning var viktiga metoder att påverka folkhälsan. Hälsokampanjer är ingen modern uppfinning utan började redan på denna tid. Dåtidens provinsialläkare propagerade både för amning, motion och måttfulla kostvanor. Ett viktigt instrument för folkupplysning var almanackan som Vetenskapsakademin hade ensamrätt på att ge ut och som lästes ganska allmänt. Sverige hade en hög läskunnighet redan före folkskolans införande i mitten på 1800-talet.

Ett annat viktigt hälsoinitiativ var den allmänna smittkoppsvaccineringen i början av 1800-talet som drastiskt minskade dödligheten bland små barn. Smittkoppsvaccineringen började införas i England, men spreds snabbt i Europa och Sverige var det andra landet efter Danmark som gjorde vaccinationen obligatorisk. Eftersom det fanns få läkare blev det statskyrkans och klockarnas uppgift att vaccinera församlingsmedlemmarna – en dåtida motsvarighet till barfotaläkarna!

Ett av 1800-talets stora hälsoproblem var alkoholen som i mitten på 1800-talet gav en kraftig manlig överdödlighet. Alkoholförgiftningar, olyckor och våldshandlingar var vanliga dödsorsaker. Husbehovsbränningens avskaffande, nykterhetsrörelsens och andra folkrörelers framväxt och en alltmer restriktiv alkohollagstiftning bidrog till att förändra bilden. Under motbokstiden 1917-1955 hade Sverige både en låg alkoholdödlighet och en unikt hög medellivslängd vid internationell jämförelse.

Den sociala välfärdspolitik som började genomföras på 1900-talet hade också en positiv inverkan på folkhälsan. Införandet av stöd till barnfamiljer och uppbyggnaden av barnavårdscentraler var betydelsefulla för att minska spädbarnsdödligheten.

En viktig lärdom av folkhälsans historia är att medicinska framsteg – antibiotika och andra läkemedel, nya operationsmetoder och förbättrad behandling av en rad sjukdomar – kom med i bilden ganska sent och bara kan förklara en mindre del av den gynnsamma hälsoutvecklingen.

Den viktigaste lärdomen är istället att medvetna folkhälsoreformer tillsammans med en effektiv social organisation är det som i ett historiskt perspektiv haft störst betydelse för att påverka hälsan.

## **Folkhälsans utveckling i Sverige i ett internationellt perspektiv**

*Artikel av Gunnar Ågren, Statens folkhälsoinstitut 2007-12-10*

I skriften *World health statistics 2007* redovisas aktuella data när det gäller hälsoutfall i WHO:s 193 medlemsländer. Sverige har under lång tid haft en ledande ställning när det gäller de vanliga indikatorer som används när man jämför hälsan i olika länder – medellivslängd och spädbarnsdödlighet.

Idag har vi tappat något i jämförelse med en rad andra länder. Svenska män kan dock fortfarande glädjas över att leda världsstatistiken tillsammans med Australien, Kanada, Island, Japan och Schweiz. I alla dessa länder är medellivslängden 79 år. Räknar man istället hälsorelaterade levnadsår enligt WHO:s normer leder Sverige tillsammans med Japan och Island där män kan räkna med i genomsnitt 72 år med god hälsa.

Svenska kvinnor har däremot halkat efter något i statistiken. Japan leder med en medellivslängd bland kvinnor som uppgår till hela 86 år. Frankrike, Australien, Italien, Spanien och Schweiz delar andraplatsen med 84 år. Svenska kvinnor kommer på en delad sjundeplats med 83 år. Räknar man istället hälsorelaterade levnadsår ligger Sverige fortfarande på en delad andraplats med 75 år. Japanska kvinnor kan glädjas över i genomsnitt 78 år med god hälsa.

Spädbarnsdödligheten är låg i Sverige. Tre barn av 1000 dör under det första levnadsåret. Island och Singapore har dock passerat Sverige siffran två per tusen. En rad länder: Finland, Japan, Norge och intressant nog två av EU:s nyare medlemsstater Tjeckien och Slovenien delar den svenska noteringen tre per tusen.

USA ligger en bra bit efter de ledande europeiska länderna och har en spädbarnsdödlighet som uppgår till 7 per 1000. I sin egen världsdel har man passerats av Kuba där dödligheten är 5 per 1000.

Det stora antalet dödsfall som skulle kunna förebyggas finns som man kunde vänta i en rad afrikanska länder. I Sierra Leone dör 165 barn av 1000 under det första levnadsåret. Därefter följer Liberia med 157, Niger 150, Somalia 133 och Kongo 129. Merparten av dessa dödsfall skulle ha kunnat förebyggas med mycket måttliga resurser och basala hälsovårdsinsatser.

WHO påpekar i rapporten att de rika OECD-länderna använder i genomsnitt mer än 3000 dollar per person till hälso- och sjukvård medan länderna i Afrika och Sydostasien med mer än 50 % av världens sjukdomsburden använder omkring 100 (köpkraftsjusterade) dollar per person. De trettio OECD-länderna använder 90 % av jordens samlade hälso- och sjukvårdsresurser medan Afrika och Sydostasien förbrukar 2 %. WHO-rapporten drar slutsatsen att detta visar på nödvändigheten av att de fattiga länderna tillförs ytterligare resurser samtidigt som det finns skäl att fundera över effektiviteten i många rika länders hälso- och sjukvårdssystem.

## Together for Health – a Strategic Approach for the EU 2008 - 2013

Artikel av Gunnar Ågren, Statens Folkhälsoinstitut 2007-11-05

Numera ingår folkhälsa i EU:s arbetsuppgifter. Den 23 oktober antog EU-kommissionen ett programdokument: "Together for Health – a Strategic Approach for the EU 2008-2013.

Intressant är att strategin säger att en bra folkhälsa är ett viktigt tecken på välbefinnande och att hälsa skall finnas med i alla politikområden. Man konstaterar också att Europas åldrande befolkning kommer att ställa enorma krav på vård och omvårdnad, vilket måste mötas med hälsofrämjande åtgärder. Ett mål för hälsostrategin är att Europas invånare skall leva längre och att man skall tillfoga fler hälsosamma levnadsår.

Utvecklingen på detta område har varit väldigt olika om man jämför EU:s medlemsländer. I Danmark har man uppmärksammat att landet har släpat efter i den europeiska folkhälsoutvecklingen, en fråga som till och med kommit med i debatten inför folketingsvalet.

I början av 1970-talet levde danskar lika länge i genomsnitt som medborgare i andra nordiska länder. Idag är den danska medellivslängden nästan tre år kortare än den svenska och mer än två år kortare än i Frankrike och Italien. Idag har Danmark den kortaste medellivslängden av alla Västeuropas industriländer.

Sverige ligger således fortfarande bra till när det gäller detta mått på folkhälsa. Det finns dock en viss källa till oro inför framtiden. Ökningen i livslängd bland äldre kvinnor verkar ha stagnerat och numera lever kvinnorna i Frankrike, Spanien och Italien längre än de i Sverige.

Att analysera denna typ av skillnader är viktigt eftersom det kan ge vägledning till hur vi skall påverka folkhälsan. Olikheter i levnadsvanor har sannolikt stor betydelse. Den högre alkoholkonsumtionen och mer frekventa rökningen i Danmark kostar sannolikt danskarna ett stort antal levnadsår.

Den försämrade hälsan bland äldre kvinnor i Sverige kan möjligen förklaras med förändringar i välfärd och äldreomsorg, men det är svårt att hitta bra data på detta. En OECD-rapport tyder också på att vi inte tillfogar fler friska levnadsår i de äldsta åldersgrupperna. Detta är en av de stora utmaningarna för det framtida folkhälsoarbetet.



## 2.2 Hälsa för ekonomisk utveckling och tillväxt

### Hälsa och ekonomisk tillväxt

*Artikel av Bernt Lundgren, Statens Folkhälsoinstitut 2007*

Statens folkhälsoinstitut har haft i uppdrag av regeringen att redovisa nationell och internationell forskning som belyser det eventuella sambandet mellan god folkhälsa och ekonomisk tillväxt.

Två internationella rapporter och en svensk rapport redovisas. Dessa är "The contribution of health to the economy of the European Union" och "Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union" samt "Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling". Alla tre rapporterna styrker att det finns ett positivt samband mellan hälsa och ekonomisk utveckling.

Utgångspunkten i den första rapporten är att en god hälsa kan påverka den ekonomiska utvecklingen på fyra sätt: den ger högre produktivitet, ökat arbetsutbud, förbättrade yrkeskunskaper som ett resultat av höge utbildning och arbetsträning, samt ett ökat sparande som kan användas för investeringar i både fysiskt och intellektuellt kapital. I rapporten som bygger på ett stort antal studier av höginkomstländer belyses effekter av hälsa såväl på individ- och hushållsnivå som samhällsnivå. Den viktigaste slutsatsen är att hälsa bör uppmärksammas som ett angeläget investeringsområde för att uppnå ekonomisk tillväxt. Författarna framhåller även att jämförbara data från alla EU-länder bör tas fram för att forskningen ska kunna vidareutvecklas.

Den andra rapporten syftar till att belysa de ekonomiska effekterna av socioekonomisk ojämlikhet i hälsa; hittills är det enbart genomsnittlig hälsa som har redovisats menar författarna. Rapporten utgår från ett stort antal datakällor och analyserar samtliga EU-länder. Ett s.k. "levelling up" scenario presenteras, det vill säga att den vuxna befolkningen först rankas efter socioekonomisk position och sedan att de nedre 50 procenten av denna befolkning tänks få en lika bra hälsa som de 50 procent av befolkningen som utgör det övre skiktet. Bland annat konstateras att antalet dödsfall som hänger ihop med ojämlikhet i hälsa mellan de två grupperna i befolkningen kan uppskattas till 707 000 per år, att antalet år som förloras beroende på dessa dödsfall är 11,4 miljoner samt att inverkan på medellivslängden vid födelsen för män och kvinnor är 1,84 år.

Slutsatsen är att det finns en stor potential att minska socioekonomiska skillnader i hälsa och därmed vinna hälsa och livskvalitet för ett stort antal människor, men även att tjäna ekonomiskt på insatserna som bör omfatta både breda välfärdsinsatser inom många samhällssektorer och enskilda riskfaktorer.

Den tredje rapporten tar upp frågan om insatser för bättre folkhälsa är viktiga för att stärka Sverige och svenska regioners konkurrenskraft, sysselsättning och tillväxt. Här har Statens folkhälsoinstitut samarbetat med Institutet för framtidsstudier. Rapporten stärker uppfattningen att hälsa har positiva effekter på ekonomisk tillväxt. Hälsa bör därför diskuteras som en drivkraft till utveckling på samma sätt som utbildning och infrastruktur, särskilt med avseende på en hållbar samhällsutveckling.

## Hälsan betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling

*Utdrag ur rapporten "Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling" (2007).*

En fjärdedel av landets kommuner har en dålig situation både vad gäller ekonomi och hälsa. Sambandet mellan hälsa och ekonomisk utveckling är stark.

Hur enskilda människors hälsa påverkar samhällets utveckling har blivit en alltmer angelägen fråga, både i Sverige och internationellt. Ett positivt samband mellan hälsa och ekonomisk utveckling har konstateras i flera internationella rapporter.

Sverige är i hög grad ett delat land. De hälsosamma och ekonomiskt lyckosamma kommunerna finns framför allt i västra och södra Sverige. Särskilt Jönköpings och Kronobergs län kan betonas utanför storstäderna. Kommuner med dålig ekonomi och hälsa finns i norr, men även i Skåne. En viktig faktor här är troligen ohälsosamma vanor, som rökning, alkohol och bristande motion. Förhållanden som är vanligare i medelstora städer och glest befolkade områden. Det är kust- och högskolekommuner som nyanserar en annars dyster bild av norra Sverige.

Kommuner med höga ohälsotal visar sig ha svårt att åstadkomma ekonomisk utveckling utan redskap för att motarbeta ohälsa. Slutsatsen blir därför att hälsan måste föras fram som en drivkraft för regional ekonomisk utveckling.

Rapporten studerar också ohälsans effekter på den enskilde individens, familjens och arbetskamraternas ekonomi. Vi har sett det starka sambandet mellan ohälsa och en svag lokal ekonomi. Men vad ligger bakom sambandet? Är ohälsan en spegling av en dåligt fungerande ekonomi eller bidrar ohälsan till att ekonomin fungerar sämre?

Resultaten visar att en person som blir sjuk halkar efter i löneutveckling jämfört med personer som är friska, att sjuka personer har lägre sparande och att sjuka personers position på arbetsmarkanden försvagas genom större risk för arbetslöshet. Liknande effekter hittas också för den sjuke personens partner. Att ens partner blir sjuk ökar den egna risken att bli sjukskriven. Dessutom påverkas den egna arbetsinkomsten negativt och risken för arbetslöshet ökar något.

Ohälsa påverkar även barn till sjuka personer. Även kollegors inkomstsituation påverkas negativt, särskilt yngre kollegors.

Studien gäller personer som är i femtioårsåldern när de blir sjuka. Det är en ålder då många anställda har nyckelpositioner och ofta står för kompetenser som kan vara svåra att ersätta. När en sjukdom drabbar en sådan person kan det därför leda till mer eller mindre allvarliga driftsstörningar. Något som i sin tur kan betyda att produktiviteten i företaget sjunker och att utrymmet för stigande arbetsinkomster minskar.

Ett tredje viktigt angreppssätt på problemet är att anlägga ett historiskt perspektiv. Analysen visar att en förbättrad folkhälsa varit en viktig drivkraft för den ekonomiska utvecklingen under de senaste 200 åren såväl som under efterkrigstiden.

Sambandet mellan hälsa och ekonomi är sannolikt dubbelriktat och samspelande. Hur en framgångsrik strategi för regional utveckling ska se ut beror därför på vad man har lättast att påverka. Hittills har regional utveckling i stor utsträckning setts som ett ansvar för näringslivspolitikern. I framtiden växer nödvändigheten av att hälsofrågor få en mer framskjuten plats för att ytterligare främja regional utveckling.

När det gäller sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt är det långsiktiga samband som måste betonas. Även om det går att hitta snabba positiva ekonomiska effekter av insatser som förbättrar folkhälsan, så finns det långsiktiga effekter som kan vara svåra att direkt upptäcka och därför är viktigt att skapa förståelse för.

Rapporten *"Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling"* stärker uppfattningen att hälsa har positiva effekter på ekonomisk tillväxt. Hälsa borde därför diskuteras som en drivkraft till utveckling på samma sätt som utbildning och infrastruktur. Särskilt om man strävar efter en hållbar utveckling.

### **Tänk långsiktigt!**

*Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa av Skolverket, Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut (2004).*

Barn och ungdomars psykiska hälsa är en fråga av stor betydelse för såväl folkhälsan som samhälls-ekonomin. Psykisk ohälsa medför både lidande för den enskilde och kostnader inom många samhällssektorer. Många av de verksamheter som riktar sig till alla barn, barnhälsovård, förskola och skola, kan även förebygga psykisk ohälsa. Besparingar inom dessa kan leda till ökade kostnader för till exempel socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri. Idag finns samhällsekonomiska modeller för hur man kan analysera värdet av förebyggande insatser. En del av dessa beskrivs i rapporten.

Resultatet tyder på att tidiga insatser kan minska samhällets kostnader för psykisk ohälsa och andra problem senare i livet och att de många gånger är samhällsekonomiskt lönsamma. Samverkan mellan kommuner, landsting och stat betonas för att nå resultat. För att använda resurserna på bästa sätt krävs ett sektorsövergripande och långsiktigt perspektiv.

De slutsatser som dras i rapporten sammanfattas på följande sätt:

- Samhällets generella insatser för barn och ungdomar i form av exempelvis barnhälsovård, förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg och skola utgör en viktig del av uppväxtmiljön och står för huvuddelen av samhällets resurser till barn och ungdomar. De är därför betydelsefulla för den psykiska hälsan.
- Prioriteringar inom detta område bör grundas på kunskaper om insatsernas effekt på barns och ungdomars psykiska hälsa och samhällsekonomiska konsekvenser. Besparingar inom en sektor kan leda till kostnadsökningar inom en annan. Det är därför viktigt med sektorsövergripande prioriteringar.

- Det är viktigt både ur ett individ- och ett samhällsekonomiskt perspektiv att insatser för att förebygga psykisk ohälsa ges tidigt. Exempelen i rapporten visar att ett betydande mänskligt lidande och stora samhällskostnader uppstår på längre sikt om inte psykisk ohälsa förebyggs. Det behövs ett långsiktigt perspektiv vid prioriteringar.
- Det behövs mer kunskap om olika insatsers effekt på barns och ungdomars psykiska hälsa. Det saknas i stor utsträckning svenska studier om effekter av generella insatser. Forskningen behöver därför utökas inom detta område. Lokala politiker och tjänstemän har en viktig roll både när det gäller att utvärdera de insatser som ges och sedan omsätta kunskapen i det praktiska prioriteringsarbetet.
- Kunskapen om och användandet av samhällsekonomiska analyser som ett underlag för prioriteringar behöver öka.
- För att utnyttja samhällets resurser mer effektivt än idag är det viktigt att de berörda huvudmännen samverkar när insatserna planeras och genomförs. För att samverkan ska komma till stånd och fungera bra krävs politisk styrning. Alla berörda parter behöver se samverkan som ett område som kräver tid och resurser för att ge bra resultat för de berörda barnen och ungdomarna.
- Det är viktigt att barns och ungdomars psykiska hälsa uppmärksammas och att utvecklingen följs kontinuerligt.



## 2.3 Den ojämlika hälsan

### Den ojämlika hälsan

*Artikel av Denny Vågerö professor i medicinsk sociologi. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, juni 2007.*

*Ett nyfött barn i Sverige har större chans att överleva till vuxen ålder, att förbli frisk och uppnå en hög ålder om dess föräldrar har en hög utbildning eller en god social position än ett barn till föräldrar med grundskola eller i arbetslöshet. Är det förvånande? Inte idag. Men för 30 år sedan skrevs en rapport till den brittiska regeringen att denna typ av skillnader inte längre existerade i Sverige.*

Rapporten som lades fram av sir Douglas Black (The Black Report) slog fast att Sverige som första land hade lyckats utjämna klassmässiga och sociala skillnader på hälsoområdet, i kontrast till utvecklingen i Storbritannien och andra länder. I dag vet vi att man tyvärr hade helt fel på denna punkt. Rapporten ledde till en mycket livlig internationell diskussion och i olika delar av Europa stimulerades forskningen om ojämlikhet och hälsa, så även i Sverige. Dessutom antog WHO 1984 målsättningen att skillnaderna inom länder såväl som mellan länder skulle minska med 25 procent fram till år 2000.

Den svenska forskningen har nu visat att sociala skillnader i hälsa existerar under hela livet, från fosterperioden till ålderdomen. Vi vet nu att utbildningsgrupper, yrkesklasser och inkomstgrupper skiljer sig sinsemellan. De som är mer privilegierade löper mindre hälsorisker, har bättre allmänt hälsotillstånd, drabbas mer sällan av sådana sjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, lungcancer, psykisk sjukdom och trafikolyckor. Man kan tala om en "social gradient" (social positionering) som syns på nästan alla hälsoområden. Den sociala differentieringen, särskiljningen, av hälsa och hälsochanser under livet har påvisats i alla länder där man undersökt saken.

Frågan om Sverige är mer jämlikt än andra länder på hälsans område har också undersökts i jämförande europeiska projekt. De första svaren på frågan blev kontroversiella och utlöste en debatt tvärs över Europa. Delvis beror svaret på hur man mäter skillnaderna, vilka specifika åldersgrupper man undersöker och vilken aspekt av hälsa som är i fokus. När det gäller absoluta skillnader i livslängd, räknat i år, mellan arbetare och tjänstemän hör Sverige tillsammans med Norge till de mest jämlika länderna i Europa. Räknar man däremot i relativa tal, (t.ex. kvoten mellan två gruppers livslängd) är de västeuropeiska länderna ungefär lika jämlika.

#### *Stor skillnad i livslängd*

Länderna i Östeuropa är däremot betydligt mer ojämlika. Skillnaden i livslängd när man jämför utbildningsgrupper eller sociala klasser är i allmänhet betydligt större än i Västeuropa. Detta är delvis en konsekvens av de stora sociala förändringarna i Öst de sista 15 åren, men ny forskning har visat att dessa länder sannolikt var mer ojämlika på hälsoområdet redan innan kommunismens kollaps, trots dessa regeringars starka jämlikhetsretorik.

Samhälleliga faktorer påverkar också mer fundamentala biologiska processer som fostertillväxt och kroppstillväxt efter födelsen, hjärnans utveckling och formbarhet, minnet och den kognitiva förmågan, liksom beteenden av betydelse för hälsa och social anpassning. På alla dessa områden har ny

forskning bidragit till ny kunskap. Frågan om varför barn i olika sociala miljöer utvecklas så olika hälsomässigt har drivit fram en helt ny forskningsagenda. Svensk och nordisk forskning har spelat stor roll för denna förändring.

Folkhälsoarbetet har ofta ensidigt utgått från uppgiften att påverka vuxna människors beteenden, t.ex. rökning och motion, i syfte att reducera sjukdomsrisker och utjämna skillnader mellan grupper. Den nya sociala forskningen kring hälsa har däremot haft ett livsförloppsperspektiv. Man har visat att barndomen, inklusive fosterperioden, spelar stor roll för hälsorisker senare i livet. Stora folksjukdomar, t.ex. diabetes, stroke och hjärtinfarkt, bestäms delvis under den allra tidigaste perioden i en människas liv, delvis senare.

#### *Förhållanden i barndomen viktiga*

Förhållanden tidigt i livet påverkar också framtida personlighet, begåvning och beteenden. Det finns med andra ord ett antal gemensamma förhållanden tidigt i livet som spelar stor roll för både social karriär och hälsa. Det är en av förklaringarna till att vi finner så tydliga sociala skillnader i hälsa i alla länder. Det förklarar också varför det varit så svårt att reducera dessa skillnader.

Reproduktionen av de sociala skillnaderna i hälsa generation efter generation, också i de mest avancerade välfärdsstaterna har varit en svår nöt att knäcka för forskningen. På det området sker för närvarande ett spännande nytänkande, och några nya forskningsprojekt fokuserar på just den frågan.

Geografiska områden skiljer sig också med avseende på hälsa. I Sverige har fokus varit på utsatta bostadsområden. En växande forskning rör frågan om områdeseffekter, kontextuella effekter, på hälsa. Ny metodutveckling har lett till nya studier med nya resultat.

#### *Boendemiljön påverkar risken för hjärtinfarkt*

Svenska studier har visat effekter på risken för hjärtinfarkt av att bo i områden med en stark social och ekonomisk segregation. Frågan om hur den närmaste sociala omgivningen påverkar en individs hälsa är ett stort forskningsområde och rymmer både studier om stress, t.ex. i skolklassen eller vid snabbköpskassan, och studier om relativ deprivation. (Grundtanken med relativ deprivation är att det är lättare att leva under sämre förhållanden när fler individer delar samma missgynnade situation, men även att vad som kan anses vara sämre förhållanden är beroende av ens sociala jämförelser. Källa: CHESS)

Folkhälsan har förbättrats, bland annat genom kloka politiska åtgärder, men ibland är effekterna på hälsa en bieffekt av en politik med andra syften. En alltmer påträngande forskningsfråga har blivit att undersöka sambandet mellan länders politik på olika områden och deras hälsoutveckling.

Ekonomisk tillväxt är grundläggande, men i rika länder av mindre betydelse än i fattiga. Av större betydelse är hur de växande ekonomiska resurserna används. Länder med stor spridning i inkomster och tillgångar tenderar att ha sämre folkhälsa. Generella system för inkomstöverföringar, t.ex. vid arbetslöshet eller pensionering, har troligen betydelse för ett lands generella hälsolivå mått i spädbarnsdödlighet eller livslängd. Nordiska forskare har påbörjat ett pionjärbete inom detta område efter uppmaning från världshälsoorganisationen.

Slutligen bör man nämna att globala hälsofrågor alltmer funnit en plats inom forskningen kring "ojämlikhet i hälsa". Det är mycket naturligt, eftersom de mest iögonfallande skillnaderna i hälsa rör på vilken del av jorden man är född.

### **Klasskillnader består för äldre i livets slutskede**

*Artikel av Mats Thorslund professor i socialgerontologi vid Karolinska Institutet, KI och forskare på Äldrecentrum. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, juni 2007.*

*Sverige har världens äldsta befolkning, där kvinnorna är i majoritet i åldersgruppen 80 år och äldre. Det är mer än fem procent av befolkningen.*

Ohälsan bland de allra äldsta är markant och klasskillnaderna består. Det är en myt att alla är lika inför döden, säger Mats Thorslund som är professor och äldreforskare vid Karolinska Institutet, KI. Ojämlikheten finns kvar även om vi tar längre tid på oss att avsluta livet. För bara 20 år sedan dog vi av svåra sjukdomar nu dör allt fler av hög ålder.

- De äldre blir allt fler och de allra äldsta kräver mycket vård och omsorg under sina sista år. Resurserna till äldreomsorgen har inte ökat i samma takt som äldregruppen har expanderat. Idag ställs stora krav på ohälsa och behov för att få hjälp från samhället. Många äldre ställs därför utan hjälp – trots att de behöver vård och omsorg.

Det är Mats Thorslund, forskare på Äldrecentrum, KI, som konstaterar att Sverige står inför viktiga vägval då det gäller prioriteringar av resurser för att klara en värdig äldrevård.

- Idag är vård och omsorgen om de äldre i en svår situation, om 15–20 år är det skarpt läge.

Hur ska vi prioritera, hur ska vi göra det onda mindre ont?

- Under många år publicerades forskning som visade att de äldre blev allt friskare och klarade av sina egna behov. Det var resultat som politikerna snabbt tog till sig och de ansåg därför att det inte behövdes särskilda åtgärder för framtiden, då de äldre klarade sig själva. Men detta visade sig vara ett önsketänkande. Man hade i huvudsak studerat de äldre som fortfarande kunde klara sitt liv på egen hand med vissa hjälpmedel. Det var ont om studier som inkluderade de allra äldsta, de som hade nått gränsen där omsorg och omvårdnad är ett stort och nödvändigt behov.

Det var för drygt 10 år sedan som Mats Thorslund och hans kollegor kunde publicera resultat från en stor studie om köns- och klasskillnader i hälsa bland samhällets allra äldsta. Den rapporten väckte stor uppmärksamhet internationellt, då det blev uppenbart att det behövdes en helt annan diskussion kring de äldres problem och behov. Forskningen visade också att de allra äldsta inte blev friskare, många kunde nu leva längre även i höga åldrar, men med ett stort vårdbehov. Dessutom blev de svenska forskarna först i världen med att redovisa klasskillnader hos de allra äldsta, de över 80 år.

- Jag fick en fråga i en radiointervju om vad jag tyckte att statsministern borde göra åt resultatet att klasskillnaderna i hälsa var så stora, berättar Mats Thorslund. Ett delsvar är nog att det kan ses som ett gott betyg på en välutvecklad välfärdsstat att även äldre sjuka och skröpliga personer kan leva allt längre.

### *Skillnad i medellivslängd*

Medellivslängden ökar för kvinnor – 82,7 år – men mest för männen – 78,4 år – mycket beroende på att dödligheten minskat kraftigt för männen och för de allra äldsta. Men medellivslängden är inte jämnt fördelad. Det kan skilja så mycket som 5,7 år för män och 5,2 år för kvinnor i två olika bostadsområden med olika socioekonomisk karaktär, om man utgår från den högsta och den lägsta medelinkomsten.

Studien är gjord i Stockholms län. Liknande resultat när det gäller utveckling av medellivslängd finns i de flesta länder där högutbildade har längre medellivslängd än lågutbildade.

Precis som dödlighet så varierar sjuklighet med olika klasstillhörighet. Allt handlar om möjligheten att åldras optimalt. Variationerna utgår från kön, inkomst, utbildningsnivå, civilstånd, födelseland, m.m. Trots att ohälsan ökar med stigande ålder är klasstillhörigheten en avgörande faktor även i hög ålder. Det kan skilja mer än 15 år i hälsa mellan dem i den högsta inkomstgruppen och dem i den lägsta. Det vill säga det är färre personer i den högsta inkomstgruppen bland dem som är 80–84 år som lider av svår ohälsa än de som gör det bland yngre pensionärer, 65–69 år, i den lägsta inkomstgruppen.

Hälsan skiljer sig också mellan kvinnor och män, generellt har kvinnor mer hälsoproblem än män. En studie visade att sannolikheten för att ha en eller flera kroniska sjukdomar, var nästan dubbelt så stor för kvinnor i åldersgruppen 85–89 år jämfört med jämnåriga män.

### *Att hantera livet*

- Varför dör inte kvinnorna, det är Mats Thorslund som ställer en retorisk fråga, då han reflekterar över de resultat som hans och andras äldreforskning visar.
- Även om kvinnorna lever längre än männen, lever de också med fler sjukdomar. Egentligen borde kvinnorna dö tidigare än männen, men så är inte fallet. De äldsta kvinnorna är sjukare i alla avseenden, även i ett slutstadium verkar kvinnorna ta längre tid på sig att dö jämfört med männen.

Mats Thorslund hänvisar till den klassiska förklaringen om mäns och kvinnors olika sjukdomsbild som en av flera orsaker. Andra menar att det är biologiska skillnader som är avgörande.

- Gamla studier visar att det var mer negativt för män än kvinnor att gå i pension efter ett yrkesliv. Det kan vara så, att män har svårare att hantera sitt liv. Ingen kan bli 80 år utan att ha fått sin beskärda del av livets påfrestningar, kanske kvinnor kan hantera och bära svårigheter på ett annat sätt än män. Det har med förhållningssätt att göra.

Mats Thorslund fortsätter:

- I flera studier ha man sett att det finns ett samband för män mellan att ha nedsatt rörlighet och ha fysiska krämpor och hur man skattar den egna hälsan/ohälsan, för kvinnor är sambandet svagare. En tolkning av de här resultaten kan vara att när männen inte kan röra sig, inte vara fysiska, då upplever de att livet är slut.

### *Tredje och fjärde åldern*

Inom äldreforskningen använder man begreppet "tredje åldern" för den tid man lever som pensionär, då inte hälsan lägger några större hinder för att leva ett oberoende liv och göra det man vill. Den "fjärde åldern" står för den sista perioden i en människas liv, en tid som präglas av sjuklighet, nedsatt fysisk och psykisk oförmåga. Man klarar sig inte själv, man är beroende av hjälp från andra.

– Det jämlika i att åldras är att numera är det få som undkommer den fjärde åldern, säger Mats Thorslund. Första åldern är uppväxten, den andra är åldrarna som är förknippad med förvärvsarbete och den tredje åldern är pensionärsåldern – en tid med arbetsfri inkomst och att man klarar sig själv.

Nästan alla i Sverige får ta del av den tredje åldern under åtskilliga år, det är ett nytt fenomen. Förr i tiden var det få som hann leva särskilt länge som pensionär. Den fjärde åldern är den tid man vill undvika, det är nog få som ser fram emot att bli skröpliga och vara helt eller delvis beroende av andra för att klara ens elementära sysslor.

– Data pekar på att det finns ett klassperspektiv i den fjärde åldern. De före detta tjänstemännen och företagarna tycks gå in senare i den fjärde åldern och även befinna sig där en kortare tid än de före detta arbetarna.

### *Vad händer år 2020?*

Den goda nyheten är att överlevnadstiden i svåra sjukdomar ökat för alla samhällsklasser, konstaterar Mats Thorslund. Det är ett tecken på utvecklad sjukvård och välfärdsstat. Den dåliga nyheten är att påfrestningarna på samhället med stor sannolikhet kommer att öka då äldregruppen blir större och allt fler kommer att befinna sig allt längre i den fjärde åldern.

Mats Thorslunds väg till äldreforskning har gått via arbete med sjukvårdssystemens kostnader:

– När jag började undersöka kostnader inom sjukvården var det anslående hur stora kostnaderna var för de äldre. Jag kunde också se hur stora delar av hanteringen och planeringen som var ogenomtänkt för den gruppen.

– När det gäller livets slutskede, eller den fjärde åldern, då skröpligheten tilltar och behov av vård och omsorg ökar – stiger också kostnaderna drastiskt. Uppskattningsvis uppgår kostnaden för de tre sista levnadsåren till nästan en fjärdedel av kostnaderna för all hälso- och sjukvård.

Balansen mellan äldre och de i arbetsför ålder, kommer att i stort sett vara oförändrad fram till år 2020, förklarar Mats Thorslund. Då kommer 40-talisterna, som är en stor generation, upp i 80-årsåldern. Om vi fortsätter att skjuta upp dödligheten utan att förhindra sjukligheten, innebär det en stor försörjningsbörda för de som arbetar.

– Idag har vi mer än dubbelt så många 80-åringar och äldre än vad vi hade på 70-talet. Då var det fråga om 225 000 personer. Idag är det en halv miljon, men det är färre antal personer som idag får del av äldreomsorgen än förr i tiden.

Han fortsätter:

– För att förstå konsekvenserna av utvecklingen av antalet äldre behöver man se bakåt i tiden. På 70-talet gick det 20 personer i yrkesverksam ålder på varje person som var 80 år eller äldre. Idag, 2007, går det 11 personer på varje 80-åring eller äldre. Enligt SCB:s, Statistiska Centralbyråns, prognoser kommer det 2040 att vara nere på 7 personer. Man ska också komma ihåg att det var på 70-talet då

välfärdsstaten låg på topp som vi formulerade kraven på en önskad äldreomsorg. Sedan dess har antalet mycket gamla i befolkningen stigit men resurserna har inte ökat i motsvarande omfattning. Sverige var också ett av de första länderna i världen med den här typen av demografisk utveckling (demografi, befolkningens förändringar och tillstånd) då antalet äldre ökar men allt färre barn föds.

Mats Thorslund:

– I ett internationellt perspektiv har vi i Sverige lyckats ganska väl med att hantera den här utvecklingen. Nu närmar sig Japan den här demografiska utvecklingen, ett land där det inte har funnits någon utvecklad äldreomsorg. Där är det familjen som får ta ansvaret för de äldre. Italien är också ett land som står inför ett ökat antal äldre och färre barn som föds. Den stora frågan blir – vem ska tjäna ihop till pensionsutbetalningar? Italien och Tyskland har samma typ av pensionssystem som Sverige hade förut, men de kommer att få svårt att hålla sina löften till kommande pensionärer. Systemet håller inte för utvecklingen av fler pensionärer.

#### *Den rätta pensionsåldern*

Den allmänna pensionen infördes 1913 i Sverige, då låg medellivslängden på 55 år. Skulle vi ha samma relation mellan medellivslängd idag och pensionsålder, skulle vi gå i pension vid 90 års ålder.

– När vi blev friskare, så sänkte vi pensionsåldern, påpekar Mats Thorslund. 1977 beviljade vi oss sänkt pensionsålder från 67 år till 65 år. Om vi skulle ta 1977 års relation mellan förväntad livslängd och pensionsålder och anpassa det till idag, skulle vi ha en pensionsålder på 70 år. Detta är en utveckling under bara 30 år. Det börjar bli dyrt med pensionssystemen.

Mats Thorslund pekar på att i den diskussion som finns idag i samhället om äldreomsorgen, håller många av politikerna fast vid de gamla målen som skapades på 70-talet, fastän verkligheten ser helt annorlunda ut idag. Ett exempel på hur verkligheten förändras är att många av dem som kom in på sjukhem på 80-talet, skulle idag inte ha en chans att ens komma in på ett servicehus.

– Vi har ett ökat gap mellan behov och resurser men också mellan de politiska målen och verkligheten. Det här är inte bra för tilltron till välfärdssamhället, det riskerar att bidra till ett politikerförakt.

#### *Hårdare prioritering*

Hur ser de prioriteringarna ut som görs idag inom äldreomsorgen?

– 80-talets ojämlikhet är borta, förklarar Mats Thorslund, då männen och de högre socialklasserna prioriterades. Det fanns tydliga köns- och klasskillnader. Av kvinnorna och de från arbetarklassen krävdes en större grad av skräpighet för att få kommunal äldreomsorg. De klasskillnaderna har i stort sett upphört idag. Det är en hårdare prioritering utifrån faktiska behov, men för alla gäller att det är svårare att få del av äldreomsorgen.

– Det är också tydligt att man idag prioriterar ensamboende äldre. Makar har svårt att få hemtjänst, även om båda två är skräpiga. Det är framför allt de ensamstående äldre kvinnorna som måste prioriteras, männen har dött undan.

En diskussion som mera baseras på kunskap om de äldres situation – det är vad som krävs idag, framhåller Mats Thorslund. Att ta reda på fakta istället för att utgå ifrån hur man skulle önska att det vore. Alla vill ha det som vi formulerade i visionen på 70-talet, då välfärdsstaten stod på topp och då man ansåg att barnen inte skulle behöva ta hand om sina gamla föräldrar. Det var på 50-talet man tog bort barnens lagstadgade skyldighet att svara för föräldrarnas ålderdom.

I Tyskland finns fortfarande en skyldighet för barnen att ta hand om sina gamla föräldrar, där barnen får vara med och finansiera vården för äldre föräldrar om de inte själva kan ta hand om dem.

I rapporten *Äldres behov*, från Äldrecentrum 2002, skriver man:

”Den nuvarande utvecklingen, att vi arbetar allt färre år samtidigt som vi förväntar oss att kunna leva gott som ålderspensionärer under allt fler år, är knappast hållbar. Även om hittills varje ny pensionärskohort (kohort – statistiskt urval av individer som studeras över tid) är mer välbärgad än den som dör undan kan detta förhållande inte vara i evighet.”

Mats Thorslund avslutar samtalet:

– Jag tycker att Sverige som är ett av de mest välutbildade länderna i världen skulle kunna ha en upplöst diskussion om hur vi vill att äldreomsorgen ska se ut i framtiden. Det finns mycket bra forskning som kan ge vägledning till nya visioner som grundar sig på dagens verklighet.



## 2.4 Ojämsställdhet i hälsa och vård

*(O)jämsställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt av Goldina Smirthwaite på uppdrag av Sveriges kommuner och landsting.*

I genomsnitt lever kvinnor 4,36 år längre än män i Sverige. Män blir i genomsnitt 78,42 år och kvinnor 82,78 år. Men även om kvinnor lever längre är de mer sjuka och söker vård oftare än män. Kvinnor står för två tredjedelar av alla sjukskrivningar. "Män har högre dödlighet i alla åldrar, medan kvinnors ohälsa oftare medför sjukdom och lidande", heter det till exempel i rapporten "Könsuppdelad statistik och genusanalys, Genomgång av årsrapporter från nationella kvalitetsregister". Att kvinnor dels lever längre, dels är sjukare kan tyckas paradoxalt, och ofta kallas detta för just hälsoparadoxen.

Kvinnor i Sverige lever alltså genomsnittligt cirka 4,36 år längre än män. Men medellivslängden ökar mer för män än för kvinnor. Under perioden 1991–2001 har den förväntade medellivslängden i Sverige ökat med 2,6 år bland män och 1,6 år bland kvinnor. Och perioden 2001–2005 medförde en ökning på 1,1 år för män och 0,6 år för kvinnor jämfört med föregående femårsperiod.

Den minskade könsskillnaden i livslängd kan delvis bero på en förbättrad behandling vid vanliga folksjukdomar, såsom hjärt-kärlsjukdom. Men enligt Socialstyrelsen skulle kvinnornas relativa eftersläpning i livslängdsökningen också kunna ha att göra med faktorer som bristande jämställdhet och vårdtillgång; utvecklingstrenden vad gäller svenska mäns och kvinnors medellivslängd, jämfört med övriga EU, väcker frågor om svenska kvinnors levnadsvillkor samt möjligheter att få effektiv vård och behandling, skriver Socialstyrelsen.

### *Kvinnor är sjukare*

Tänkbara orsaker till kvinnors större andel sjukskrivningar är att kvinnor är sjukare än män, har andra och sämre arbetsvillkor än män, utför mer obetalt arbete än män samt att kunskapen om kvinnors sjukdomar och hälsa är otillräckligt utvecklad. Även könssegregering och diskriminering kan ha betydelse.

### *Bokens sammanfattning*

Kvinnliga patienter drabbas oftare av kvalitetsbrister och problem i vården, inte bara inom öppenvården utan även inom slutenvården där kvinnliga och manliga patienter är ungefär lika många.

Inom många områden har mannen utgjort normen för människan, så även inom olika delar av vården och den medicinska forskningen. Kvinnor riskerar därför att få sämre tillgång till vård anpassad till det egna könets förutsättningar. Ett av många exempel är att det finns otillräcklig kunskap om en

del av de sjukdomstillstånd, bland annat smärtillstånd, som oftast drabbar kvinnor. Detta resulterar i att kvinnor sägs lida av "ospecifika" eller "diffusa" besvär. Hur mycket medel som satsas på forskning om, och behandling av, kvinnors respektive mäns sjukdomar är bland annat en jämställdhetspolitisk fråga.

Ett av de områden där kvinnor oftare än män drabbas av problem är läkemedelsbehandling. Kvinnor rapporterar till exempel oftare biverkningar. Att kvinnor i genomsnitt ordineras fler läkemedel än män ökar risken att just kvinnor ska drabbas av olämpliga kombinationer. Bristande kunskap om könsrelaterade effekter, samt bristande kunskaper om könsrelaterade faktorer i sjukdomsbilden kan sannolikt bidra till att fler biverkningsrapporter avser kvinnor. Det är fortfarande ovanligt med specifika dosrekommendationer för kvinnor respektive män, och brister finns i informationen om dokumenterade könsskillnader i läkemedelseffekter.

Ett stort antal studier tyder på att det förekommer medicinska felaktigheter orsakade av medvetna eller omedvetna föreställningar om kön, så kallad genusbias. Genusbias kan bland annat handla om att man ser skillnader mellan könen där de inte finns eller att man bortser från skillnader och könsspecifika behov där de faktiskt finns. Genusbias kan ha betydelse för den diagnos och behandling patienten får samt för patientsäkerheten, inte bara för kvinnliga patienter utan även för manliga.

Medicinskt omotiverade skillnader mellan kvinnor och män har påvisats när det gäller tillgång till utredning och behandling vid ett flertal olika sjukdomar. Studier har visat att kvinnor har haft sämre tillgång till exempelvis dialys och transplantation vid njurinsufficiens, remiss till bronkoskopi, operationer vid knäledsartros och höftledsartros, operation av grå starr, delar av hjärt-kärlsjukvården, ljusbehandling vid psoriasis och eksem samt vård på särskild strokeenhet. Kvinnor tycks också få vänta något längre än män för att få tid hos allmänläkare, så väl vid akuta som ej akuta besvär. Vidare skrivs nyare och dyrare mediciner oftare ut till män medan kvinnor får äldre och billigare preparat.

Tillgänglighetsskillnader mellan könen till kvinnors nackdel har alltså påvisats inom en rad olika områden. Eftersom det handlar om många olika sjukdomar och tillstånd är det rimligt att anta att flera olika förklaringar och delförklaringar kan samspela med varandra. Det gemensamma kvarstår dock att vid alla dessa olika tillstånd tycks kvinnor ha sämre vårdtillgång än män. En förklaring som utmanar vår förståelse av att vara jämställda är att en del av skillnaderna kan ha samband med samhällets genussystem, vilket inte minst innefattar attityder till och föreställningar om kön. Enligt teorin om genussystemet utgör mannen generellt norm för det allmänmänskliga. Kvinnligt och manligt hålls isär, och konstrueras ofta som varandras raka motsatser. Det medför att kvinnor och män riskerar att ses som olika, prioriteras olika och bedömas ha olika vårdbehov – även då de skulle ha nytta av att få samma typ av behandling inom samma tidsram. Denna förklaringsbärkraft kan räcka olika långt vid olika sjukdomstillstånd, men genussystemet skulle kunna ses som en delförklaring till de könsbundna skillnaderna i vårdtillgång, samt till att kvinnor oftare än män drabbas av kvalitetsbrister och problem inom vården.

Kunskap om genus är en viktig framgångsfaktor i arbetet för en jämställd vård. För att jämställdhet ska uppnås måste kunskapen bäras inte bara av forskningen, utan bland annat även av vårdutbildningar och vårdens organisationer. Likaså måste frågan om jämställd vårdtillgång och vårdkvalitet kontinuerligt följas upp inom olika områden.



## 2.5 Livsstilsfaktorernas påverkan på hälsan

Utdrag ur Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland kunskapsunderlag "Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande - sammanfattning av kunskapsläget" (2005).

Tobaksbruk, högt intag av alkohol, felaktiga kostvanor samt fysisk inaktivitet har alla det gemensamt att de inverkar menligt på hälsan. De ingår, enligt WHO, bland de tio största riskfaktorerna för sjukdom, Hjärtkärlsjukdomar, olika typer av cancersjukdomar samt psykisk ohälsa är sjukdomsgrupper, som alla är gemensamma för de fyra levnadsvanorna, ur ett riskperspektiv. Enligt WHO:s bedömningar skulle 90 procent av all diabetes typ 2, 80 procent av all hjärtkärlsjuklighet samt 30 procent av all cancer kunna förebyggas genom bättre levnadsvanor.

När det gäller lungcancer bedöms 90 procent av alla fall bero på rökning. Kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL, förekommer nästan uteslutande bland rökare. Drygt en femtedel av all hjärnkärlsjuklighet antas bero av rökning. Passiv rökning utsätter omgivningen för skadlig exponering och ökar risken för sjuklig- och dödlighet. Snusning skapar ett kraftigt nikotinberoende och att snusa under graviditeten påverkar det ofödda barnet negativt. Tobaksanvändare har också sämre munhälsa än icke rökare och riskerar att drabbas av tandlossning och andra munsjukdomar i högre grad än icke rökare.

När det gäller *alkohol* står olika cancersjukdomar i matstrupen, svalget och levern för en stor del av sjuklig- och dödligheten förutom själva missbruket. Även olycksfall, våld och självmord är sjukdomskategorier som är vanliga i samband med alkoholmissbruk. Alkohol skadar inte bara missbrukaren själv, utan drabbar även personer i dennes närhet och till exempel våldsoffer. Särskilt drabbade är familjemedlemmar där barnen är speciellt utsatta.

Även *kostvanor* är starkt relaterade till olika sjukligheter. Övervikt och fetma är ett stort problem i västvärlden med bland annat hjärtkärlsjukdomar och diabetes som följd. Cirka 30 procent av all cancer i I-länderna anses kunna förklaras av faktorer i maten.

Det är väl vetenskapligt underbyggd att regelbunden *fysisk aktivitet* har en starkt positiv effekt på hälsa, livskvalitet och välbefinnande, samtidigt som en stillasittande livsstil har ett starkt samband med ohälsa och sjukdom. Stillasittande personer har ungefär fördubblad risk för hjärtkärlsjukdom jämfört med personer med fysiskt aktiv livsstil. Fysisk aktivitet motverkar också övervikt och fetma, högt blodtryck, höga blodfettsnivåer, diabetes typ 2, depression, olyckor samt benskörhet. Risken för bland annat tjocktarmscancer minskar vid fysisk aktivitet. Studier angående fysisk aktivitet och tobak visar på betydande samhällsvinster vid ökad fysisk aktivitet respektive rökstopp.



## 2.6 Barns och ungdomars hälsa

*Goda sociala och ekonomiska förhållanden främjar hälsa. Detta framgår tydligt både när man jämför människors hälsa i olika länder och hälsan inom olika grupper i ett land.*

Effekten av goda levnadsvillkor på hälsan ackumuleras under livets gång. Förhållandena under de första levnadsåren har särskilt stor betydelse för hälsan. Dels påverkar uppväxtvillkoren prestationerna i skolan och därigenom de framtida möjligheterna på arbetsmarknaden, dels kan god hälsa under de första levnadsåren ha biologiskt skyddade effekter under återstoden av livet. Till exempel har ett flertal författare pekat på samband mellan fysisk tillväxt under fostertiden och risk för hjärt- kärlsjukdom senare i livet. Sambandet mellan sociala och ekonomiska förhållanden och hälsa bland vuxna är väl dokumenterat.

Fysiska hälsoproblem bland barn i Sverige är i genomsnitt 60 procent vanligare bland socialt mindre gynnade barn jämfört med mer gynnade. Psykiska problem är 70 procent vanligare och riskfaktorer för ohälsa 80 procent vanligare. Det visar en genomgång av 111 studier som tar upp sociala skillnader i hälsa bland barn i Sverige. Tydliga sociala skillnader finns för de flesta hälsoproblem, även om skillnaderna för fallskador och näringsintag är obetydliga. Å andra sidan uppvisar några hälsoproblem mycket betydande skillnader. Det är till exempel 3,6 gånger vanligare att barn dör i plötslig spädbarnsdöd om barnet finns i en socialt mindre gynnad grupp och 2,5 gånger vanligare med självmordsförsök och andra former av självtillfogad våld i nedre tonåren. Barn som inte ammas är också tre gånger vanligare bland socialt mindre gynnade barn än bland de mer gynnade.

En stor del av de variationer i hälsa som finns hos barn och ungdomar kan förklaras av sociala faktorer, faktorer som i princip är möjliga att påverka. Genom att ge barn och ungdomar en bättre uppväxtmiljö, bättre kvalitet på förskola, skola och fritidsverksamhet samt genom indirekt stöd till föräldrar kan de sociala skillnaderna i ohälsa minskas.

### Barnfattigdomen ökar

*Från rapporten "Barnfattigdomen i Sverige - årsrapport 2006"*

Drygt en kvarts miljon svenskar lever i en familj som antingen har socialbidrag eller låg inkomststandard enligt SCB. Kommunerna med högst andel fattiga barn är Malmö, Botkyrka och Landskrona enligt "Barnfattigdomen i Sverige - årsrapport 2006" som bygger på senast tillgängliga statistik från 2004.

Årets rapport visar att barnfattigdomen ökar för första gången sedan 1997, om än marginellt. År 2004 levde 13,0 procent av Sveriges barn i en fattig familj, jämfört med 12,8 procent året innan. I absoluta tal ökade antalet fattiga barn med 5.000, vilket innebär att 252.000 barn levde i en familj som antingen hade socialbidrag eller låg inkomststandard enligt Statistiska centralbyrån.

Det är särskilt två faktorer som ökar risken att växa upp i en fattig familj: att ha utländsk bakgrund eller att leva med en ensamstående förälder. Den ekonomiska fattigdomen mångdubblas om båda faktorerna sammanfaller.

Bland barn med utländsk bakgrund, som också lever med en ensamstående förälder, är vartannat barn (50,3 procent) fattigt. Detta kan jämföras med barn med svensk bakgrund och sammanboende föräldrar, där andelen fattiga barn är 3,5 procent. Barnfattigdomen dröjer kvar långt efter ankomsten till Sverige. Efter 6-9 år i landet lever nästan 40 procent av barnen fortfarande i fattigdom.

## **Psykisk ohälsa bland barn och unga**

### *Från socialstyrelsens undersökningar*

Barn och ungdomar i Sverige har i ett internationellt perspektiv mycket god hälsa, skriver Socialstyrelsen, men tillägger "Det finns dock oroande trender när det gäller den psykiska hälsan, särskilt bland flickor. [...] Både pojkar och flickor rapporterar i ökad omfattning symtom på psykisk ohälsa men problemet är större bland flickor."

I olika undersökningar under de senaste 10–15 åren har flickor i ökande grad rapporterat om psykosomatiska symtom som huvudvärk och ont i magen. Även självrapporterad psykisk ohälsa som till exempel ångslan och oro har ökat. Och självskadebeteende hos unga flickor har också uppmärksamats i samhällsdebatten på senare tid.

I Socialstyrelsens lägesrapport 2007 tas en rad positiva aspekter rörande den senaste utvecklingen av folkhälsan upp – men dessa kontrasteras mot situationen för unga kvinnor. Mest oroväckande är att unga kvinnor i åldrarna 15 till 24 år har fortsatt ogynnsam utveckling av sitt psykiska välbefinnande. Andelarna som i intervjuer uppger såväl lätta som svåra besvär av ångslan, oro eller ångest har ökat sedan mitten av 1990-talet. De unga kvinnorna har under samma tidsperiod haft en ökande alkoholkonsumtion, alltmer vårdats för alkoholförgiftning och gjort självmordsförsök i ökande omfattning. De röker också i stor utsträckning även om rökningen minskar även bland dem.

*Utdrag ur artikel med intervju av Ing-Marie Wieselgren, projektledare på Sveriges kommuner och landsting (2007).*

I dag får den specialiserade vården inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ofta ta en stor del av den så kallade första linjens vård, det vill säga den vård som i större utsträckning skulle kunna skötas av till exempel primärvård, skolhälsovård eller barnvårdscentral. Tillgängligheten till vård inom BUP är i högsta grad beroende av hur tillgängligheten ser ut när det gäller insatser inom skola, skolhälsovård, barnhälsovård och socialtjänst.

Den viktigaste förutsättningen för att uppnå en ökad tillgänglighet är att barn och ungdomar får hjälp på rätt nivå, säger Ing-Marie Wieselgren.

Därför måste primärvård samt barn- och skolhälsovård förstärkas så att de kan vara första linjens vård för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Då frigörs resurser hos BUP och väntetiderna där kortas.



## 2.7 Äldres hälsa

### *Skadeförebyggande och rehabiliterande arbete för äldre*

Årligen avlider ca 1 300 personer, 65 år och äldre, till följd av fallolyckor (jämför trafiken: under 2007 dödades i Sverige preliminärt 473 människor i vägtrafiken). De flesta fallolyckorna sker i hemmet och den vanligaste skadan är fraktur.

37 % av fallskadorna bland personer 85 år och äldre sker på servicehus, sjukhus o.s.v. 85 % av de som drabbas av en höftfraktur har fallit tidigare.

Fallskador hos äldre kostar samhället 5 miljarder kronor per år. En höftledsfraktur kostar samhället ca 250 000 kronor och en handledsfraktur ca 50 000 kronor. Dessa kostnader delar kommun och lands-ting ungefär lika på.

### **EU-projektet "Att främja hälsan hos äldre (Healthy Ageing)" 2004-2007**

#### *Från Statens folkhälsoinstituts hemsida*

Projektet syfte har varit att granska och analysera fakta om hälsa och åldrande i Europa samt utveckla strategier och rekommendationer för praktisk verksamhet.

År 2025 kommer en tredjedel av Europas befolkning att vara 60 år eller äldre. Antalet människor som är 80 år eller äldre kommer att öka särskilt snabbt. Strategier måste utvecklas för att hantera denna utmaning.

#### *Definition av hälsosamt åldrande*

Hälsosamt åldrande är en process där möjligheterna till fysisk, social och psykisk hälsa optimeras så att äldre människor kan ta aktiv del i samhället och leva ett självständigt liv med god livskvalitet utan att diskrimineras på grund av ålder.

Möjligheten att påverka äldres hälsa genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet är större än man trodde för några år sedan. Grundläggande för äldres hälsa och livskvalitet är att man fortsätter vara fysiskt, psykiskt och socialt aktiv.

#### *Grundprinciper för hälsosamt åldrande*

##### *Äldre människor är värdefulla för samhället*

Många äldre lever ett mycket meningsfullt liv och utgör en resurs för samhället. De bidrar till samhällets utveckling, arbetar mot betalning, som volontärer eller ideellt i organisationer och föreningar samt tar hand om familjemedlemmar och vänner. Åldersdiskriminering är förbjuden i viss EU-lagstiftning, men tillämpning och utbildning inom området behövs.

##### *Det är aldrig för sent att främja god hälsa*

Hälsofrämjande insatser förlänger människors liv och förbättrar deras livskvalitet och kan genomföras även bland mycket gamla människor. Trots detta utesluts äldre människor från att delta i många hälsofrämjande och förebyggande insatser.

### *Jämlikhet i hälsa*

Att bekämpa ojämlikhet i hälsa och förbättra de socioekonomiska bestämningsfaktorerna för äldre människor bör utgöra kärnan i alla hälsofrämjande strategier och aktiviteter. Jämlikhet i hälsa innebär uttryckligen att äldre inte får diskrimineras på grund av ålder.

### *Självbestämmande*

Rätten att bestämma över sig själv (autonomi) är avgörande för mänsklig värdighet och integritet genom hela livet. Alla individer måste ha möjlighet till utveckling och rätt att delta i beslut som rör dem själva.

### *Heterogenitet*

Äldre människor har olika intressen och behov. Hänsyn måste tas till skillnader när det gäller kön, ålder, kultur, etnicitet, sexuell läggning, hälsostatus, funktionshinder och socioekonomisk status. Man får heller inte glömma bort generationsklyftorna bland äldre människor. Det är flera generationer mellan människor som är 50 och dem som är över 100 år gamla.

### *Politik*

Projektet Healthy Ageing föreslår att Europeiska kommissionen och medlemsstaterna:

- Utvecklar långsiktiga policydokument, hälsoprogram och ekonomiska förutsättningar för att främja hälsa och förebygga ohälsa och sjukdom hos äldre människor på europeisk, nationell, regional och lokal nivå.
- Betonar vikten av hälsofrämjande insatser för äldre människor inom politikområden som ekonomi, bostäder, transport och miljö.
- Utvecklar indikatorer för hälsosamt åldrande och använder dem i relevant statistik på europeisk och nationell nivå.
- Projektet Healthy Ageing föreslår att medlemsstaterna:  
Utvecklar handlingsplaner för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, där äldre människor deltar i planering och genomförande på alla nivåer, men framför allt på lokal nivå.
- Stärker det hälsofrämjande perspektivet i grund- och vidareutbildning i gerontologi och geriatrik för alla relevanta yrkesgrupper.



## 2.8 Hälso- och sjukvårdens roll i folkhälsoarbetet

God hälsa är en förutsättning för regional utveckling och viktig för ett läns attraktionskraft. Hälso- och sjukvården och dess medarbetare har stora möjligheter att påverka den långsiktiga hälsoutvecklingen i länet – både genom sin kompetens och genom sin breda kontaktyta mot medborgarna.

Landstingen bör sprida sina kunskaper om faktorer som påverkar hälsan till andra aktörer i samhället och arbeta aktivt för att göra invånarna i länet friskare. För att bli mer hälsoinriktad måste hälso- och sjukvården anpassa sin verksamhet till det samband som finns mellan människors situation i samhället och deras hälsa. Vården ska präglas av en helhetssyn och hälsoorienterat förhållningssätt. Det är också viktigt att tillvarata patienternas och anhörigas eget hälsoansvar.

### Hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete

*Utdrag ur en artikel skriven av Gunnar Ågren, Statens folkhälsoinstitut (2007).*

Det stora systemfelet i svensk sjukvård är inte bristen på resurser för akuta insatser utan snarare det faktum att förebyggande och rehabiliterande insatser har så svag ställning. Merparten av sjukvårdens resurser går till vård och behandling, huvudsakligen inom akutsjukvården. Av 140 miljarder år 2003 gick bara 25 miljarder till primärvården. Endast 5 % av de totala insatserna användes till förebyggande verksamhet inräknat mödra- och barnhälsovård.

Goda förebyggande insatser görs bl a inom skolhälsovård, på ungdomsmottagningar och företagshälsovård.

Socialstyrelse kom 2005 med en utredning om primärvårdens förebyggande arbete. Enligt denna har primärvårdens arbete minskat i omfattning, i samband med att primärvården fått nya arbetsuppgifter exempelvis inom äldresjukvården, utan att nya resurser tillförts i samma utsträckning.

Sjukvården har en viktig roll inom det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Det hänger samman med två saker:

1. Dagens sjukdomspanorama domineras av kroniska sjukdomar som i mycket hög grad hänger samman med den sociala miljön och levnadsvanorna eller livsstilen. Rökning, alkohol, övervikt och brist på fysisk aktivitet har avgörande betydelse för en mycket stor del av den samlade sjukdomsbördan.
2. Samtidigt är sjukvården, och då i första hand primärvården, unik på så sätt att den besöks av majoriteten av svenska kunder ett år och dessutom är besökarna unikt påverkbara när det gäller att följa råd om förändrad livsstil.

Bristen på livsstilspåverkan kan kontrasteras mot sjukvårdens användning av läkemedel i förebyggande syfte, ex blodfetts- och blodtryckssänkande mediciner. Dessa beräknas kosta 3-4 miljarder årligen. Utbildning när det gäller motiverande samtal och metoder är en viktig insats, men det behövs också ändrade prioriteringar. Ersättnings- och styrsystem missgynnar ofta det förebyggande arbetet.

Få saker är så lönsamma som att arbeta förebyggande. Att ingripa idag mot en begynnande hög konsumtion av alkohol kan förebygga åtskilliga dagars intensivvård i framtiden. En lyckad rökavvänjning kan innebära färre vård dagar på en KOL eller lungcancer. Ökad fysisk aktivitet bidrar redan på kort sikt att minska kostnaderna för dyra läkemedel, som dessutom i sin tur kan ge kostnadskrävande biverkningar.

Att jobba förebyggande med kunskapsbaserade metoder är med andra en lönsam investering.

### **Sjukvården måste våga satsa förebyggande!**

*Debattartikel införd i Dagens samhälle 2007-09-13.*

Bara mellan fem och sju procent av landets resurser för hälso- och sjukvård används för att förebygga sjukdom. För att skapa en mer hälsofrämjande sjukvård krävs en omvärdering och ett helhetsperspektiv på vad som gynnar hälsa.

Hälso- och sjukvården utnyttjar i dag inte sina möjligheter att arbeta sjukdomsförebyggande fullt ut. En uppskattning visar att mellan fem och tio miljarder satsas på att förebygga sjukdom, det är mellan fem och sju procent av sjukvårdens totala resurser. Detta trots att vi vet att människans egen upplevelse av hur hon mår har stor betydelse. Flera studier tyder på att risken ökar för att utveckla ohälsa om människors upplevda hälsa är dålig.

Därför finns det stora hälsoeffekter och ekonomiska vinster att göra för hälso- och sjukvården genom att satsa på förebyggande arbete. Som exempel kan nämnas att enbart hälso- och sjukvårdens kostnader för behandling av personer med övervikt och fetma var cirka tre miljarder kronor år 2003. Därför har Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Umeå universitet tagit initiativ till den första nationella konferensen i ämnet.

Vad är då en hälsofrämjande hälso- och sjukvård? Utgångspunkten är en människosyn som ser patienten som medproducent av sin egen hälsa.

Hälsofrämjande kan beskrivas som den utveckling som ger människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den. Det sjukdomsförebyggande perspektivet måste lyftas fram i hälso- och sjukvårdens basarbete, både i primärvård och på sjukhus. I praktiken betyder det att vårdpersonalen måste få bättre möjligheter att arbeta med basala livsstilsfrågor när de möter patienter. Idag finns det relativt väl utvecklade och kunskapsbaserade metoder som i betydligt högre utsträckning skulle kunna användas inom hälso- och sjukvården, till exempel rökavvänjning, rådgivning i kost- och alkoholfrågor och fysisk aktivitet på recept (FaR).

Vårdens uppdragsgivare måste också i sina beställningar till vården fokusera mer på resultat och mindre på produktivitet och processer. Det innebär att man, i högre grad än vad som görs idag, bör formulera och fråga efter mätbara effektmål - att beställa hälsoeffekter på befolkningsnivå och utvärdera effekterna. Det ger möjligheten att fokusera på hälsovinster snarare än på sjukvårdsproduktionen i sig.

Det behövs även fördjupade kunskaper om egenupplevd hälsa och sambanden mellan psykisk och fysisk ohälsa. Här finns en positiv samverkan; god egenupplevd hälsa ger mindre sjukdom. En mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård betyder därför en omvärdering av vilken typ av arbetssätt och kunskap som behövs.

Årligen investeras mångmiljardbelopp för att utveckla nya läkemedel som ska påverka hälsoproblem orsakade av livsstil. Jämfört med det är satsningen på annan behandling och modern metodutveckling för att möta livsstilssjukdomar eftersatt. En rationell läkemedelshantering bör kunna betyda att förebyggande metoder, som inte bygger på läkemedel, kompletterar och i vissa fall ersätter förebyggande läkemedel som idag ges till friska personer med någon riskfaktor.

Trots allt finns det ett framgångsrikt förebyggande arbete i delar av vården, till exempel mödra- och barnhälsovård, ungdomsmottagningar, tandvård, skolhälsovård och företagshälsovård. Även smittskydd och vaccinationer och olika former av screening-verksamhet är exempel på väl utvecklade förebyggande verksamheter inom hälso- och sjukvården. Erfarenheter visar att kortsiktigt tänkande och en ökad arbetsbelastning i vården är ett konkret hot mot det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

*Håkan Brodin och Therese Kardakis, avdelningen för Analys och uppföljning, Statens folkhälsoinstitut*



## 2.9 Miljöns betydelse för hälsan

*Utdrag ur en artikel efter ett föredrag av läkaren Johan Hallberg i Almedalen 2007.*

I folkhälsoarbetet förenas miljöarbetet och människors strävan efter ett långt friskt liv. Om vi ska nå framgång i arbetet för hållbar utveckling är det helt avgörande att stora delar av befolkningen uppfattar frågan om det hållbara samhället som begripligt, hanterbart och meningsfullt. Ett sätt är att vända på det vanliga resonemanget om konsekvenser. Det som är bra för vår hälsa främjar också utvecklingen av det hållbara samhället. Den egna hälsan är därmed en ingång till det stora frågorna om framtid och hållbarhet.

Med hälsan som drivkraft, särskilt den egenupplevda hälsan och förståelsen av vad som verkligen får oss att må bra, ges möjligheter till gemensamma målsättningar som rör samhällets hållbarhet. En modell som förenar kunskapen om hälsans bestämningsfaktorer samt förutsättningarna för hållbar utveckling är följande principer för hälsa och hållbarhet:

- Mer rörelse i vardagen
- Mer frukt och grönt i kosten
- Plats för mänskliga möten
- Plats för föräldraskapet
- Balansera stressen
- Närhet till naturen
- Närhet till kulturen

De sju landmärkena eller principerna kan tyckas väldigt enkla men rymmer de flesta hälsofrämjande faktorer som vi känner till. De förklarar samtidigt var en hållbar utveckling av samhället börjar. När sambanden klarnar och människor inser att det som verkligen får dem att må bra är detsamma som får samhället i övrigt att må bra, stärks känslan av sammanhang. Tillvaron blir hanterbar och begriplig, det blir meningsfullt att bry sig. Insatsen räknas oavsett vem jag är och var jag än befinner mig.

De stora framtidsfrågorna rymmer i min egen vardag!

### Folkhälsoperspektivet – en plattform för arbetet med hållbar utveckling

*Artikel skriven av Birgitta Larsson.*

Med ett folkhälsoperspektiv betonas helheten i en människas liv. Människans påverkan på miljön innebär också en påverkan på hälsan. All utveckling har miljökonsekvenser och därmed i sin förlängning även hälsokonsekvenser.

Miljöfrågan har under de senaste årtiondena ändrat karaktär. För trettio år sedan rörde den sig främst om industrins utsläpp och de miljöproblem som hängde samman med dessa. Idag talar man om att en stor del av miljöproblemen kommer från den livsstil vi har skaffat oss. Det handlar om hur vi reser, vilka varor vi väljer m m. Miljödebatten idag handlar också om våra levnadsvanor som tobaks- och alkoholbruk, kostvanor och fysisk aktivitet. Hjärtkärlsjukdomar, olika typer av cancersjukdomar samt psykisk ohälsa är sjukdomar som till stor del har sin orsak i felaktiga levnadsvanor. De sociala skillnaderna i hälsa är tydliga. Det finns också skillnader i hälsa mellan könen.

Vardagsmiljöns möjligheter att ge tillfälle till motion, stimulans och återhämtning från stress är viktig. För att människan ska må bra och trivas behövs såväl stimulerande som återhämtande miljöer. Ekonomisk tillväxt har positiva effekter på hälsan, men människors hälsa har också betydelse för möjligheterna till ekonomisk tillväxt och en hållbar utveckling.

Kärnan i folkhälsoarbetet är ett hälsofrämjande agerande. Det innebär att den kunskap och kraft som finns hos alla människor tas tillvara. Det innebär också att människor ska ha förutsättningar att klara livets påfrestningar genom att tillvaron upplevs som begriplig, hanterbar och meningsfull.

*Delmål som rör hälsa och miljö hämtade från Folkhälsopolitiskt program för Östergötland 2001-2010*

*Målområdet – God fysisk miljö*

Frisk luft, ren miljö

Säker, skadefri miljö

Frihet från våld

Frihet från buller

Grönområden för rekreation

Rörelseanpassade skolgårdar, förskolegårdar

Frihet från smitta

*Målområdet – Goda levnadsvanor*

Goda matvanor

Fysisk aktivitet

Tillgång till utevistelse

Minskat tobaksbruk

Minskat skadligt alkoholbruk

Ett narkotikafritt samhälle

Återhämtning, vila

Miljöområden hämtade från ”Rapport från arbetsgruppen Miljöfaktorer till Nationella Folkhälsokommittén 1999.

Grönområden

Bostads- och boendemiljö

Luft

Buller

Elektromagnetiska fält

Vatten, avloppsrenhållning, avfall

Svårnedbrytbara ämnen



## 2.10 Kulturens betydelse för hälsan

*Sammanställning från boken "Kultur för hälsa - en exempelsamling från forskning och praktik" av Folkhälsoinstitutet samt "Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan", SOU 2000:91.*

Kulturbegreppet är brett och inbegriper såväl natur och miljö som de mer traditionella konstarterna: musik och dans; berättande, skrivande och läsande; bild och konst; drama. Kunskapen om kulturens betydelse för hälsa har ökat. Forskningen idag ger stöd för att kulturupplevelser inte bara har ett egenvärde utan är viktiga för människors välbefinnande och hälsa.

Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande "Hälsa på lika villkor" slår fast att det finns vetenskapligt stöd för att kulturaktiviteter kan vara ett värdefullt komplement till rehabilitering och behandling. Nationell och internationell forskning visar att deltagande i kulturella aktiviteter även kan vara hälsofrämjande.

För barns och ungas hälsa och utveckling är det särskilt viktigt att sörja för hälsans fysiska, psykiska, emotionella, sociala, intellektuella och andliga aspekter. Barn och unga måste få möjligheter att utvecklas inom alla dessa områden eftersom de samspelar och förstärker varandra. Utveckling och inlärnin g underlättas av det egna skapandet och av deltagande i olika konstnärliga och kulturella uttrycksformer.

Aktuell forskning visar på värdet av kultur också i vård och rehabilitering. Det finns många exempel på insatser där kulturella aktiviteter används för att förebygga utmattning och ohälsa och främja och förbättra hälsan hos arbetstagare.

Det finns också studier som visar på naturens betydelse för återhämtning och rekreation liksom påverkan av den omgivande miljön och hur den utformas.

Exempel på viktiga kulturaktiviteter:

- Musik är den mest utforskade kulturupplevelsen. Både dans och musik används terapeutiskt och hör enligt många forskare ihop. Musikens påverkan på hälsa och välbefinnande är ett väl utforskat område med positiva resultat både psykiskt och fysiskt.
- Berätta, skriva, läsa för att belysa sitt liv. Berättande är en ursprunglig kulturform och stimulerar fantasi och kreativitet, särskilt hos barn. Förmågan att läsa är viktig för barns intellektuella utveckling. Skrivandet som metod finns skildrat inom kvalitativ hälsoforskning. Refererade studier visar att skrivande individuellt eller i grupp kan förbättra både fysisk och psykisk hälsa.
- Konstbilder används inom vården. Att tala om och förklara konstbilder är en metod som används både som terapi för vårdtagare och för att öka deras välbefinnande och hälsa. Metoden har även förbättrat vårdgivarnas möjlighet att läsa kroppsspråk och utveckla empati.
- Teater och drama i skolan förbättrar barnens språkliga förmåga samt kan minska högriskbeteende.

### *Prioriterade områden för en mer jämlik hälsa*

Kulturupplevelser ger längre liv. Forskning visar att deltagande i kulturella aktiviteter har ett statistiskt samband med en lägre dödlighet i alla åldrar. Samtidigt visar analyser på hälsorisker av kulturell inaktivitet, men även att kulturell aktivitet, liksom fysisk, kan ses som en färskvara. Fakta om svenska folkets kultur- och medievanor visar att kvinnor är mer aktiva än män och långtidsutbildade mer aktiva än korttidsutbildade. En utmaning för kulturlivet är att fler män och människor med lägre utbildning får möjlighet att delta mer aktivt.

Följande insatser ses som särskilt angelägna när det gäller kulturens möjlighet att bidra till en mer jämlik hälsa:

- Hälsofrämjande och rehabiliterande kulturverksamhet bör regelmässigt ingå i arbetet på förskolor, skolor och arbetsplatser.
- Personer som bor i särskilda boendeformer bör ges reell tillgång till hälsofrämjande och rehabiliterande kulturaktiviteter.
- Skärningsfältet kultur – hälsa bör beaktas inom alla politikområden både centralt, regionalt och lokalt.
- Folkbildningens möjlighet att anordna kulturaktiviteter för alla samhällsgrupper bör tillvaratas.



## 2.11 Integration, etnicitet och hälsa

*Sammanställning från underlag om effekter av hälsokommunikatörer i ett mångkulturellt samhälle.*

Nationellt representativa undersökningar har visat att utrikes födda i Sverige har sämre hälsa jämfört med svenskfödda. Utfall som dålig självskattad generell hälsa, samt dålig upplevd fysisk och psykisk hälsa är vanligare bland utrikes födda. Ett annat genomgående mönster är att utrikes födda med ursprung utanför västvärlden skattar sin hälsa sämst. Dålig självskattad hälsa har samband med högre sjuklighet och förtida dödlighet.

Sämre hälsa bland utrikes födda har ofta förklarats av socioekonomiska faktorer. Utrikes födda, jämfört med inrikes födda, har en sämre ställning på arbetsmarknaden, har mindre tillgång till egen bostad, har sämre skolresultat och är i högre grad beroende av långvarigt ekonomiskt bistånd. Det är etablerat att svag social och ekonomisk trygghet har samband med sämre hälsa. En social och ekonomisk integration bidrar således till en bättre hälsa.

Asylsökande är generellt sett kraftigt överrepresenterade i den slutna sjukvården, såväl på den psykiatriska som på den somatiska sidan. En studie visar att användningen av hälso- och sjukvårdstjänster är kraftigt överrepresenterat bland utrikes födda i Sverige, i synnerhet bland personer från bland annat Mellanöstern och Asien.

Gruppen utrikes födda i Sverige är naturligtvis heterogen. När det gäller gruppen asylsökande och utrikes födda som fått permanent uppehållstillstånd i Sverige som skyddsbehövande, av humanitära skäl och på grund av familjeband, finns det evidens för att sämre hälsa kan förklaras även av andra faktorer som är specifikt knutna till migrationsprocessen. Utifrån den kunskap som bland andra Integrationsverket har sammanställt vet vi också att de hälsorelaterade behoven bland nyanlända flyktingar inom ramen för introduktionen är stort.

Det finns ofta en historia av krig, förföljelse, tortyr och andra traumatiserande upplevelser som ligger till grund för i synnerhet psykisk ohälsa. Posttraumatiska tillstånd har visats vara underdiagnosticerade i Sverige. Under själva migrerandet och under asyltiden exponeras individerna också för faktorer som är skadliga för hälsan – osäkerhet, ovisshet och oro för anhöriga, till exempel. Även upplevelser i det nya landet kan bidra till en sämre hälsa. Upplevelser av diskriminering (kränkande behandling) har visat sig ha samband med psykisk ohälsa och kan dessutom förklara att man avstår från att söka medicinsk vård. Det är också känt att asylsökande och nyanlända flyktingar i liten utsträckning utnyttjar möjligheten till gratis hälsoundersökning samt att det finns oklarheter kring ansvarsfördelningen för informationen om denna hälsoundersökning vad gäller direktinresta flyktingar (anknytningsfall och kvotflyktingar). Därtill har Integrationsverket påvisat att en mycket liten andel av de nyanlända i kommunernas introduktionsprogram har fått information om hälso- och sjukvården på sitt eget språk, samt att många nyanlända avbryter eller inte påbörjar introduktionen och anger hälsoskäl till detta.

Området hälsa och asyl/integration är ett bristområde, d.v.s. det finns stora brister i den kunskapsbas som finns tillgänglig för beslutsfattare på lokal och nationell nivå. Vidare finns brister på mångfaldskompetens inom hälso- och sjukvården, vilket bidrar till risken för att exkluderande strukturer och mekanismer upprätthålls.

Mot denna bakgrund är det rimligt att göra bedömningen att en inte obetydlig andel av de asylsökande och nyanlända irakier, som Sverige är ensamt om att bevilja permanent uppehållstillstånd, är i riskzonen för att lida av ohälsa och för att inte utnyttja hälso- och sjukvårdstjänster på ett adekvat sätt. Inte minst mot bakgrund av de larmrapporter om svårigheter relaterade till det stora mottagandet, är det också angeläget att underlätta irakiernas ekonomiska och sociala integration i Sverige.

Det finns alltså en risk att många asylsökande och nyanlända flyktingar hamnar i en ond cirkel av dålig upplevd hälsa och svårigheter att tillägna sig svenska för invandrare (sfi) och introduktionen samt komma in på arbetsmarknaden. Det finns risker för såväl över- som underanvändning av hälso- och sjukvårdstjänster.

### **Kritik av Sveriges hantering av rätten till hälsa**

I en FN-rapport från 2007 riktas skarp kritik mot Sveriges hantering nationellt av frågan om rätten till hälsa som en mänsklig rättighet. Kritiken gäller bl a särbehandlingen i vården av asylsökande och gömda. Rapporten efterlyser vårdprofessionernas engagemang för rättighetsperspektivet. (Artikel i Läkartidningen av Henry Ascher docent, universitetslektor, överläkare, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg, [henry.ascher@pediat.gu.se](mailto:henry.ascher@pediat.gu.se)).



## 3. Vad är hälsa?

*I detta kapitel redovisas de hälsostrategier som folkhälsoarbetet utgår ifrån. Här presenteras också jämställdhetens betydelse för samhällets utveckling. Avsnittet avser att tydliggöra könsordningen och vad den får för konsekvenser. Även den etiska plattformen redovisas i detta kapitel, då dessa värderingar och individens eget ansvar troligen kommer att diskuteras alltmer framöver.*

### 3.1 Begrepp och definitioner

*Referens: Folkhälsopolitiskt program för Östergötland 2001 - 2010.*

Folkhälsoarbetet vilar på en humanistisk grundsyn, vilket innebär att alla människor har lika värde och ska ha möjlighet att påverka sin egen hälsa i positiv riktning. Alla, oavsett ålder, kön, etnisk eller social bakgrund, har samma rätt till en god hälsa.

Ordet "hälsa" kommer från ordet "hel" och innefattar en helhetssyn, vilket innebär att se människan i sitt sociala sammanhang.

Enligt WHO:s definition innebär hälsa fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte bara frånvaro av sjukdom. Hälsa innebär att kunna leva ett bra liv. Även den som har en sjukdom eller ett funktionshinder ska kunna ha ett bra liv och känna välbefinnande. Den som mår bra löper också mindre risk att bli sjuk.

Kärnan i folkhälsoarbetet är ett hälsofrämjande agerande. Det innebär att den kunskap och kraft som finns hos alla människor tas tillvara. Individen ges förutsättningar att utifrån den egna situationen fatta de viktigaste besluten – *empowerment*. Det innebär också att människor ska ha förutsättningar att klara livets påfrestningar, något som stärks av att tillvaron upplevs som begriplig, hanterbar och meningsfull – *Kasam*.

*Empowerment*

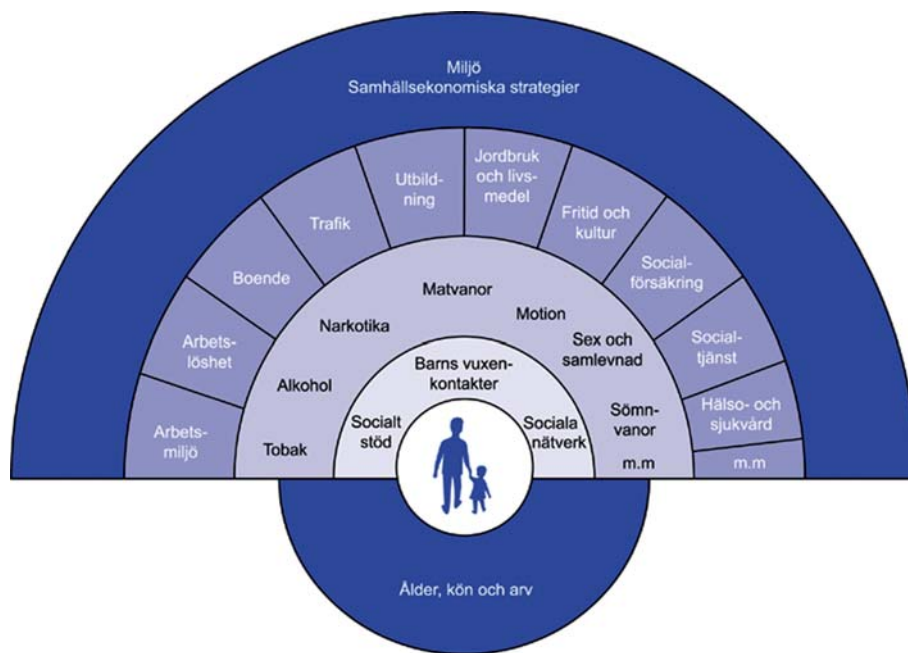
Att ge kraft och makt till den enskilde och erbjuda kunskap efter behov.

*Kasam – Känsla av sammanhang*

Att känna att livet är meningsfullt, begripligt och hanterbart.

#### **Hälsans bestämningsfaktorer**

Det finns inte några enstaka faktorer som avgör hälsoutvecklingen utan den beror på samverkan av en mängd faktorer. Vissa av dessa finns hos den enskilde, medan andra finns i det omgivande samhället. Figuren nedan beskriver hur faktorerna samverkar, och att de finns på olika nivåer. Den illustrerar att folkhälsofrågorna är en angelägenhet för såväl den enskilde individen som hela samhället.



Figuren ger en schematisk bild av hälsans bestämningsfaktorer dvs. det som påverkar hälsan. Bearbetning efter original av Göran Dahlgren och Margret Whitehead 1991.

Under linjen finns *ålder, kön och arv* som vill illustrera att detta är faktorer som vi inte kan påverka, men som är betydelsefulla då de ger oss olika förutsättningar. Individen i centrum i modellen illustrerar att individen är beroende av samhället liksom samhället är beroende av alla individer.

Närmast individen finns de *psykosociala resurserna*. Social gemenskap, känsla av delaktighet, hopp och framtidstro, trygghet och meningsfullhet i tillvaron är samtliga viktiga för framtida hälsoutveckling. De grundläggs under tidiga barnår då barnet utvecklar sin förmåga till vuxenkontakter.

De psykosociala resurserna påverkar nästa nivå som beskriver individens *levnadsvanor*. Tobak, alkohol och andra droger, fysisk aktivitet, mat och sexuella vanor påverkar vår hälsoutveckling. Individen avgör valet av levnadsvanor. Detta val är beroende av de psykosociala resurserna, individens livsvillkor och samhällets utformning.

Nästa nivå handlar om *livsvillkoren*, t.ex. om man har eller inte har ett arbete, hur arbetsmiljön ser ut och riskerna att drabbas av våld, olycksfall och miljögifter. De handlar också om livsmedelsutbud, boendesituation, kommunikationer, utbildningsmöjligheter, tillgång till kultur, samt hur samhällets hälso- och sjukvård och omsorg fungerar.

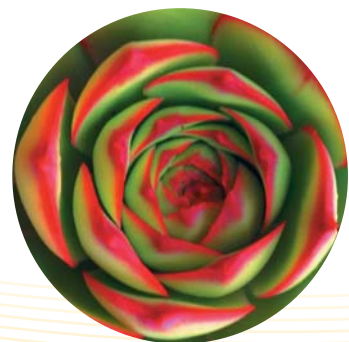
Överst i modellen finns den *samhällsekononiska strukturen och miljön*. Samhällets grundläggande värderingar, dess ekonomiska utveckling liksom inkomstfördelning, lagstiftning, jämlikhet, demokrati och integration är viktiga förutsättningar för samhällets hälsoutveckling. Människan är en del i det ekologiska systemet och miljöfrågorna omfattar inte enbart växter och djurs överlevnad utan gäller också människans hälsa.

Att möjliggöra hälsosamma val och i så stor utsträckning som möjligt undvika hälsorisker ses av flera som samhällets största uppgift.

### Kort historik

De senaste två seklers förändringar i sjukdom och hälsa har genomlöpt i huvudsak tre faser:

- Under farsoternas och svältens tidevarv dominerade infektionssjukdomar som smittkoppor, tyfus och tbc. Epidemiernas frekvens och styrka minskade fram till tidigt 1900-tal, samtidigt som medellivslängden ökade till 55–60 år.
- Välfärdssjukdomarnas tidevarv sträcker sig in i våra dagar. Denna fas karaktäriseras av att dödligheten förskjuts från barnaåren till de äldre åldersgrupperna, samt att orsakerna till för tidig död domineras av hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer. Olycksfall har också intagit en central roll i denna fas.
- Nutidens hälsoproblem präglas av att de kroniska sjukdomarnas andel av sjukdomsburden ökar och att den egenupplevda psykiska hälsan försämras.



## 3.2 Jämställdhet som grund för folkhälsoarbetet

*Samhällets könsordning innebär en maktobalans som resulterar i olika livs- och arbetsvillkor för kvinnor och män. Jämställdhet måste därför vara en plattform och utgångspunkt i folkhälsoarbetet. Med ett jämställdhetsperspektiv som grund för hälsans bestämningsfaktorer är målet att nå en god och jämlik hälsa. Ett jämställt samhälle tillgodoser både kvinnors och mäns behov och utökar människors livsutrymme. Att arbeta för jämställdhet är att också arbeta för att nå en fullvärdig demokrati.*

Det är den biologiska könstillhörighet som blir avgörande för vilken position i könsordningen som kvinnor och män intar. Hur man gör det är något som man som kvinna eller man stegvis lär sig i samverkan med andra människor.

Detta kapitel avser att tydliggöra könsordningen och vad den får för konsekvenser. Jämställdhetsarbetet handlar i hög grad om en vilja till förändring som berör ända in i själen – det handlar om kvinnors och mäns identitet och världsbild. Innehållet i kapitlet är hämtat från boken *"Jämställdhet – människovärde och mänskliga rättigheter"* skriven av Christina Franzén, Sabina Sjölander och Jack Borgström.

### Jämställdhet - en fråga om makt

Könsordningen är en maktordning som ytterst handlar om människovärde och mänskliga rättigheter. Sveriges definition av mänskliga rättigheter utgår från FN:s allmänna förklaring och lyder: *Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter.*

Könsordningen är en dynamisk ordning som går att förändra. Vi har haft en stabil könsordning genom hela vår västerländska kultur. En anledning är att det är lättare att se till det vi har än att förändra och skapa nytt. En annan starkt bidragande orsak är att det är en maktordning som innebär att kvinnor som grupp är underordnande män som grupp.

Maktbalansen mellan könen är jämnast inom politiken där representationen av kvinnor i det närmaste är lika med mäns. Kvinnors reella inflytande är dock inte i proportion till deras andel av de politiskt valda. Makten i näringslivet definieras ofta som ekonomisk makt. I svenskt näringsliv består den yttersta makteliten till 95 procent av män.

Kvinnors möjligheter till ekonomiskt oberoende beror främst på i vilken omfattning de kan lönearbeta. Det oavlönade hemarbetet leder inte till ekonomiskt oberoende. Kvinnor arbetar i regel lika mycket betalt som obetalt medan män arbetar dubbelt så mycket betalt som obetalt.

Kvinnor och män samarbetar för att hålla underordningen vid liv, liksom för att hålla den dold. Ska maktordningen kunna förändras behövs kunskap om vad jämställdhet är och vad ojämställdhet ger för konsekvenser.

## Begreppet jämställdhet

Jämställdhet som begrepp introducerades inom politiken i slutet av 1960-talet. Tanken var att kvinnor skulle ställas lika med män. Den definition som nu gäller tillkom 2006. Jämställdhet innebär att kvinnor och män har samma makt att forma samhället och sina egna liv.

Jämställdhet förväxlas ofta med *jämlikhet* som har en vidare innebörd. Jämlikhet avser rättvisa förhållanden mellan alla individer och grupper i samhället och utgår från att alla människor har lika värde oavsett kön, ursprung, religion, social tillhörighet eller sexuell läggning. Jämställdhet är en av de viktigaste jämlikhetsfrågorna då vi alltid sorteras in i kategorierna kvinna och man oberoende av allt annat.

*Jämställdhet = lika villkor mellan kvinnor och män*

*Jämlikhet = alla individers lika värde*

Jämställdhet har både en kvantitativ och en kvalitativ dimension. Kvalitativ jämställdhet handlar om makt och inflytande. Den kvantitativa jämställdheten är en förutsättning för den kvalitativa. Är du inte närvarande kan du inte utöva makt och inflytande alls.

*Kvantitativ jämställdhet – innebär en jämn fördelning mellan kvinnor och män inom alla områden i samhället*

*Kvalitativ jämställdhet – innebär att både kvinnors och mäns kunskaper, erfarenheter och värderingar tas tillvara och får berika och påverka utvecklingen inom alla områden i samhället.*

Ett relativt nytt men viktigt begrepp är *jämställdhetsintegrering*. Förenklat innebär jämställdhetsintegrering att beslut inom alla samhällsområden och verksamheter ska präglas av jämställdhet. Det är både en strategi och ett sätt att arbeta för att uppnå jämställdhetsmål.

## Jämställdhet i Sverige och internationellt

Riksdagen antog 2006 nya mål för *jämställdhetspolitiken*.

*Målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv.*

Jämställdhetspolitiken har fyra delmål:

1. *Jämn fördelning av makt och inflytande*

Kvinnor och män ska ha samma rätt och möjlighet att vara aktiva samhällsmedborgare och forma villkoren för beslutsfattandet.

2. *Ekonomisk jämställdhet*

Kvinnor och män ska ha samma möjligheter och villkor i fråga om utbildning och betalt arbete som ger ekonomisk självständighet livet ut. Ekonomisk jämställdhet syftar till fördelning av ekonomiska resurser mellan kvinnor och män. Kvinnor och män ska genom ekonomisk självständighet ha samma möjligheter att försörja sig själva och sina eventuella barn.

3. *Jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet*

Kvinnor och män ska ta samma ansvar för hemarbetet och ha möjligheter att ge och få omsorg på lika villkor. Målet omfattar obetalt hemarbete, omsorg om de äldre samt omsorg om barnen.

4. *Mäns våld mot kvinnor ska upphöra*

Kvinnor och män, flickor och pojkar, ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet. Målet omfattar alla former av psykiskt och sexuellt våld och hot om våld mot kvinnor och flickor.

*Jämställdhetslagen* är en arbetsrättslig lag från 1980.

Lagens ändamål 1§

*Denna lag har till ändamål att främja kvinnors och mäns lika rätt i fråga om arbete, anställnings- och andra arbetsvillkor samt utvecklingsmöjligheter i arbetet (jämställdhet i arbetslivet).*

*Lagen siktar till att förbättra främst kvinnors villkor i arbetslivet.*

Jämställdhet är en fråga som engagerar i hela världen. FN:s arbete för jämställdhet utgår på samma sätt som Sveriges jämställdhetslag från kvinnors villkor i världen.

Jämställdhet är ett av EU: s grundläggande värden och ingår i EU-fördraget som ett av gemenskapens grundläggande mål.

## **Kunskap – ett medel att nå jämställdhet**

*Begreppen kön och genus*

Enkelt kan man uttrycka att vi både har ett biologiskt kön och ett socialt skapat och inlärt kön. Hur vi får vara och vad vi får göra som kvinnor och män har mer bäring på det vi lärt in än på vår biologi.

I boken "Kropp och genus i medicinen" anser författaren att ett genusperspektiv på medicin innebär att kvinnor och män ses som biologiska men samtidigt även som sociala och kulturella varelser. Biologi och biologiska könsskillnader sätts i ett socialt och kulturellt sammanhang där biologin ses som föränderlig och beroende av livsvillkor och kultur. Det finns inte några absoluta gränsdragningar mellan de två begrepp kön och genus, utan de kan användas helt synonymt.

*Könsordningen/genussystemet innebär två bärande logiker:*

- kvinnor och män bör inte blandas
- mannen är norm

Isärhållandet är ett sätt att göra kön/genus och hjälper oss att hålla reda på vår position i könsordningen. Att mannen är norm betyder att mannen får stå för det vi uppfattar som normalt. Med ett normtänkande blir det lättare att förstå att könsordningen är en maktordning. Allt som avviker från normen ges inte ett fullt värde. Kvinnor är människor men av en annan, inte lika högt värderad sort som män.

Att göra *kön/genus* är något vi hela tiden håller på att göra. Det är inte bara kvinnor och män som sorteras in och blir könsmärkta. Det mesta är könsmärkt. Könsmärkningen av arbeten och yrken hänger ihop med föreställningar om vad som lämpar sig för kvinnor och män. Ledande positioner förknippas exempelvis med män och servicepositioner med kvinnor. Som andra exempel kan vi ta leksaker och kläder. Den funktion som könsmärkningen har här är att den förstärker vårt kön med attribut och symboler.

*Begreppet feminism*

Feminism definieras av forskare i två delar. Den första handlar om att ha kunskap och en medvetenhet om att det finns en könsordning i samhället med en maktobalans mellan kvinnor och män. Den andra handlar om en vilja till förändring av denna maktobalans.

*Könsstrukturen* i en organisation är en spegling av samhällets könsordning med en maktobalans som resulterar i olika livs- och arbetsvillkor för kvinnor och män.

### **Att vara man i könsordningen**

Vad är det då att vara man. Ett vanligt svar är att det inte är att vara kvinna. Det finns ett obevekligt avståndstagande bland män att överskrida gränser till det som uppfattas som kvinnligt. En man får inte bli besmittad med något som är kvinnligt könsmärkt. En förklaring till det är att kvinnor står för och gör värderas lägre i vårt samhälle. Att som man förknippas med något kvinnligt är att tillskrivas lägre värde och status och kan även innebära att få sin identitet ifrågasatt, särskilt då den del av identiteten som handlar om sexuell läggning.

Män i mansdominerade verksamheter rekryterar företrädesvis män till chefsbefattningar och kvinnor i kvinnodominerade verksamheter bidrar till att män rekryteras till chefer där. Det pågår därmed en kvotering av män till chefsbefattningar som både män och kvinnor bidrar till. Att vara man är en kompetens i sig.

På samma sätt som män kan kvinnor i vissa situationer vara rädda att bli besmittade av kvinnors lägre värde och stereotypa föreställningar.

När det gäller kvinnors och mäns möjligheter att bli chefer ses kvinnor inte som männen som en maktresurs utan mer som en resurs för makten.

## Förändring

Den könsordning vi har och den brist på jämställdhet som råder i vårt samhälle resulterar i olika livs- och arbetsvillkor för kvinnor och män och kan kännas som svåra att förändra. Då är det viktigt att komma ihåg att det handlar om sociala strukturer som är föränderliga. Genom att synliggöra könsordningen och dess konsekvenser kan vi gå från att vara könsblinda till att vara könsmedvetena.

*Könsblind = könsordningen tas för given*

Förutom kunskapen om könsordningen är viljan till förändring det viktigaste. Allt förändringsarbete har inbyggda svårigheter. Förändringen av könsordningen hör till det som är svårast att förändra då vårt sätt att göra kön/genus påverkar människors självuppfattning och identitet.

Att ta steget är att få insikt om att jämställdhet inte är en åsiktsfråga utan i allra högsta grad en kunskapsfråga. Att bli medveten om sina egna föreställningar, myter och fördomar är det första steget. Därefter gäller det att ta till sig begrepp och definitioner samt fakta för att synliggöra skillnader i villkor mellan kvinnor och män – både kvantitativa och kvalitativa.

Motståndet mot förändring kan vara både aktivt och passivt och ta sig olika uttryck:

- Det finns ingen ork eller kapacitet – människor orkar inte ta in det man får kunskap om
- Tidigare erfarenheter och personliga åsikter – bl a kan kvinnors och mäns privata upplevelser göras till allmänna sanningar
- Bortförklaringar till det som är
- Tyst motstånd – inget blir genomfört
- Ifrågasättande av resultat

För att uppnå en reell förändring är det viktigt att arbeta systematiskt och långsiktigt samt visa respekt för människors olika erfarenheter och kunskaper inom området.



### 3.3 Folkhälsostrategier internationellt och i Sverige

*Här presenteras mål och strategier för folkhälsan i världen, Europa och Sverige.*

#### The Ottawa Charter

I november 1986 höll World Health Organisation (WHO) den första internationella konferensen angående folkhälsa i Ottawa, Kanada. Resultatet av konferensen blev ett manifest i vilket vikten av hälsofrämjande arbete kraftigt framhävdes.

Vid Ottawakonferensen identifierades fem strategier för hälsofrämjande arbete nämligen; skapa stödjande miljöer för hälsa, stärka lokala insatser, utveckla personliga färdigheter, förnya hälso- och sjukvården samt skapa en hälsoinriktad samhällspolitik.

#### Hälsa för alla

Världshälsoorganisationen (WHO) formulerade med *"Hälsa för alla år 2000"* en vision som från slutet av 1970-talet väckt engagemang för hälsofrågornas betydelse för samhällsutvecklingen i hela världen. Inför 2000-talets hälsoutmaningar antog Sverige tillsammans med övriga medlemsländer i WHO:s europaregion i september 1998 en ny hälsopolitisk strategi med 21 mål – HÄLSA 21. Grunden för de förnyade *"Hälsa för alla"*-målen är en jämlikare hälsa. Det gäller såväl inom som mellan länder att skapa förutsättningar för en positiv utveckling för dem som lever under de sämsta hälsovillkoren. Syftet är att målen skall fungera som vägledning för arbetet i varje land inom europaregionen.

#### EU:s nya hälsostrategi 2008 - 2013

EU-kommissionen antog i oktober 2007 en ny hälsostrategi, *"Together for Health: A strategic Approach for the EU 2008-2013"*, som ska gälla fram till 2013. Strategin är det övergripande policydokumentet för alla hälsoinsatser EU gör och inkluderar både det nya hälsoprogrammets inriktning och alla övriga hälsoinitiativ som tas de närmaste åren.

Strategin stöder Lissabonagendans mål för ekonomisk utveckling där god och jämlik hälsa är en förutsättning liksom att verka för trygghet vid gränsöverskridande hot. Den bygger på fyra principer: gemensam syn på hälsa, hälsa är en tillgång för ekonomisk utveckling, hälsan påverkas av alla politikområden samt att EU ska verka för en bättre global hälsa.

Utifrån dessa principer har EU:s hälsopolitik tre mål:

1. Skapa god hälsa i ett åldrande Europa, bland annat genom hälsofrämjande insatser under livets alla åldrar
2. Skydda medborgarna från hälsohot, till exempel epidemier, terrorhot och effekter av klimatförändring
3. Stöd för dynamiska och hållbara sjukvårdssystem, till exempel genom kunskapsutbyte, teknisk innovation och forskning

Strategin ska implementeras genom det nya Hälsoprogrammets utlysningar, Sjunde ramprogrammet för forskning och via EU-kommissionens samarbete med andra politikområden.

## Nationella mål för hälsa

Med inspiration från WHO har Sverige baserat sin folkhälsopolitik på bestämningsfaktorer för hälsa. Detta innebär att fokus ligger på strukturella faktorer, människors livsvillkor och levnadsvanor som bidrar till hälsa eller ohälsa istället för sjukdomar eller hälsoproblem. Bestämningsfaktorer är åtkomliga för politiska initiativ och beslut, och kan således påverkas genom samhällsinsatser.

Riksdagen beslutade i april 2003 (SoU7) om ett övergripande nationellt folkhälsomål som involverar ett stort antal politikområden.

*"Skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen"*

Riksdagen beslutade vidare om en sektorsövergripande målstruktur med elva målområden:

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 ett överdrivet spelande.

## En förnyad folkhälsopolitik

Regeringens proposition 2007/08:110 – Sammanfattning

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.

### 3.4 Den etiska plattformen

#### Vårdens alltför svåra val

*Utdrag ur sammanfattning från utredningen "Vårdens alltför svåra val", PrioriteringsCentrum Östergötland*

År 1992 tillsatte den dåvarande regeringen en parlamentarisk utredning med uppgift att diskutera hälso- och sjukvårdens roll i välfärdssamhället och lyfta fram de grundläggande etiska principer efter vilka nödvändiga prioriteringar i vården bör ske. Uppgiften var även att ange de värderingar som bör vägleda dem som har att fatta prioriteringsbeslut både på politisk/administrativ nivå och i den kliniska vardagen.

Utredningen fick namnet Prioriteringsutredningen och leddes av Jerzy Einhorn. I mars 1995 presenterade Prioriteringsutredningen sitt slutbetänkande "Vårdens svåra val", SOU 1995:5 (Socialdepartementet 1995). I inledningen framhölls att: "Det är kravet på prioritering på grund av bristande resurser som föranleder debatt, aktualiserar svåra etiska problem och som främst är föremål för denna utredning" samt "Om förtroendet för sjukvården skall kunna upprätthållas, är det viktigt att grunderna för vidtagna åtgärder och prioriteringar redovisas och diskuteras öppet.

Huvudresultat från utredningen utgjordes i korthet av en formulering av den etiska plattformen utkristalliserad i människovärdes- behovssolidaritets-principen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa beskrevs på följande sätt i utredningen:

*Människovärdesprincipen;* alla människor har lika värde och samma rätt, oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Människovärdesprincipen är grundläggande men inte ensam tillräcklig grund för prioriteringar. Om resurserna är begränsade kan inte alla få vad de egentligen har rätt till.

*Behovs - solidaritetsprincipen;* resurserna bör satsas på de områden där behoven är störst. Solidaritet innebär också att beakta behoven hos de grupper som inte är medvetna om sitt människovärde, har mindre möjligheter än andra att göra sina röster hörda eller utnyttja sina rättigheter.

*Kostnadseffektivitetsprincipen;* vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Kostnadseffektivitetsprincipen bör endast tillämpas vid jämförelse av metoder för behandling av samma sjukdom. Vid olika sjukdomar går effekterna inte att jämföra på ett rättvisande sätt.

Den nya utredningen "Vårdens alltför svåra val" 2007 menar att det finns goda skäl för att utreda motiven till att komplettera den etiska plattformen med en ansvarsprincip. En sådan utgår från att alla människor är ansvariga både för sin hälsa och för sin vård utifrån sina individuella förutsättningar.

Att vara ansvarig för sin hälsa innebär dels att se till att ohälsa inte uppstår och dels, om den uppstår, se till att återskapa hälsa i så stor utsträckning som möjligt. Ansvaret för den egna vården innebär att både utföra, ombesörja och finansiera den. Eftersom en stor del av den vård som utförs i samhället redan idag faller inom ramen för egen vård är det angeläget att utveckla allmänt accepterade och kända kriterier för när förutsättningar för egen vård är uppfyllda. Principen om egenansvar för sin hälsa innebär vid resursfördelning att behov som uppstått på grund av bristande ansvar kan ges en lägre rangordning i förhållande till andra behov när resurserna inte räcker. Tillämpning av denna princip kräver dock att flera villkor är uppfyllda vilket vi bedömer sällan är fallet.

Utredarna föreslår att formuleringen av de nuvarande etiska principerna för prioritering förtydligas och att behovet av en komplettering med en ansvarsprincip utreds. Vidare bör rangordningen av de etiska principerna omprövas.



## 4. Beskrivning av hälsoläget

*Detta kapitel innehåller en sammanställning av hälsoläget på nationell nivå och för Östergötland som ett regionalt och jämförande exempel.*

### 4.1 Data på nationell nivå

*Här presenteras några data på nationell nivå från 2006 hämtade ur olika rapporter och undersökningar genomförda av Folkhälsoinstitutet.*

- Den totala folkmängden uppgick vid årsslutet till 9 114 800 personer.
- Under året föddes 106 400 barn; det högsta antalet på 12 år.
- På global nivå är närmare hälften av jordens befolkning, dvs. tre miljarder, under 25 år.
- Karies ökar bland treåringar. Utvecklingen är mest negativ för barn i ekonomiskt svaga grupper.
- Hälsoutvecklingen bland äldre har under 1990-talet varit jämförelsevis bättre än hos unga.
- Ca 10 procent av hushållen med de högsta inkomsterna står för drygt 22 procent av de samlade inkomsterna.
- Personer födda utomlands har en betydligt lägre inkomst än inrikes födda.
- Heltidsanställda kvinnors medianinkomst låg år 2004 på 85 procent av männens.
- Ca en miljon människor är bidragsberoende.
- Sysselsättningsgraden för alla i åldrarna 20\_64 år var drygt 77 procent.
- Arbetslösheten enligt SCB:s beräkningar är 5,6 procent, enligt EU kriterier 7,4 procent och Svenskt Näringslivs 15,5 procent, då inkluderat personer i arbetsmarknadspolitiska program samt sjukskrivna och förtidspensionerade.
- 60 procent av invandrarna har arbeten jämfört med närmare 80 procent för infödda svenskar.
- Andelen föräldrar som delar lika på föräldraledigheten är under 3 procent.

75 000 kvinnor utsätts årligen för våld av sin man eller f.d. partner till en beräknad sammanlagd kostnad av 3 miljarder kronor.

- Drygt 2 miljoner är tobaksbrukare varav den övervägande majoriteten rökare tillhör s.k. svaga sociala grupper. 17 000 ungdomar börjar använda tobak varje år.
- Andelen alkoholpåverkade förare i dödsolyckor har ökat kontinuerligt sedan år 1999 och låg år 2005 på närmare 35 procent.

Studier som pekat på positiva hälsoeffekter av alkohol ifrågasätts allt mer till följd av stora metod- och mät problem.

- Narkotikaanvändningen fortsätter att minska både bland flickor och pojkar. Antalet som regelbundet använder narkotika har dock ökat, samtidigt som antalet tunga missbrukare minskat.
- Den enskilt viktigaste faktorn till den ökande ohälsan i arbetslivet anses vara de ekonomiska nedskärningarna.
- Mer diffusa gränsdragningar i arbetsorganisation och ansvar tros ligga bakom den ökade psykisk ohälsan.



## 4.2 Data för Östergötland som regionalt exempel

### *Befolkningsenkäten 2006*

På uppdrag av Landstinget i Östergötlands Hälso- och sjukvårdsnämnd genomfördes befolkningsenkäten Östgötens hälsa 2006. Studien omfattar ett urval av östgötar i åldrarna 18-84 år.

Här presenteras en analys och några data från undersökningen.

I dagsläget finns stor kunskap om enskilda faktorer, inte minst sociala, och deras påverkan på hälsan. När det gäller den sammanvägda effekten av dessa är det emellertid svårt att med dagens metodik påvisa hur sambanden hänger ihop. De samhällsförändringar och krav som dagens medborgare lever under, tillsammans påverkar folkhälsan på ett sätt som idag inte är kartlagt. Övervikt, ökad alkoholkonsumtion och ökad psykisk ohälsa kan alla vara olika symtom på samma sak.

- Medellivslängden har ökat med ungefär tre år för männen och två år för kvinnorna sedan år 1990. Mäns medellivslängd beräknas till 78,4 år och för kvinnor 82,3 år.
- 22 procent av östgötarna i åldern 18-84 år har högskoleutbildning. Andelarna är störst i åldrarna 30-64 år och fler kvinnor än män har högskoleutbildning.
- Andelen personer med gymnasium som högsta utbildning är 51 procent totalt.
- 53 procent av befolkningen i Östergötland har fast arbete, fem procent är arbetslösa och nio procent är sjukskrivna.
- Östergötland uppskattas antalet ensamstående med barn till cirka 11200, av dessa är 70 procent kvinnor. Ensamstående föräldrar har sämre hälsa än sammanboende föräldrar.
- Cirka 67 100 hushåll utgörs av ensamstående vilket betyder att 22 procent av befolkningen bor ensamma. Störst andel ensamstående finns bland de yngsta männen samt bland de äldsta kvinnorna.
- Unga människor har svårt att klara sin löpande ekonomi jämfört med äldre.
- Andelen personer med övervikt och fetma ökar i länet. Nästan hälften av östgötarna är överviktiga eller feta.
- Få personer når upp till rekommendationerna om dagligt intag av frukt och grönt i länet.
- När det gäller fysisk aktivitet uppvisar östgötarna både försämringar och förbättringar sedan år 1999 års enkät. Flest inaktiva finns idag bland de äldsta kvinnorna.

- Daglig rökning har minskat i länet jämfört med 1999, mest bland de medelålders männen. Kvinnorna röker fortfarande i högre utsträckning än männen som i sin tur i stället snusar mer än kvinnorna.
- När det gäller riskfylld alkoholkonsumtion förekommer detta främst bland de yngsta. De yngsta kvinnorna har ökat sin riskfyllda konsumtion sedan år 1999.
- Var tredje ensamstående ung kvinna i länet har haft svårt att klara sina löpande utgifter under de senaste 12 månaderna.
- Nio av tio östgötar har någon person de litar på och som de kan få verklig hjälp av.
- Hälften av östgötarna anser att Hälso- och sjukvården har ansvar för att försöka påverka befolkningens levnadsvanor.
- Nästan en av fem östgötar söker inte sjukvård fast man anser sig vara i behov av vård. En tredjedel av dessa anger dålig tidigare erfarenhet som skäl.
- En av fem söker inte tandvård även om man anser sig ha behov. Orsaken är främst ekonomiska skäl.

#### *Hälsa på lika villkor – en jämförelse mellan Östergötland och riket*

Datamaterialet som rapporten bygger på kommer från den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor?". Syftet har varit att jämföra Östergötland och riket. De frågor som jämförts rör företrädesvis hälsa och levnadsvanor.

Rapporten har sammanställts av folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland i november 2007

Generellt är Östergötland likt riket i övrigt men det finns skillnader inom ett fåtal områden.

Dessa är:

- Östgöten har i mindre utsträckning varit i ekonomisk kris, det senaste året jämfört med personer i riket.
- Då det gäller förtroende för institutioner eller politiker har en mindre andel i länet jämfört med riket litet förtroende för polisen.

- Kvinnor och unga känner sig oftare kränkta och den vanligaste orsaken är relaterad till arbetet. En tredjedel av östgötarna har upplevt kränkning som är arbetsrelaterad medan en tiondel i riket har gjort detsamma.
- En mindre andel av de yngsta kvinnorna i länet jämfört med samma grupp i riket har satsat över 200 kronor på spel eller lotterier den senaste veckan.
- Män 45–64 år i riket har sämre tandhälsa jämfört med samma grupp i länet.

Utöver de ovan redovisade skillnaderna mellan Östergötland och riket visar undersökningen att:

- I befolkningen har fyra av tio personer hälsoproblem som är långvariga. Av dessa har en tredjedel hög påverkan på arbetsförmåga och andra dagliga sysselsättningar. Halva befolkningen har varit i kontakt med vården de senaste tre månaderna.
- Kvinnor i länet påverkas mer av sjukdom jämfört med män. Kvinnor har också i högre utsträckning svåra fysiska och psykiska besvär. Dessutom använder en större andel av kvinnorna läkemedel och söker kontakt med vården. Kvinnor har också sämre ekonomi.
- Var tionde person har dålig tandhälsa och var femte har avstått från att söka tandvård trots behov. Ekonomin är främsta orsaken till att avstå från att söka tandläkare. Ekonomin är också en av de främsta anledningarna att inte hämta ut receptbelagd medicin.
- Bland de äldsta är var femte person oförmögen att till exempel åka buss eller ta en kort promenad. Samtidigt har denna grupp svårare att få hjälp av någon med praktiska saker.
- Kvinnor avstår i högre utsträckning från att gå ut ensamma jämfört med män. I befolkningen är det oftare de yngsta som varit utsatta för våld. Det är också kvinnor och yngre som oftast utsätts för kränkningar.
- Ungefär 70 procent av befolkningen är inte tillräckligt fysiskt aktiva och omkring 90 procent äter inte tillräckligt med frukt och grönsaker, enligt de rekommendationer som finns, dessutom är 45 procent feta eller överviktiga.
- Män är oftare berusningsdrickare jämfört med kvinnor. Det är nästan lika stor andel snusare som rökare i befolkningen. Män och yngre har i större utsträckning riskabla spelvanor jämfört med kvinnor och äldre.
- Sjukvård, skola och polis är de institutioner som befolkningen har störst förtroende för medan till exempel arbetsförmedling samt landstings- och kommunpolitiker får lågt förtroende.

Tabell 4. Fördelning av demografiska variabler för Östergötland och riket. Andel

| Demografiska variabler                       | Östergötland (%) | Riket (%) |
|----------------------------------------------|------------------|-----------|
| <i>Födelseland</i>                           |                  |           |
| Sverige                                      | 89               | 85        |
| Annat land                                   | 11               | 15        |
| <i>Civilstånd</i>                            |                  |           |
| Gift                                         | 44               | 43        |
| Ogift                                        | 40               | 40        |
| Skild                                        | 10               | 12        |
| Änka/änkling                                 | 6                | 5         |
| <i>Utbildningsnivå</i>                       |                  |           |
| Grundskola                                   | 26               | 24        |
| Gymnasial                                    | 45               | 46        |
| Eftergymnasial                               | 29               | 30        |
| <i>Inkomst<sup>1)</sup></i>                  |                  |           |
| Låg                                          | 29               | 29        |
| Medellåg                                     | 25               | 21        |
| Medelhög                                     | 24               | 25        |
| Hög                                          | 22               | 25        |
| <i>Sysselsättning<sup>2)</sup></i>           |                  |           |
| Yrkesarbetar                                 | 44               | 48        |
| Tjänstledig/föräldraledig                    | 2                | 2         |
| Studerar                                     | 16               | 13        |
| Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd               | 6                | 6         |
| Ålderspensionär/avtalspension                | 21               | 21        |
| Långtidssjukskriven/pensionerad              | 10               | 8         |
| Annat                                        | 1                | 1         |
| <i>Boende<sup>2)</sup></i>                   |                  |           |
| Make/maka och barn som bor hemma             | 24               | 23        |
| Barn som bor hemma                           | 4                | 5         |
| Andra vuxna                                  | 2                | 2         |
| Make/maka/sambo/partner                      | 40               | 41        |
| Föräldrar/syskon                             | 10               | 10        |
| Ingen                                        | 20               | 20        |
| Sjukpenning                                  | 9                | 10        |
| Socialbidrag                                 | 2                | 2         |
| Sjuk- och aktivitetsersättning <sup>3)</sup> | 7                | 6         |

1) Inkomstgränserna är låg 0–108 446, mellanlåg 108 447–150 337, mellanlåg 150 338–201 948 och hög 201 949–.

2) Skattningar av populationsandelar på enkätdata.

3) Kallades tidigare förtidspension.

### 4.3 Skadeförebyggande arbete

*Sammanställning av Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland 2007.*

Skador är ett stort folkhälsoproblem och risken att drabbas av skador av olika slag finns i alla åldrar och miljöer. Av alla skador sker fyra av fem i hem- och fritidsmiljöer. Olycksbilden inom denna sektor domineras av olyckor som inträffar i eller vid bostaden. I dessa miljöer skadar sig framförallt barn, ungdomar och äldre, som i större utsträckning vistas i den miljön. Varje år söker en halv miljon människor akutvård efter att ha skadat sig i hemmet och på fritiden. Vanligaste orsaken till skada är fallolyckor, i samtliga åldersgrupper, men inte minst bland äldre. Bland de allra äldsta är nio av tio skador till följd av fall.

#### *Demografisk utveckling*

Andelen äldre ökar och förväntas bli en stor vårdgrupp. Det kan också innebära många fallolyckor som leder till höftfrakturer, där vårdkostnaden för höftopererade i okomplicerade fall uppgår till cirka en kvarts miljon kronor per person. Totalt beräknas samhällets kostnader för enbart äldres fallolyckor kosta samhället fem miljarder varje år. Kostnader fördelar sig nästan lika på kommunerna och landstingen

#### *Alkohol- narkotika- och läkemedelskonsumtion*

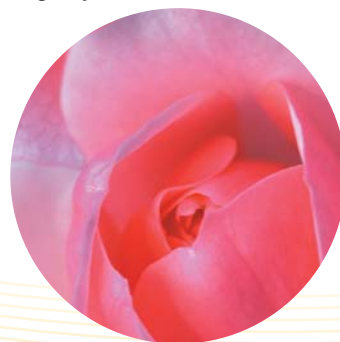
I Sverige konsumeras allt mer alkohol, det används mer narkotika och det tas mer läkemedel än någonsin. Mycket talar för att dessa förhållanden påverkar olycks- och skadeutvecklingen. År 2003 omkom totalt nästan 700 personer i direkta skador till följd av förgiftning av droger (läkemedel, narkotika och alkohol). Detta är betydligt fler än som omkom i trafiken. Till siffrorna kan också tilläggas ett stort antal indirekta skador till följd av användning av droger. Många fallolyckor, vägtrafikolyckor, drunkningar och bränder etcetera är relaterade till användning av alkohol, läkemedel och narkotika. Äldre har naturligt en ökad risk för att drabbas av olika sjukdomar och kan ofta ha flera sjukdomar samtidigt. Det medför att de behandlas med flera olika läkemedel samtidigt. En av de mest betydelsefulla riskfaktorerna för fall och fallrelaterade skador bland äldre är användning av psykofarmaka, läkemedel och blodtrycksmedicin som kan leda till blodtrycksfall, yrsel och balansrubbingar

#### **Trafiken**

Källa: Vägverket november 2007

Under 2007 dödades i Sverige preliminärt 473 människor i vägtrafiken. Av dessa omkom preliminärt 38 personer i december.

En analys som Vägverket gjort av trafiksäkerhetsarbetet de senaste tio åren visar att antalet dödade i trafiken minskat med omkring 150 personer per år sedan 1996. Omkring 125 personer dödas varje år i trafiken på grund av att de druckit alkohol.



## 4.4 Invandrares hälsa

*Sammanfattning av "Kartläggning av invandrares hälsa i Östergötland" genomförd av Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland.*

På uppdrag av Integrationsutskottet, Landstinget i Östergötland genomfördes en undersökning 2005 i syfte att kartlägga hälsoskillnader mellan den östgötske invandraren och etniska östgötar utifrån ett etniskt- och genusperspektiv. Hälsoskillnader mellan svenskar och utrikes födda finns för de flesta variabler som har studerats i kartläggningen. Utrikes födda rapporterar över lag sämre hälsa. Speciellt har utrikes födda kvinnor rapporterat sämre hälsa vad gäller psykiskt relaterad ohälsa. Utrikes födda har ett större självupplevt vårdbehov för psykiska besvär än svenskar. Vidare är det fler utrikes födda som har känt behov av att söka vård men inte gjort det främst p g a att man inte vill framstå som psykiskt sjuk.

### *Inledning*

År 2004 uppgick andelen invandrare till 12 procent av den totala befolkningen i Sverige. Invandringen har ökat över tiden. Under 1900-talet har olika invandrargrupper kommit till Sverige vid olika tidpunkter. Återvändande svenskamerikaner var dominerande fram till 1940-talet. Efter 1940 blev invandring av utrikes födda allt vanligare. Sedan skedde en arbetskrafts-invandring fram till mitten av 70-talet. År 1969 och 1970 var det nordiska invandrarna som i störst utsträckning kom till Sverige vilket till stor del berodde på att Finland hade en omfattande arbetslöshet under denna period. I början av 70-talet avtog invandringen från de nordiska länderna nästan helt och istället kom invandringen att till stor del bestå av flyktingar. Andelen utrikes födda i Östergötland uppgick år 2004 till 9,6 procent av totala antalet östgötar.

### *Socioekonomi*

Utrikes födda kvinnor har lägre utbildningsnivå än svenska kvinnor. Fler svenskar uppger att de arbetar jämfört med utrikes födda. Utrikes födda är också arbetslösa i större utsträckning än svenskar. Skillnaderna i arbetslöshet mellansvenskar och utrikes födda är mindre i 2002 års undersökning jämfört med i undersökningen 1999. Fler kvinnor än män uppger att hushållsekonomin är dålig. Könskillnaderna är större mellan utrikes födda kvinnor och män gällande hushållsekonomin.

### *Levnadsvanor*

Fler utrikes födda än svenskar är dagligrökare. Bland utrikes födda röker män mer än kvinnor. Svenskar dricker sig berusade i större utsträckning än utrikes födda. Fler män än kvinnor uppger ett berusningsdrickande och yngre mer ofta än äldre. Skillnaderna mellan svenskar och utrikes födda som dricker sig berusade är mindre 2002 jämfört med 1999. Fler utrikes födda är mindre fysiskt aktiva än svenskar både vad gäller frivilligt vald motion och vardagsmotion. Fler utrikes födda än svenska män har fetma eller övervikt. Utrikes födda uppger att de har sämre sömnkvalitet än svenskar.

### *Hälsoskillnader*

Kvinnor skattar sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt i större utsträckning än män. Medelvärdena över vitalitet och psykiskt välbefinnande har försämrats mellan 1999 och 2002. Resultaten där vitalitet och psykiskt välbefinnande presenteras tyder på att hälsoskillnaderna mellan svenska och utrikes födda kvinnor kan ha blivit något större. Generellt skattar utrikes födda jämfört med svenskar sin hälsa sämre.

Fler utrikes födda än svenskar uppger att de har viss svårighet att gå. Äldre har mer problem med att gå än yngre vilket faller sig naturligt. De utrikes födda har också mer problem med att klara huvudsakliga aktiviteter som till exempel arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter. Kvinnor uppger generellt mer problem med att klara dessa aktiviteter än män. Utrikes födda uppger även att de har mer smärtor eller besvär än svenskar och kvinnor rapporterar mer än män. Utrikes födda är också mer oroliga eller nedstämda än svenskar och kvinnor uppger i större utsträckning än män att de är oroliga eller nedstämda.

Mönstret för psykiska besvär, hjärt/kärl besvär och besvär i rörelseorganen ser ut på liknande sätt för de svarande. Utrikes födda uppger besvär i större utsträckning än svenskar. Kvinnor rapporterar dessa besvär i större utsträckning än män.

Några reflektioner av resultaten från rapporten. Utrikes födda, framför allt män uppger att de röker mer och motionerar mindre än svenskar. De utrikes födda männen tenderar att röka i större utsträckning än utrikes födda kvinnor. Yngre utrikes födda mäns dagligrökande har ökat från år 1999. Utrikes födda män är mer fysiskt inaktiva jämfört med utrikes födda kvinnor. Skillnaden mellan svenska män och kvinnor är inte lika stor. Hälsoskillnader mellan svenskar och utrikes födda finns för de flesta variabler. Utrikes födda rapporterar över lag sämre hälsa. Speciellt har utrikes födda kvinnor rapporterat sämre hälsa vad gäller psykiskt relaterad ohälsa. Utrikes födda har ett större självupplevt vårdbehov för psykiska besvär än svenskar. Det är fler utrikes födda som har känt behov av att söka vård men inte gjort det. Den vanligaste orsaken till att inte söka vård trots att individen känt ett behov, är att man inte vill framstå som psykiskt sjuk.



# Exempel på folkhälsoinsatser

I detta kapitel ges exempel på insatser i form av metoder och åtgärder inom folkhälsoområdet.

För mer information se [www.fhi.se](http://www.fhi.se) Statens Folkhälsoinstitut och [www.lio.se](http://www.lio.se) Folkhälsovetenskapligt centrum

## 5.1 Livsstilsrelaterade åtgärder

### Fysisk aktivitet

Betydelsen av fysisk aktivitet för god hälsa och livskvalitet är väl vetenskapligt underbyggd. Det finns ett tydligt samband mellan omfattning av fysisk aktivitet och hälsotillstånd. Fysisk inaktivitet är således en stor medicinsk riskfaktor. Ur ett folkhälsoperspektiv bör den måttliga fysiska aktiviteten uppmuntras. Största hälsovinster erhålls om de minst aktiva blir mer aktiva. Nationell och internationell erfarenhet visar att man inte når inaktiva grupper i samhället med enbart information. Insatserna måste därför breddas och ta sin utgångspunkt i människors livsvillkor, livsstil och tidigare erfarenheter av idrott och rörelse.

#### *FaR - Fysisk aktivitet på Recept*

Ett sätt att arbeta för att främja fysisk aktivitet och framförallt nå inaktiva målgrupper är fysisk aktivitet på recept (FaR).

Det finns idag ett behov att inom hälso- och sjukvården finna nya arbetssätt som inte bara behandlar när vi blir sjuka utan också förebygger sjukdom. Ett arbetssätt, som under de senaste åren såväl nationellt som internationellt vunnit allt större uppmärksamhet, är ordinerad fysisk aktivitet.

Det har under åren vuxit fram ett antal benämningar på arbetet med att ordina fysisk aktivitet. De vanligast förekommande har varit; motion på recept, friskvård på remiss, friskvård på recept samt fysisk aktivitet på recept, förkortat FaR som är det begrepp som nu används av Statens Folkhälsoinstitut i det nationella arbetet.

FaR innefattar en helhetslösning som bygger på en stödjande samhällsstruktur, en fungerande vårdkedja från förskrivare till aktivitetsledare, en ordination som utgår från de råd och anvisningar som finns i FYSS. En annan viktig beståndsdel i FaR är hur man samtalar med patienten för att höja dennes motivation att följa ordinationen.

FaR innebär en för individen anpassad ordination och används till såväl friska som till sjuka, för att förebygga och behandla vissa sjukdomstillstånd. Den patient som erhåller FaR kan få ett recept/remiss till aktiviteter som görs i egen regi men också som en hänvisning till någon friskvårdsaktör.

#### *FYSS - FYsisk aktivitet vid Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling*

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har tillsammans med yrkesföreningarna för fysisk aktivitet (YFA) tagit fram en handbok för fysisk aktivitet, den så kallade FYSS. Namnet FYSS kommer av orden "FYsisk akti-

vitet vid Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling”. FYSS innehåller 39 kapitel där svenska experter inom olika områden sammanfattar dagens kunskapsläge om hur och varför man kan förebygga och behandla sjukdomstillstånd med fysisk aktivitet samt förslag på motionsaktiviteter, speciella risker för olika patientgrupper. FYSS är ett viktig hjälpmedel vid förskrivningen av FaR, då ett av de vanligaste hindren för förskrivning är bristande kunskap om hälsoeffekterna av fysisk aktivitet.

## **Tobak**

Varannan rökare dör i förtid av sin rökning. Rökning förkortar livet med 10 år och ger upp till 20 gånger så hög risk att få ett 40-tal sjukdomar som kan sätta ner livskvaliteten allvarligt, däribland hjärt-kärl- och lungsjukdomar samt många cancersjukdomar. Tobak utgör en av de enskilt största hälsorisken i världen och även i Sverige, och är därmed ett av WHO:s mest prioriterade områden. Omkring 100 miljoner döda under 1900-talet kommer att slås med bred marginal av innevarande sekels förväntade 1 miljard tobaksrelaterade, förtida dödsfall.

Exempel på insatser inom detta område är arbete med policys för minskat tobaksbruk, avvänjningsstöd, kontroll av tobaksförsäljning och informationsmaterial.

## **Alkohol**

*Socialstyrelsens lägesrapport 2007.*

År 2006 skattades totalkonsumtionen av alkohol i Sverige till 9,7 liter 100-procentig alkohol per invånare 15 år och äldre. Vid mitten av 1990-talet var konsumtionen runt 8 liter alkohol per person och år.

År 2005 var andelen med riskabla alkoholvanor högst i åldrarna 16–29 år (35 procent av männen och 25 procent av kvinnorna), men konsumtionen minskar sedan kontinuerligt med stigande ålder. Andelen som vårdas på sjukhus för alkoholförgiftning har under senare år ökat i den vuxna befolkningen. Dödligheten från alkoholrelaterade dödsorsaker har samtidigt också ökat något bland både män och kvinnor 45 år och äldre.

Den ökade konsumtionen kan troligen bland annat förklaras av förändrade attityder till alkohol, lägre priser och en liberalare alkoholpolitik som harmoniserats något med övriga EU-länder. Även om totalkonsumtionen har ökat i Sverige sedan mitten av 1990-talet är nivån inte särskilt hög i ett europeiskt perspektiv. Undersökningar antyder att konsumtionen är lägst i Norge och Sverige, dvs. länder som fortfarande har en förhållandevis restriktiv alkoholpolitik.

Alkoholens skadeverkningar är komplexa. Måttlig till hög konsumtion under lång tid ökar risken för ett flertal kroniska sjukdomar, t.ex. cancer i matstrupe och levercirros (skrumplever). Men alkohol kan också leda till en minskad risk för vissa sjukdomar, främst hjärtinfarkt och diabetes. Berusningsdrickande medför också en ökad risk för skador och förgiftningar. Särskilt drunkningsolyckor, fallolyckor, transportolyckor, självmord, mord och förgiftningar inträffar många gånger under alkohelpåverkan.

Hög alkoholkonsumtion motsvarar 3,5 flaskor vin eller mer per vecka för män och 2,5 flaskor eller mer per vecka för kvinnor. Medelkonsumtion definieras som förtäring av mer än 2 men mindre än 3,5 flaskor vin per vecka för män och mer än 1 men mindre än 2,5 flaskor per vecka för kvinnor. Intensivkonsumtion motsvarar 18 cl sprit, 1 flaska vin eller 4 burkar starköl vid ett och samma tillfälle.

I den *nationella handlingsplanen* för att förebygga alkoholskador anges regeringens mål för den svenska alkoholpolitiken som är att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar.

Delmål för handlingsplanen:

- ingen alkohol ska förekomma i trafiken, på arbetsplatser eller under graviditet
- åstadkomma en alkoholfri uppväxt
- skjuta upp alkoholdebuten
- minska berusningsdrickandet
- åstadkomma fler alkoholfria miljöer
- undanröja den illegala alkoholhanteringen

Inom Nätverket *Hälsofrämjande sjukhus* pågår pilotprojekt med att testa förebyggande åtgärder som har fokus på riskkonsumenter. Projektet går ut på att rutinmässigt uppmärksamma patienternas alkoholvanor i samband med besök i primärvård eller vid inläggning vid sjukhus. Informationsmaterial läggs ut i patientutrymmen som dagrum/väntrum, delas ut i samband med in/utskrivning, genom brev m m. Informationsmaterialet trycks som personalbroschyr, patientbroschyr och dryckesdagbok.

### **Goda matvanor och säkra livsmedel**

Goda matvanor och säkra livsmedel är en förutsättning för god hälsoutveckling i en befolkning. Av de tio enskilt största riskfaktorerna för sjuklighet och död i I-länder har cirka hälften samband med matvanorna, som: högt blodtryck, höga blodfettsnivåer, övervikt och fetma, järnbrist. En riskfaktor är en konsekvens av våra matvanor, det vill säga för lågt intag av frukt och grönsaker.

Ett folkhälsoproblem och en direkt konsekvens av att vi äter fel och rör oss för lite, är övervikt och fetma. I Sverige ökar andelen överviktiga såväl bland barn och ungdomar som bland medelålders och är vanligare i socioekonomiskt svaga grupper.

Individer med övervikt och fetma utsätts för negativa attityder som är stigmatiserande, både av samhället och inom hälso- och sjukvård. Dessutom får de ofta stå till svars för sin vikt. Övervikt och fetma sänker livskvaliteten för individen. Fetma är också en betydande riskfaktor för sjukdom och ger oftare symtom som trötthet, värk, nedsatt rörelseförmåga jämfört med normalvikt hos individer. Samhällskostnaderna för övervikt och fetma är stora.

De insatser som görs inom detta område handlar främst om att sprida information om goda matvanor och fysisk aktivitet.

## Socialstyrelsen riktlinjer

Socialstyrelsen utarbetar riktlinjer vad gäller metoder att förebygga sjukdom genom påverkan av livsstilsfaktorer. Riktlinjerna syftar till att ge rekommendationer till beslutsfattare och hälso- och sjukvården hur man på bästa sätt kan hjälpa enskilda patienter att förändra sin livsstil. Följande levnadsvanor har valts eftersom de berör många människors hälsa och därmed tar stora samhällsekonomiska resurser i anspråk:

- Tobaksbruk
- Hög alkoholkonsumtion
- Ogynnsamma kost- och matvanor
- Otillräcklig fysisk aktivitet och motion

Åtgärderna är avsedda för individinriktat arbete i hälso- och sjukvårdens naturliga möten med patienten. Avsikten är att få underlag för prioriteringsbeslut och att rangordna åtgärderna från deras sammanlagda effekt och inte bara för deras effekt på enskilda sjukdomar. De första riktlinjerna väntas vara klara hösten 2008.

## Studiematerial om hälsa

Exempel på studiematerial om hälsa är "Leva livet – livskunskap för barn och ungdomar 10-13 år" som är ett studiematerial om hälsa för barn och ungdomar i åldern 10-13 år. (Beställning genom Reginförbundet Östsam).

## Skadeförebyggande arbete

Att förstå vilka faktorer som ligger bakom en given utveckling av olycksskadebilden, är avgörande för att det förebyggande arbetet ska kunna riktas mot rätt frågor. Sådana faktorer eller bestämmningsfaktor är till exempel demografisk utveckling, alkohol- narkotika- och läkemedelskonsumtion, vår kultur och våra värderingar av risker.

Det finns en lång tradition i Sverige med att arbeta skadeförebyggande eller med systematiskt säkerhetsarbete. Trafik och arbetsmiljö är två miljöer som har haft en positiv effekt av systematiskt säkerhetsarbete. Säkerhetsarbete för barn är ett annat gott exempel där många åtgärder vidtagits. Till exempel har lag på cykelhjälm införts och föräldrar informeras om faror och risker i hemmet, vilket har lett till minskat antal olyckor bland barn. Idag börjar det även växa fram ett systematiskt säkerhetsarbete för äldre, till exempel genom att reducera risker i hemmet och att främja fysisk aktivitet. I den egna bostaden och bostadsmiljön har varje individ ett eget ansvar att förhindra olyckor. För att kunna vidta egna åtgärder är det en förutsättning att man känner till vilka risker man utsätts för och hur man kan påverka dessa. Med förebyggande åtgärder och systematiskt säkerhetsarbete kan man spara liv och lidande och i slutändan också mycket pengar.



## 5.2 Hälsofrämjande introduktion för nyanlända

För att minska ohälsans effekter vid etableringen i Sverige samverkar ett antal aktörer på området. Syftet är att öka samsynen kring hälsan och betona vikten av hälsofrämjande insatser under de nyanländas första tid.

I Östergötland pågår sedan 2003 en *regional samverkan* för att effektivisera introduktionen för nyanlända flyktingar och andra invandrare. Inom ramen för den regionala överenskommelsen drivs sedan 2006 projektet "Hälsofrämjande introduktion" med medel från Europeiska flyktingfonden, Landstinget i Östergötland samt ett antal av länets flyktingmottagande kommuner. Syftet med projektet är att bidra till god hälsa bland nyanlända flyktingar och andra invandrare genom att tidigt fånga upp behov av hälso- och sjukvård, sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser.

Hälsofrämjande introduktion innefattar följande åtgärder:

- Hälsokommunikatörer – information om hälsa på modersmål
- "Hälsospår" – hälsoinformation och hälsofrämjande aktiviteter i samband med sfi – undervisning
- Studiematerialen "Det goda livet" och "Leva livet – livskunskap för barn- och ungdomar 10-13 år"

### Hälsokommunikatörer – brobyggare mellan olika kulturer

"Hälsokommunikatörer" är ett samarbetsprojekt mellan Landstinget i Östergötland och kommunerna i regionen (modell från Malmö). Det genomförs under perioden 2007-01-01--2008-12-31. Målen för projektet är att informera flyktingar och invandrare om hälsa och underlätta mötet med den östgötska hälso- och sjukvården, att informera personal i verksamheter och organisationer om kulturskillnader samt att utveckla metoder för ovanstående.

Fyra hälsokommunikatörer anställdes i januari 2007 med placering vid Flyktingmedicinskt centrum i Norrköping. Hälsokommunikatörerna är utlandsfödda och är sjukvårdsutbildade med yrkeserfarenhet både från hemlandet och från Sverige. De behärskar språken, somaliska, arabiska, bosniska, serbiska och kroatiska.

Hälsokommunikatörerna fungerar som en länk mellan utlandsfödda personer och medarbetare inom hälsa, vård och omsorg. Som utlandsfödda använder de sina kunskaper från den egna kulturen samt modersmålet för att skapa förståelse för svenska förhållanden.

Hälsokommunikatörerna informerar om hur hälso- och sjukvården fungerar, om det förebyggande arbetet inom barnhälsovården, om egenvård och om hur människor kan påverka sin livsstil.

Hälsokommunikatör används också som en resurs inom den kommunala flyktingintroduktionen, barnomsorgen, äldreomsorgen och sfi –undervisningen (svenska för invandrare).

Arbetsfältet är hela länet och arbetsgivare är Landstinget i Östergötland. Samarbete sker bl a inom områdena barnhälsovård/familjecentraler vårdcentraler, skolor och förskolor, äldreomsorg, sfi –anordnare, introduktionsverksamheter, apotek och frivilligorganisationer. Projektet utvärderas hösten 2008 inför beslut om verksamheten ska ingå i kommunerna och landstingets ordinarie verksamhet.



### 5.3 Checklista för hälsokonsekvensbeskrivningar

Hälsokonsekvensbeskrivningar är en metod för att mer systematiskt belysa och analysera hur politiska beslut påverkar människors möjligheter till en god hälsa. Ju tidigare en hälsokonsekvensanalys görs, desto större är möjligheten att påverka processen.

Faktorer som påverkar hälsan är bl a tillgång till hälso- och sjukvård, levnadsvanor, inflytande och delaktighet, arbete och arbetslöshet, arbetsmiljö, jämställdhet, social gemenskap, nätverk och yttre miljö.

Tänk på följande vid politiska beslut:

- Faktorer som påverkas. Hur de kan påverkas på kort och lång sikt
- Vilka som påverkas. Hur de påverkas på kort och lång sikt
- Om beslutet följer policies och riktlinjer

Se Sveriges kommuner och landstings hemsida för mer information.

## 5.4 Förslag på hemsidor

### Förslag på hemsidor för information och litteratur

Barnombudsmannen – [www.bo.se](http://www.bo.se)

EU-projektet Closing the Gap – se [www.fhi.se](http://www.fhi.se) - sök på ”closing the gap”

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap - [www.fas.se](http://www.fas.se)

Hans Rosling – Gap Cast

[http://www.ted.com/index.php/talks/view/id/92?gclid=CIjKi4\\_R2ZACFQI\\_MAodtQmlPg](http://www.ted.com/index.php/talks/view/id/92?gclid=CIjKi4_R2ZACFQI_MAodtQmlPg)

Hälsans nya verktyg – [www.halsansnyaverktyg.se](http://www.halsansnyaverktyg.se)

Landstinget i Östergötland - [www.lio.se](http://www.lio.se)

Landstinget i Östergötland - Folkhälsovetenskapligt centrum -  
<http://lisa.lio.se/templates/Page.aspx?id=3674>

Livsmedelsverket – [www.livsmedelsverket.se](http://www.livsmedelsverket.se)

Näringslivets ledarskapsakademi – [www.ledarskapsakademi.se](http://www.ledarskapsakademi.se)

PrioriteringsCentrum i Östergötland - <http://e.lio.se/prioriteringscentrum/>

Regeringen - [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)

Regionförbundet Östsam – [www.ostsam.se](http://www.ostsam.se)

Socialstyrelsen – [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Statens folkhälsoinstitut – [www.fhi.se](http://www.fhi.se)

Sveriges kommuner och landsting – [www.skl.se](http://www.skl.se)

Ungdomsstyrelsen – [www.ungdomsstyrelsen.se](http://www.ungdomsstyrelsen.se)

Vårdalinstitutet – [www.vardalinstitutet.se](http://www.vardalinstitutet.se)

Östergötlands Idrottsförbund – <http://www2.rf.se/ostergotland/>



