



Ref

HÄLSOPOLITIK I SAMHÄLLS PLANERINGEN

boendemiljö, arbetsmiljö,
arbetslöshet och kost

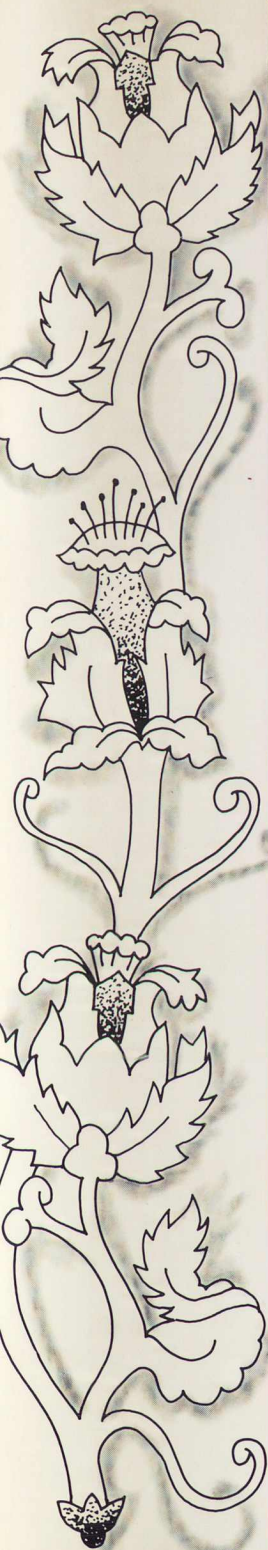
Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



National Library
of Sweden

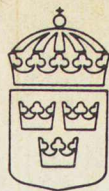




Reef

HÄLSOPOLITIK I SAMHÄLLS PLANERINGEN

boendemiljö, arbetsmiljö,
arbetslöshet och kost



Statens offentliga utredningar

1984:44

Socialdepartementet

Hälsopolitik i samhällsplaneringen

Boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost.

Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS90)

Stockholm 1984

Omslag Magnus Günther, AdSum
ISBN 91-38-08374-4
ISSN 0375-250X

minab/gotab Stockholm 1984

Förord

Denna underlagsstudie Hälsopolitik i samhällsplaneringen – hälsopolitiska aspekter på boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost har tagits fram inom ramen för projektet Hälsa- och sjukvård inför 90-talet (HS 90).

HS 90:s syfte är att ge ett underlag för den hälsopolitiska utvecklingen och planeringen i perspektivet 1990 – 2000. HS 90 har genomförts inom socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning (tidigare sjukvårdsdelegationen). En särskild arbetsgrupp för långsiktig planering har svarat för den direkta ledningen av projektet. Sekretariatet har varit förlagt till socialstyrelsen. Sammansättningen av hälso- och sjukvårdsberedningen, arbetsgruppen och sekretariatet redovisas i bilaga 1.

Inom ramen för den första etappen utarbetades ett antal kommenterade kunskapsammansättningar. Dessa skrifter publicerades i SOU 1981:1-3. En förteckning över publikationerna redovisas i bilaga 2.

Utgångspunkter och riktlinjer för HS 90:s huvudstudier har redovisats i SOU 1981:4. Generella utgångspunkter har varit

- att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt
- att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse vid fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt
- att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

HS 90 innebär en utveckling och fördjupning av intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen och målet ”en god hälsa för hela befolkningen och en vård på lika villkor”. HS 90 kan också ses som en vidareutveckling och konkretisering av de utvecklingslinjer som redovisats i socialstyrelsens principprogram Hälsa- och sjukvård inför 80-talet (HS 80). HS 90-arbetet har inriktats på tre områden: hälsopolitik – förebyggande insatser, vårdstruktur samt personal- och utbildningsplanering. Föreliggande underlagsstudie är en delrapport inom området hälsopolitik – förebyggande insatser.

En uppgift i hälso- och sjukvårdens offensiva hälsopolitiska arbete är att delge andra samhällssektorer och medborgarna kunskaper om hälsorisker och ohälsa inom befolkningen. Hälso- och sjukvårdssektorn kan därigenom – utifrån sina erfarenheter och sitt perspektiv på hälsoproblemen – ge ett värdefullt underlag för bl a andra sektorer hälsopolitiska insatser och

förändrar således inte ansvarsfördelningen mellan olika sektorer. Den begränsar inte heller övriga sektorers ansvar att beakta hälsopolitiska konsekvenser och utforma hälsopolitiska mål inom sitt verksamhetsområde.

Det första kapitlet i denna underlagsstudie är en inledande kommentar om hälsoutveckling och hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen. I kapitel II om boendemiljö redovisas översiktligt hälsorisker och hälsoproblem som har samband med boendemiljön. Rapporten tar upp hälsorisker relaterade till såväl somatisk som psykisk ohälsa. Det tredje kapitlet, som behandlar arbetsmiljö, har tyngdpunkten på den landstingskommunala hälso- och sjukvårdens behov av nära kontakter med företagshälsovården och den statliga yrkesinspektionen utifrån arbetslivets hälsoproblem. Kapitlet IV om arbetslöshet fokuserar fakta om arbetslöshetens betydelse för hälsan. Det bygger på en tidigare publikation, "Arbetslöshet och ohälsa" (SOU 1981:1, Hälso- och sjukvård inför 90-talet – Hälsorisker, sid 109-140), där en utförligare framställning och aktuell litteratur redovisas. I det femte kapitlet läggs hälsopolitiska aspekter på kost- och livsmedelspolitiken.

För samtliga behandlade områden gäller att speciell uppmärksamhet ägnas hälso- och sjukvårdens medverkan inom dessa sektorer av samhällsplaneringen. Några generella synpunkter på denna medverkan redovisas i rapportens avslutande avsnitt.

Denna rapport har – under ledning av Göran Dahlgren, socialdepartementet – utarbetats av Karl Henrik Ström, Landstingsförbundet (kap I och VI), Finn Diderichsen, Luleå, Lothar Schelp, Skövde och Elisabeth Erwall, socialstyrelsen (kap II), Urban Janlert, Luleå (kap IV), Ingrid Lindvall, socialstyrelsen samt Carl Gunnar Eriksson, Örebro (kap V). Kapitel III har utarbetats inom HS 90-sekretariatet.

Arbetsgruppen för långsiktig planering svarar för den allmänna inriktningen och huvudprinciperna i föreliggande underlagsstudie. I övrigt svarar de i arbetet medverkande för rapportens innehåll.

Stockholm i juni 1984

Ingemar Lindberg

statssekreterare
ordförande i arbetsgruppen
för långsiktig planering

Innehåll

| | | |
|-----|---|----|
| I | <i>Hälsoutveckling – några inledande kommentarer</i> | 9 |
| II | <i>Hälsopolitiska aspekter på boendemiljö</i> | 13 |
| 1 | <i>Social boendemiljö och psykisk ohälsa</i> | 15 |
| 1.1 | Kunskapsfronten | 15 |
| 1.2 | Mekanismer bakom sambandet mellan boendemiljö och psykisk ohälsa | 17 |
| 1.3 | Boendemiljöns betydelse | 19 |
| 2 | <i>Fysisk boendemiljö – några problemområden</i> | 23 |
| 2.1 | "Sjuka hus" | 23 |
| 2.2 | Radon | 24 |
| 2.3 | Kemiska hälsorisker | 24 |
| 2.4 | Biologiska hälsorisker | 25 |
| 2.5 | Buller i boendemiljön | 25 |
| 2.6 | Smittspridning i inomhusmiljön | 27 |
| 2.7 | Forskningsprogram för hälsoskydd i byggnader | 28 |
| 3 | <i>Skador i hem och närmiljö</i> | 29 |
| 3.1 | Skadepanoramät | 29 |
| 3.2 | Barnolycksfall | 31 |
| 3.3 | Olycksfall bland äldre | 33 |
| 3.4 | Hälso- och sjukvårdens insatser för att reducera skaderisker i boendemiljön | 35 |
| 4 | <i>Slutsatser om boendeplaneringen</i> | 39 |
| 4.1 | Tvärsektoriell samverkan kring boendemiljöns fysiska hälsorisker | 40 |
| III | <i>Hälso- och sjukvården och arbetsmiljöns hälsoproblem</i> | 41 |
| 1 | <i>Inledning</i> | 43 |
| 2 | <i>Hälsoproblemen i arbetslivet – en kort översikt</i> | 45 |
| 2.1 | Informationskällor | 45 |
| 2.2 | Arbetsolycksfall | 45 |

| | | |
|-------|---|----|
| 2.3 | Fysiska hälsorisker i arbetsmiljön | 46 |
| 2.4 | Psykosocial arbetsmiljö | 48 |
| 2.5 | Perspektivförskjutningen på arbetsmiljöfrågorna | 50 |
| 3 | <i>Utgångspunkter för samverkan och samordning beträffande arbetsmiljörelaterad hälso- och sjukvård</i> | 51 |
| 3.1 | Landstingens övergripande ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen | 51 |
| 3.2 | Arbetsmiljölagen – en hälsolag för arbetslivet | 52 |
| 3.3 | Företagshälsovårdens framtida uppgifter | 53 |
| 4 | <i>Landstingen och de arbetsrelaterade hälsoproblemen</i> | 55 |
| 4.1 | Allmänt | 55 |
| 4.2 | Landstinget och yrkesinspektionen | 56 |
| 4.3 | Landstingets sjukvårdsservice vid arbetsrelaterade sjukdomar | 56 |
| 4.4 | Hälsokontroller och hälsouppllysning m m | 58 |
| 5 | <i>Hälsodata från arbetsmiljön</i> | 61 |
| 5.1 | Planeringsunderlag för hälso- och sjukvården | 61 |
| 5.2 | Psykosociala hälsodata | 62 |
| 6 | <i>Landstingen och utbyggnaden av företagshälsovården</i> | 63 |
| 6.1 | Sammanfattning | 64 |
| IV | <i>Arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik – några hälsopolitiska aspekter</i> | 65 |
| 1 | <i>Arbetslöshet och ohälsa – kunskapsfronten</i> | 67 |
| 1.1 | Arbete och arbetslöshet | 67 |
| 1.2 | Effekter på individen | 67 |
| 1.3 | Effekter på familjen | 68 |
| 1.4 | Effekter på samhället | 68 |
| 2 | <i>Forskning och utvecklingsarbete</i> | 69 |
| 2.1 | Tre forskningstraditioner | 69 |
| 2.2 | Forskning på aggregerade data | 70 |
| 2.2.1 | Modellen | 71 |
| 2.2.2 | Resultat | 72 |
| 2.2.3 | Slutsatser | 73 |
| 2.2.4 | Begränsningar i modellen | 73 |
| 2.3 | Arbetslöshet vid företagsnedläggningar | 74 |
| 2.4 | Arbetslöshet och missbruk | 75 |
| 2.5 | Ungdomsarbetslöshet | 75 |
| 2.6 | Flyttning och ohälsa | 76 |
| 2.7 | Vilken forskning saknas? | 78 |
| 3 | <i>Riskgrupper</i> | 81 |
| 3.1 | Riskgrupper för arbetslöshet | 81 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 3.2 | Riskgrupper för ohälsa vid arbetslöshet | 81 |
| 3.3 | Sammanfattande riskbedömning | 82 |
| 4 | <i>Arbetsmarknadspolitik i ett hälsopolitiskt perspektiv</i> | 85 |
| 4.1 | Låg arbetslöshet | 85 |
| 4.2 | Säkra arbetstillfällen | 85 |
| 4.3 | Arbete åt riskgrupper | 86 |
| 4.4 | Arbete åt nytilträdande på arbetsmarknaden | 86 |
| 4.5 | En förbättrad arbetslöshetsförsäkring | 86 |
| 5 | <i>Tänkbara kontakt- och samverkansformer</i> | 87 |
| 5.1 | Hälsa- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen | 87 |
| 5.2 | Hälsa- och sjukvårdens uppgifter på central nivå | 88 |
| | 5.2.1 Översikt av kunskapsutvecklingen | 88 |
| | 5.2.2. Samordning av hälsa- och sjukvårdens statistik | 88 |
| 5.3 | Länsnivå | 88 |
| | 5.3.1 Åtgärder för att påverka samhällets sysselsättningplanering | 89 |
| | 5.3.2 Samhällsmedicinska funktioner | 89 |
| 5.4 | Lokal nivå | 90 |
| | 5.4.1 Reguljära kontakter | 90 |
| | 5.4.2 Särskilda åtgärder | 90 |
| 6 | <i>Kunskapsuppbyggnad inom hälsa- och sjukvården</i> | 93 |
| 6.1 | Observation | 93 |
| 6.2 | Dokumentation | 94 |
| 6.3 | Information | 95 |
| 6.4 | Aktion | 95 |
| V | <i>Hälsopolitiska aspekter på kost och nutrition</i> | 99 |
| 1 | <i>Bakgrund</i> | 101 |
| 2 | <i>Kost och hälsa i ett internationellt perspektiv</i> | 103 |
| 2.1 | Utvecklingen i Sverige | 104 |
| 3 | <i>Kunskap om sambanden mellan kost och hälsa</i> | 107 |
| 3.1 | Från brist till överflöd | 108 |
| 3.2 | Livsmedlens kvalitet och säkerhet | 109 |
| 3.3 | Behov av central expertis | 110 |
| 4 | <i>Hälsopolitiska mål och medel</i> | 113 |
| 4.1 | Producent- och konsumentpåverkan | 114 |
| 5 | <i>Vad äter vi och varför?</i> | 117 |
| 5.1 | Viktiga förändringar i kosthållet | 121 |
| 6 | <i>Prispolitikens roll</i> | 123 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 7 | <i>Livsmedlens väg till konsumenten</i> | 127 |
| 7.1 | Livsmedelssektorns struktur | 127 |
| 7.2 | Primärproduktionen | 128 |
| 7.3 | Effekter av nya metoder | 129 |
| 7.4 | Förädling och beredning | 130 |
| 7.5 | Storhushåll | 131 |
| 7.6 | Marknadsföringens roll | 133 |
| 8 | <i>Sektorövergripande planering och samordning</i> | 135 |
| 8.1 | Nationell nivå | 135 |
| 8.2 | Landstingens roll i kost- och livsmedelspolitiken | 136 |
| 8.3 | Primärkommunerna och kost- och livsmedelsfrågorna | 137 |
| 9 | <i>Forskning, utveckling och utbildning</i> | 139 |
| 9.1 | Utbildning | 141 |
| 10 | <i>Sammanfattning</i> | 143 |
| VI | <i>Hälsopolitik i samhällsplaneringen – några avslutande kommentarer</i> | 145 |
| 1 | <i>Hälsoansvaret</i> | 147 |
| 2 | <i>Hälso- och sjukvårdens samhällsinriktade arbete</i> | 149 |
| 3 | <i>Kunskapsutveckling i samverkan</i> | 151 |
| 4 | <i>Hälsopolitisk utveckling genom förstärkt demokratiskt inflytande</i> | 155 |
| | Bilagor | 157 |

I Hälsoutveckling – några inledande kommentarer

Hälsoutvecklingen i ett land kan i många avseenden jämföras med den ekonomiska utvecklingen. Båda är resultat av en nations samlade utvecklingspolitik och utgör grunden för befolkningens välfärd.

Den ekonomiska utvecklingen är inte relaterad till *en* viss samhällssektors insatser – den utgör resultatet av flertalet samhällssektorer och befolkningsgruppers insatser. På motsvarande sätt kan konstateras att hälsoutvecklingen inte kan relateras till en viss sektor utan återspeglar hälsopolitiken inom flertalet samhällssektorer samt olika livsstilsfaktorer.

I ett historiskt och globalt perspektiv är den största hälsorisen fattigdom. Förbättringar av folkhälsan har i första hand åstadkommit genom att bekämpa fattigdom, arbetslöshet, hälsovådliga bostads-, trafik-, och arbetsmiljöer samt brister vad avser möjligheterna för hela befolkningen att kunna få en fullgod kost. En kraftig utveckling av de sjukvårdande resurserna har samtidigt bidragit till ökade möjligheter att bota eller lindra vissa sjukdomar.

Under de senaste decennierna har emellertid utvecklingen med stora förbättringar av folkhälsan stannat upp. Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning pekar vidare entydigt på stora – i vissa fall ökande – skillnader mellan olika befolkningsgrupper.

Förbättringar av folkhälsan till en hög och jämn nivå förutsätter en samlad hälsopolitik såväl nationellt, regionalt som lokalt. Denna politik måste vidare vara relaterad till förändringar av såväl livsvillkor som levnadsvanor. Centrala områden för det samhällsinriktade förebyggande arbetet är fortfarande förbättringar av boende-, arbets- och trafikmiljön, kampen mot arbetslösheten och förbättrade möjligheter att säkerställa en ur hälsosynpunkt fullvärdig kost. Ur välfärdssynpunkt är vidare insatser för att minska de negativa konsekvenserna av sjukdom och funktionsnedsättningar av avgörande betydelse. Det kan gälla möjligheter att trots handikapp få arbete och kunna bo kvar i sin vanliga bostad.

Ansvaret för att utforma och besluta om dessa hälsopolitiska förbättringar ligger i hög grad inom bostads-, arbetsmarknads-, trafik- samt jordbruks- och livsmedelssektorerna. Inom hälso- och sjukvårdssektorn finns emellertid en professionell kompetens och speciella förutsättningar att klarlägga såväl hälsorisker som fakta om ohälsans omfattning och fördelning. Dessa kunskaper kan vara av avgörande betydelse för andra sektorer hälsopolitiska insatser.

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) finns denna övergripande hälsopolitiska ansats markerad i mål om en god hälsa för hela befolkningen, samt betoning på förebyggande insatser och behovet av en utbyggd samverkan mellan hälso- och sjukvårdssektorn och andra samhällssektorer. Behovet av ett sektorövergripande synsätt betonades också i samband med att socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning inrättades 1983. I direktiven till denna beredning framhålls bl a att den tillkommit "för samråd mellan staten och huvudmännen i syfte att åstadkomma en övergripande samordning av hälso- och sjukvården samt en samordning av denna med de sektorer i samhället som är av betydelse för en samlad hälso- och sjukvårdspolitik". Motsvarande tvärssektoriella synsätt finns än tydligare markerat i WHO:s hälsopolitiska strategi för år 2000.

Hälso- och sjukvårdssektorn ges därmed en dubbel hälsopolitisk roll. Genom direkt medicinskt förebyggande, vårdande och rehabiliterande individinriktade insatser bidrar hälso- och sjukvårdssektorn till att bibehålla och förbättra folkhälsan. Omfattningen av detta direkta bidrag till hälsoutvecklingen kan vara svår att belägga i termer av minskad sjuklighet och tidig död.

Hälso- och sjukvårdssektorns andra roll är att förmedla kunskaper, insikter och bedömningar om orsaker till ohälsa till olika befolkningsgrupper samt de samhällssektorer inom vilka de aktuella hälsoriskerna genereras och kan påverkas genom olika typer av beslut.

I denna underlagsstudie belyses denna senare roll där hälso- och sjukvården i ökad utsträckning aktivt och målmedvetet strävar efter att sammanställa, analysera och delge sina kunskaper om omfattning och fördelning av olika hälsorisker till ansvariga samhällssektorer.

Hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen bidrar därigenom till att öka förutsättningarna för ansvariga beslutsfattare inom dessa samhällssektorer att utveckla och konkretisera hälsopolitiska mål för verksamheten. Detta innebär inte någon omfördelning av ansvar mellan olika samhällssektorer. Vidare bör betonas att hälsopolitiska och andra aspekter måste vägas samman innan man kan tala om direkta hälsopolitiska mål för en viss verksamhet.

Ur hälso- och sjukvårdssektorns perspektiv innebär en utveckling av denna typ av tvärssektoriell hälsoplanering ökade krav på en systematisering och vidareutveckling av de kunskaper om ohälsans orsaker som genereras inom det vardagliga vårdarbetet och genom forskning och utvecklingsinsatser. Vidare krävs en vidareutveckling av samverkansformer med andra samhällssektorer såväl på central, regional som lokal nivå.

I denna rapport aktualiseras i detta perspektiv hälsopolitiska aspekter på boende och arbetsmiljö samt arbetsmarknads-, kost- och livsmedelspolitiska frågor. Basen för detta arbete är kunskap om olika hälsorisker oberoende av om de orsakar en eller flera olika typer av sjukdomar. Därigenom kan denna ansats ses som ett komplement till och i vissa fall en vidareutveckling av de hälsopolitiska handlingsprogram som utgår från en viss sjukdom eller sjukdomsgrupp. (Se vidare underlag till hälsopolitiska handlingsprogram för hjärt- och kärlsjukdom respektive skador SOU 1984:43, 1984:42). Behov av och former för tvärssektoriella hälsopolitiska insatser belyses även i HS 90-rapporterna Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering (SOU 1984:40)

samt Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet (SOU 1984:46).

Gemensamt för samtliga dessa bedömningar och beskrivningar av sektorövergripande samverkan är att de utgår från ett hälsorisk- snarare än ett sjukdomsperspektiv. Därigenom förbättras förhoppningsvis förutsättningarna att beakta de hälsopolitiska aspekterna inom respektive samhällssektor.

En vidareutveckling av detta tvärsektoriella utvecklingsarbete är ett viktigt led i folkhälsoarbetet i allmänhet och i synnerhet i kampen mot "onödiga" sjukdomar och tidig död inom de befolkningsgrupper som idag utsätts för de största hälsoriskerna och har de minsta möjligheterna att som enskilda individer själva öka möjligheterna till ett hälsosammare liv.

II Hälsopolitiska aspekter på boendemiljö

1 Social boendemiljö och psykisk ohälsa

1.1 Kunskapsfronten

Svenska och utländska forskningsrapporter visar att psykiska problem är mycket vanligare i lågstatus- än högstatusområden. De typområden som därvid förknippats med en hög frekvens av psykisk ohälsa är ofta förslummade innerstadsområden och nya förorter.

I Sverige är forskningen kring boendemiljö och psykisk hälsa relativt outvecklad. Medan t ex engelska läkare tidigt rapporterade från de nya förortssamhällena om "The urban neurosis" saknas nästan helt motsvarande studier inom svensk medicinsk forskning. En orsak till detta är sannolikt den svenska primärvårdens svaga utbyggnad och den sjukhusbaserade vårdens bristande kontakt med och information om livsvillkor och problem i olika bostadsområden.

Generellt sett måste dock samtidigt konstateras att den mest grundläggande bristen är att det saknas en samlad vetenskapligt avledd teori om hur olika faktorer i boendemiljön påverkar människors psykiska och psykosomatiska hälsa. Detta försvårar givetvis analysen av samband som t ex registreras i epidemiologiska undersökningar. Vidare samvarierar olika egenskaper i den sociala miljön såsom segregation, upplåtelseform, social isolering, brister i social service etc – vilket gör det svårt att med statistiska metoder klarlägga vilka förhållanden som är speciellt viktiga för den psykiska balansen.

En angelägen uppgift är att söka stimulera en svensk tvärvetenskaplig forskning kring boendemiljöns betydelse för det psykiska välbefinnandet.

Ett exempel på en svensk studie med denna inriktning är en studie inom det s k Nackaprojektet. Denna studie har bl a visat att andelen personer som varit i kontakt med psykiater är betydligt högre i nybyggda lågstatusområden än i övriga typer av bostadsområden. Förhållandet gäller både nya fall av patienter och sådana som tidigare varit i kontakt med psykiater när de bodde på annat håll. Det gäller såväl psykoser som andra psykiska symtombilder och i synnerhet självmordsförsök och missbruksproblem. De yngre lågstatusområdena är präglade av hög omflyttning, sned åldersfördelning med många unga barnfamiljer, bristfälliga kollektiva resurser och hög andel låginkomsttagare och socialhjälpstagare.

Samma fynd har gjorts i en stor populationsstudie i Oslo. Där har man genom intervjuer kartlagt den psykiska ohälsan i ett antal bostadsområden. Man har i Oslo funnit att i nybyggda förortsområden med hög omflyttnings-

takt, sned åldersfördelning, hög andel socialhjälpstagare och där befolkningen upplever miljön bristfällig med avseende på kollektiv service, fysisk miljö, kommunikationer, skolor, daghem och lekplatser är frekvensen av psykiska problem ungefär tre gånger så hög som i väletablerade äldre villaområden med många höginkomsttagare och en miljö som av de boende upplevs mycket positivt. Det har i Osloundersökningen även studerats vilka grupper av befolkningen som förefaller vara särskilt sårbara för de påfrestringar som en bristfällig boendemiljö betyder. Man har här urskiljt en grupp med bristfälliga sociala kontakter, passiv fritid och som upplever maktlöshet och bristande engagemang i och förtroende för samhällets institutioner. Denna grupp betecknas som socialt desintegrerade och just denna grupp visar sig vara mera sårbar. (Se tabell 1).

Tabell 1: Andel (%) med psykiatriska problem. Oslo 1974-76 (Standardiserad för ålder, kön, civilstånd och socialgrupp)

| | Välintegrerade | Desintegrerade |
|-------------|----------------|----------------|
| Villaområde | 13 | 17 |
| Hysesförort | 17 | 44 |

I Luleå i Sverige har det gjorts en studie av ett nybyggt bostadsområde med blandad småhus- och hyreshusbebyggelse. Man finner här på motsvarande sätt en betydande skillnad i förekomst av nervösa besvär i kvarter med privatägda småhus och kvarter med flerfamiljshus med hyresrätt. Skillnaden visar sig vara speciellt uttalad bland socialgrupp 3 och bland människor som har bott en längre tid (över 2 år) i området och inte haft kontakt med grannar under en 14-dagars period. (Se tabell 2).

Tabell 2: Andel (%) med nervösa besvär. Herstön, Luleå 1977.

| | Flerfamiljshus | | Enfamiljshus | |
|------------------------|-------------------|--------|-------------------|--------|
| | Nyin- flyttade | Övriga | Nyin- flyttade | Övriga |
| Utan grann- kontakt | 16 | 22 | 18 | 10 |
| Med grann- kontakt | 18 | 15 | 13 | 11 |

1.2 Mekanismer bakom sambandet mellan boendemiljö och psykisk ohälsa

Det finns två olika typer av förklaringar till uppkomsten av statistiska samband mellan boendemiljö och ohälsa. Den ena typen av förklaringar hänvisar till mekanismer på bostadsmarknad och arbetsmarknad som leder till att det blir en urvalsprocess vid flyttning till eller ifrån vissa typer av bostadsområden. Den andra typen av förklaring hänvisar till effekter av den fysiska och sociala miljön. Nedan redovisas ett antal olika orsaksmekanismer som funnit stöd utifrån teoretiska resonemang och/eller empiriska resultat.

Segregationsprocesser på bostadsmarknaden

Bostadssegregationens framväxt beror i grunden på förekomst av olika samhällsklasser med varierande resurser och värderingar samt framväxten av industriell stordrift i städerna. Detta ledde till framväxten av två bostadsmarknader. En för kapitalfattiga anställda som måste hyra bostäder i flerfamiljshus och en annan marknad för de som hade bättre ekonomiska resurser som behövdes för att köpa och äga bostäder i de villaområden som växte fram i andra delar av städerna.

Uppdelning av bostadsmarknaden på olika upplåtelseformer i olika delar av städerna har gjort det möjligt för resursstarka hushåll att flytta ifrån områden där den sociala miljön präglas av många problemhushåll, låginkomsttagare och sjuka och den fysiska miljön präglas av nedslitning och eftersatt underhåll. Marknadskrafterna och människors benägenhet att söka sig till områden där människor är lika dem själva leder alltså till att resursstarka individer söker sig ifrån resurssvaga områden. Detta leder i sin tur till den tidigare nämnda anhopningen av sjuka och förkomna människor i städernas förslummade områden. Det kan också vara en förklaring till att det blir många problemhushåll i nybyggda hyresföretag med mindre attraktiv miljö. Här spelar dock även en annan mekanism in.

Flera undersökningar talar för att människor som flyttar inom städerna omfattar en överrepresentation av personer med psykiska och sociala problem. Detta leder till att i områden med inflyttningsnetto och där det inte finns hinder för inflyttning i form av kapitalinsats m m blir det en anhopning av sådana problemhushåll. Men fenomenet tenderar dock att vara övergående eftersom flyttningsrörelserna under expansiva skeden flyttar problemen till nya områden.

Hälsoeffekter av flyttning och strukturomvandling

Kritiken mot förortsmiljöerna i Sverige växte fram i en tid då det hade skett mycket stora förändringar på svensk arbetsmarknad och då avigsidorna av välståndsutvecklingen blev alltmera synliga. Effekterna av strukturomvandling, Norrlands avfolkning, storstadsregionernas tillväxt, bilismen, kommersialisering av informationsflöde etc strålade samman i förorterna på ett sätt som gjorde det näraliggande att se problemen där som en konsekvens av förortsmiljön.

Det finns inget entydigt samband mellan flyttning och ohälsa. Sambandet påverkas av orsaken till flyttning, skillnader i arbets- och boendemiljö mellan in- och utflyttningsort och sist men inte minst sysselsättningsituationen och arbetsförhållandena på inflyttningsorten.

En studie av människor som flyttat från Norrland med statligt flyttningsbidrag åren 1969/70 har således visat att effekterna av flyttning på denna grupps levnadsförhållanden är beroende av personernas ställning på arbetsmarknaden. Flyttarna har genomgående lägre umgängesfrekvens och är oftare socialt isolerade än en jämförbar grupp av människor som stannat kvar på utflyttningsorterna. Men skillnaden är störst bland dem som efter flyttningen har instabil sysselsättning eller har fått fysiskt eller psykiskt påfrestande arbeten.

I denna grupp är skillnaden särskilt stor mellan flyttare och kvarboende med avseende på socialt umgänge, ekonomisk situation och trötthetssymtom. Bland dem som har fått stabil sysselsättning och god arbetsmiljö är skillnaderna mellan flyttare och kvarboende obetydliga.

Analysen av Socialforskningsinstitutets riksomfattande levnadsnivåundersökning 1974 ger vid handen att bland dem som nyligen flyttat på grund av arbetslöshet är det en mycket större andel som har psykiskt och fysiskt påfrestande arbeten än bland dem som varit arbetslösa och inte flyttat.

En lång rad epidemiologiska studier har visat att det finns ett samband mellan urbanisering och olika typer av psykiska och psykosomatiska symtom (nervösa besvär, högt blodtryck, astma m m). Detta samband har man funnit bland människor som har flyttat till mera urbaniserade områden men även bland dem som har bott kvar i samhällen som gradvis urbaniserats. När det gäller samband mellan flyttning och svåra psykiska sjukdomar som t ex schizofreni och depression har flera studier visat att det bland flyttare från land till stad finns en lägre andel som efter flyttningen utvecklat denna typ av psykos. Det torde här ofta vara fråga om urvalsmekanismer som gör att riskgrupper mindre ofta flyttar till städerna. Det kan bero på att de har svårigheter att klara sig på arbetsmarknaden i städerna och att de har svårt att integrera sig socialt i nya miljöer.

En studie från ett nytt bostadsområde i Luleå visade att inflyttare från inlandskommunerna uppvisade en ökning av sjukfrånvaron för olika typer av psykosomatiska besvär jämfört med människor som bodde kvar på utflyttningsorterna. Detta samband fanns endast bland arbetare (socialgrupp 3). Även studier av samband mellan inrikes flyttning och psykosor visar att sambandet är olika för olika socialgrupper. Flyttarna ur socialgrupp 3 får oftare psykisk sjukdom, medan högre socialgrupper har samma eller lägre sjuklighet än de som stannar kvar.

Arbetsmarknaden kan också vara orsak till selektionsmekanismer i inflyttningen. Många studier talar för att människor som flyttar från land till stad utgör en positiv selektion i bland annat hälsoavseende. Men under perioder av högkonjunktur eller kraftig regional obalans kan inflyttningen bli mycket forcerad. Detta leder till att många personer med sämre kvalifikationer och svag ställning på arbetsmarknaden kommer i en situation där valet står mellan att bo kvar och att fortsätta att vara arbetslös eller att flytta och få ett dåligt arbete. De redovisade undersökningarna talar för att just denna grupp som efter flyttning får dåliga arbeten och instabila sysselsättningsför-

hållanden därmed drabbas av större sociala och medicinska problem. Situationen förvärras dessutom av att de då inte längre bor kvar i sin invanda miljö nära släkt och vänner. Svåra arbets- och boendeförhållanden på inflyttningsorten leder dessutom till att man får mindre ork och möjlighet att bygga upp nya sociala relationer.

1.3 Boendemiljöns betydelse

Det stora antalet studier som visar samband mellan boendemiljö och psykisk ohälsa redovisar däremot inte hur detta orsakssamband uppstår. Man kan dock urskilja tre huvudlinjer i diskussionen som samtidigt relaterar till olika tidsperioder i den bostadssociala debatten.

Uppfyllelse av psykologiska behov

Den traditionella ansatsen har varit att utgå ifrån vissa behov hos människan. Grundläggande har här bland annat varit den av Maslow formulerade behovshierarki som utgår från fysiologiska behov, behov av säkerhet, behov av förankring, behov av uppskattning och en självrealisation. Därför har man sedan sökt bryta ned och precisera behov av särskild relevans för bostadsplaneringen. Att tillfredsställa fysiologiska behov av utrymme, ljus och luft, torra och varma bostäder, med goda hygieniska anordningar för vatten och avlopp var en grundläggande målsättning under den sociala bostadspolitik som tog sin början under 30- och 40-talet. Det var en period då funktionalismen hade sitt genombrott i Sverige.

Inför en given arkitektonisk och social uppgift ställde funktionalismen två frågor: Vilka är de behov som skall tillgodoses? Vilka är de yttre villkoren för att uppfylla dem? Accepterar vi dessa två frågor som utgångspunkter finns den rätta lösningen i skärningspunkten mellan svaren på de två frågorna. I samma tradition formulerade man nu en rad psykologiska behov av

- Kontakt (att se på, höra på, tala med andra, göra saker med andra människor)
- Isolation (att kunna avskilja sig från andra och från yttre påverkningar)
- Upplevelser (att få se, höra, erfara och uppleva)
- Lek- och utveckling (att vara aktivt skapande)
- Strukturering (att kunna orientera sig, att kunna placera ting i omvärlden i förhållande till sig själv)
- Identifikation (att kunna göra sig till ett med något av sin omvärld, att kunna uttrycka sig genom val och påverkan)
- Estetik (ta emot upplevelser som definieras som vackra).

Med utgångspunkt i dessa behov har man kunnat ställa normerande krav på miljön med avseende på dess dimensionering, inredning, placering och sinnespåverkan. Dessa tankegångar har bl a utvecklats av danskan Ingrid Gehl och i Sverige har Nils Erik Landell fört liknande resonemang.

Behov betraktas här som tillstånd hos individen som hon söker tillfredställa och det är då arkitekters och teknikers uppgift att med kunskap om behov och betingelser skapa den fysiska miljö som bäst tillgodoser behoven. Det finns dock få empiriska studier som klart har kunnat peka på ett samband mellan förhållanden i den fysiska boendemiljön – bristande behovstillfredsställelse – ohälsa.

När det gäller de två första behoven av utrymme och isolering har man sökt använda stressteoriens modell om över- och understimulering som förklaring till samband mellan överbefolkning, trångboddhet respektive social isolering och psykiska och psykosomatiska symtom.

Det är i övrigt en i det närmaste omöjlig uppgift att med tillgängliga epidemiologiska metoder försöka särskilja effekter av olika egenskaper i den fysiska miljön på det psykiska välbefinnandet. Det är på dagens bostadsmarknad en mycket nära koppling mellan fysisk miljö, upplåtelseform och befolkningsstruktur som gör det omöjligt att skilja effekterna av dessa olika faktorer från varandra. Det kan också ifrågasättas huruvida det är meningsfullt att försöka göra det.

Den sociala gemenskapen som skydd

I många epidemiologiska studier av psykisk ohälsa i olika boendemiljöer har det varit en bärande tanke att boendemiljöns betydelse för den psykiska hälsan i första hand beror på vilka förutsättningar den skapar för framväxt av social gemenskap. Den sociala isoleringen är en avgörande komponent i såväl diskussionen om social desorganisering i 1930-talets Chicago som i diskussionerna om social desintegrering i 1970-talets Oslo.

Hypoteserna i dessa forskningsprojekt har utvecklats parallellt med diskussionerna om grannskapet som förutsättning för social gemenskap. Bygandet av ett fysiskt avgränsat grannskap med en befolkning på 5 000 invånare eller färre med satsning på kollektiv service för aktiv fritid, föreningsliv m m skulle skapa förutsättningar för framväxt av sociala kontakter mellan de boende. Och när inte de fysiska förutsättningarna tycktes vara tillräckliga tog man i 1970-talets svenska förorter till olika försök med grannskapsarbete på initiativ från socialvården. En av de slutsatser som dras i den tidigare nämnda Oslo-undersökningen är just att bristen på kollektiva resurser och fritidssysselsättning gör miljön påfrestande samtidigt som den lägger grunden till utbredd passivitet, isolering och maktlöshet (desintegrering), vilket gör människor ytterligare sårbara för miljöns påfrestningar. Det finns också en lång rad empiriska studier som talar för att social isolering och bristande psykologiskt stöd är ett viktigt förhållande för att förstå sambanden mellan bl a flyttning, arbetslöshet och psykisk och psykosomatisk ohälsa. Isolering har ofta beskrivits som en sårbarhetsfaktor som inte är en tillräcklig orsak till ohälsa men som gör människor mera mottagliga för olika påfrestningar och ger dem färre möjligheter att anpassa sig till dem. Social isolering bland äldre har visat sig ha speciellt starkt samband med vårdutnyttjande.

Även om grannskapstanken i dess ursprungliga form aldrig har förverkligats i svensk stadsplanering har svårigheterna med att skapa en grund för gemenskap i bostadsområden (trots grannskapsarbete m m) lett till att man

har börjat revidera en del uppfattningar om vad som är nödvändiga och tillräckliga förutsättningar för ett socialt liv i boendet. Att närhet och likhet är viktiga förutsättningar för att gemenskapen skall växa har länge varit accepterat. *Närhet* påverkas dels av bebyggelsens utformning men hindras samtidigt av hög geografisk rörlighet med många in- och utflyttningar. *Likhet* där befolkningen har många gemensamma erfarenheter, glädjeämnen och problem kan vara en grund för gemenskap. Likhet är dock i första hand något som kan utnyttjas av resursstarka personer. Likhet beträffande resursbrist leder tvärtom ofta till en ond cirkel av maktlöshet och isolering. Att bygga för likhet leder lätt till att man bygger för segregationens onda cirkel.

Komplementaritet i betydelsen förekomst av ömsesidigt utbytbara resurser är en annan förutsättning för gemenskap. De unga barnfamiljerna behöver de äldre för råd och hjälp samtidigt som de äldre och de sjuka behöver unga människor för sin omsorg. En sista förutsättning har med alternativa sätt att lösa problem att göra. Om det i ett lokalsamhälle finns gemensamma frågor som kan lösas genom kollektiv verksamhet kan det vara en stark sammanhållande kraft. Men om det för den enskilde står lättare alternativa lösningar i privata och individualiserade former till buds kan det undergräva förutsättningarna för gemenskap.

Att kunna kontrollera sina livsvillkor

I diskussionen om förutsättningarna för gemenskap i boendet har det stått alltmer klart att det inte räcker med att skapa de fysiska formerna utan att en viktig förutsättning är gemensamma problem och gemensamt arbete med att lösa dem. Parallellt har det under senare år framför allt med inspiration från rysk och tysk psykologi vuxit fram en teoribildning som understryker verksamhetens betydelse för människans psykiska utveckling. Vilka verksamheter som är möjliga för individen beror på vilka hinder och möjligheter det finns i den fysiska miljön, i maktstrukturen och i relationerna med andra människor. Verksamheten styrs också av de krav och förväntningar som finns i samhällets ideologi och oskrivna regler. Två förhållanden betraktas som centrala. Det ena gäller människans kontroll över sin egen verksamhet, varför den skall utföras (motivet) och hur den skall utföras. Det andra gäller huruvida verksamheten är utvecklande, om man lär sig nya saker, nya sätt att lösa problem och lär in nya färdigheter. Många människor har ett arbete som är präglad av få möjligheter till utveckling och få möjligheter till kontroll och inflytande över det egna arbetet. För många blir boendet och fritiden den del av livet där man söker kompensera sig för de brister som yrkeslivet har i detta avseende. Samtidigt vet vi dock att möjligheterna till en aktiv fritid är begränsade av hur mycket pengar och ork det blir över efter arbetsdagen.

Det finns sociologiska och epidemiologiska studier som visat att psykiska besvär och hjärt- och kärlsjukdom är särskilt vanligt bland personer som inte bara har jäktigt arbete med stora psykiska krav, utan samtidigt har små möjligheter till kontroll, inflytande och små möjligheter att lära nya saker i jobbet. Det har också visats i en rad försök att människorna reagerar med olika neuro-fysiologiska reaktioner i situationer med höga krav och i situationer med låg kontroll.

Det kan här även påminnas om Oslo-undersökningens resultat där endast de människor som upplevde sig socialt isolerade, passiva på fritiden och maktlösa inför möjligheten att förändra sin situation var de som drabbades negativt av en bristfällig boendemiljö. Social gemenskap och möjligheter att kunna förändra och kontrollera sin boendemiljö står i ett ömsesidigt beroendeförhållande. Likaväl som gemenskapen växer under förhållanden där människor kan samlas om ett arbete för att förändra och förbättra sin situation är gemenskapen en förutsättning för att en sådan verksamhet skall kunna leda till en förändring. Å andra sidan bildar passivitet, maktlöshet och isolering en ond cirkel i de miljöer som är fulla av hinder för människors strävan att kunna kontrollera och förändra sin situation.

Ett av de fynd som går igen i flera av de redovisade studierna är att bostadsmiljöns effekter på hälsan är särskilt stark på människor med små individuella och sociala resurser till följd av ett tungt jobb, försörjningsbröda, pressad ekonomi etc. Det gör dem mera beroende av bostadsområdets kollektiva resurser, eftersom deras egna resurser inte räcker till att tillgodogöra behovet. På bostadsmarknaden finns det emellertid en ständig tendens till att människor med små individuella resurser och motsvarande stora behov av kollektiva resurser bor i områden där boendemiljön är bristfällig med avseende på fysisk miljö, social och kommersiell service samt sämre utvecklade fysiska förutsättningar för social gemenskap. Bostadssegregation måste alltså motverkas inte bara ur fördelningspolitisk synvinkel utan även ur hälsopolitisk synvinkel.

2 Fysisk boendemiljö – några problemområden

Den höjning av den materiella standarden, inklusive den hygieniska, i boendemiljön (till vilken kan räknas också skolor, barnstugor etc och bostadens närmiljö), som ägt rum under 1900-talet har i stort sett eliminerat de hälsoskadliga faktorer som traditionellt betecknats som "bostadshygieniska" problem. Hit hör t ex kyla, fukt, trångboddhet, bristfälliga sanitära förhållanden.

Som en följd av detta har bl a de kommunala miljö- och hälsoskyddsnämnderna under senare år prioriterat andra områden än de bostadshygieniska.

Genom bl a förändrad byggnadsteknik som delvis tvingats fram av den kraftiga expansionen vad gäller byggande av bostäder under framför allt 1960-talet och nya material i kombination med minskad ventilation till följd av energisparandet har dock nya bostadshygieniska problem uppkommit. Vidare framstår bullerstörningar fortfarande som ett stort problem. Beträffande hemolycksfallen utgör dessa ungefär hälften av antalet skador i landet.

Man tillbringar mer än 90 procent av sin tid inomhus under våra klimatförhållanden. Tre fjärdedelar av den tiden vistas vi i bostaden. Det är därför angeläget att boendemiljön har en sådan fysisk beskaffenhet att den främjar en god hälsa och är så fri från hälsorisker som möjligt. Man måste vara uppmärksam på att känsligheten för olika faktorer kan vara mycket varierande och att det således kan finnas särskilda riskgrupper ur hälsosynpunkt bland de boende.

I det följande ges – utifrån hälso- och sjukvårdens perspektiv – en kortfattad problembeskrivning av en del faktorer i boendemiljön som kan ge upphov till ohälsa.

2.1 "Sjuka hus"

Idag införs nya tekniker (t ex serieproduktion av hus, ventilationssystem etc) och material (t ex plastmaterial) i allt snabbare takt och deras lämplighet hinner inte alltid prövas i förväg. Detta i kombination med effektivare tätning och minskad ventilation i energibesparande syfte misstänks kunna ge upphov till ett försämrat inomhusklimat med diffusa hälsoeffekter som t ex huvudvärk, trötthet, illamående, ögonirritationer och retningar i luftvägarna som resultat.

Den kunskap vi har idag pekar på att allt detta bidragit till att problem med trötthet, huvudvärk och retningar i luftvägarna m m växer i nya byggnader. I Sverige är förhållandena bäst kända i barnstugor - man talar ju om den s k dagissjukan - medan man i bl a USA och Canada talar om "sjuka hus". Särskilda riskgrupper är människor med nedsatt motståndskraft mot retningar, infektioner etc på grund av t ex försvagat immunförsvar, rökning eller medicinering.

2.2 Radon

Radon är en radioaktiv ädelgas som kan finnas i marken och därifrån tränga in i byggnader. Radon kan också härröra från radiumhaltiga byggnadsmaterial. I vissa byggnader, särskilt med låg luftomsättning, kan därför mycket höga halter av radon och dess sönderfallsprodukter finnas i rumsluften. Vid inandningen avges den radioaktiva strålningen till lungvävnaden.

All s k joniserande strålning anses ha cancerframkallande egenskaper. Man måste därför utgå från att även radon i inandningsluften har den egenskapen.

I radonutredningens PM angående Preliminärt förslag till åtgärder mot strålrisker i byggnader (Ds Jo 1979:9) presenteras en riskuppfattning byggd på statens strålskyddsinstututs beräkningar enligt vilka flera hundra lungcancerfall årligen i Sverige kan bero på radon i bostäder. Trots vissa forskningsinsatser saknas ännu kunskaper som bekräftar eller vederlägger orsakssamband mellan lungcancer och radon i de halter de förekommer i svenska bostäder. Tillräcklig kunskap om tobaksrökningens betydelse för förstärkning av radonets skadeeffekter saknas också. Radonutredningen behandlar därför i sitt betänkande "Radon i bostäder" (SOU 1983:6) radonproblemet som ett i huvudsak administrativt problem och pekar på att ytterligare forskningsinsatser om hälsoriskerna av radon i bostäder behövs. Som exempel på planerade forskningsaktiviteter kan dock nämnas ett projekt som avser undersöka betydelsen av passiv rökning för utveckling av lungcancer till följd av exponering för radon i boendemiljön.

Insatser för att identifiera och reducera dessa hälsorisker kräver en tvärsektorieell samverkan mellan bl a socialstyrelsen, planverket, Sveriges geologiska undersökning, naturvårdsverket, arbetarskyddsstyrelsen och bostadsstyrelsen.

2.3 Kemiska hälsorisker

Källor till kemiska hälsorisker inomhus kan vara byggnadsmaterial, möbler och textilier, tobaksrökning, förbränning inomhus och bilavgaser m m från utomhusluften.

Det är känt att byggnadsmaterial kan avge formaldehyd, som ger irritationseffekter i ögon och luftvägar och som kan misstänkas vara cancerframkallande.

Det finns fortfarande t ex gasspisar i hemmen som avger bl a kväveoxider och kolväten och som i andra länder satts i samband med skadliga hälsoeffekter. Förbränning inomhus måste uppmärksammas som en möjlig

kemisk hälsorisk vid sidan av den mera påtaliga brandrisken med dess hälsokonsekvenser.

Bilavgasernas påverkan på inomhusluften är beroende av byggnadernas täthet och ventilationssystemens utformning. Man måste räkna med att bilavgaser leder till besvärreaktioner inte endast utomhus i gatumiljön utan också kan vara av betydelse inomhus. Bilavgaskommittén redovisar i sitt betänkande (SOU 1983:27) att ca hälften av befolkningen i tre större städer ansåg sig störda av bilavgaser. Bilavgaser har en urhälsosynpunkt komplex sammansättning med många potentiellt möjliga hälsoskadliga effekter. Bly är en starkt giftig komponent i avgaserna. Ur hälsosynpunkt måste bilavgasfrågorna ägnas stor uppmärksamhet.

Från hälsopolitiska utgångspunkter är det angeläget att öka kunskaperna om hur luftföroreningen utomhus påverkar inomhusluften i bostäder, skolor, daghem etc. Vid ny- och ombyggnad bör man bevaka att tilluften tas från den plats där uteluften är minst förorenad. Ett mycket angeläget hälsopolitiskt krav är att byggnadsmaterial och byggnadstekniker förhandsprövas med avseende på hälsoeffekter innan de används storskaligt.

2.4 Biologiska hälsorisker

Allt större uppmärksamhet ägnas biologiska miljöfaktorer i inomhusmiljön som mögel, dammvalster och andra mikroorganismer. Mycket talar för att dessa ökat som hälsoproblem i byggnader under senare tid. Man uppskattar att det finns något tiotusental mögelskadade bostäder i landet.

Mögel kan ge upphov till allergiska reaktioner, slemhinneirritation och en mycket besvärande lukt.

Det är angeläget att man inom hälso- och sjukvården uppmärksammar faktorer i boendemiljön som möjlig orsak till allergiska reaktioner och andra hälsoproblem. I journaler bör systematiskt samlas miljörelaterad information som underlag för studier av samband mellan hälsoeffekter och t ex förhållanden i boendemiljön. Det behövs också en ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunens miljö- och hälsoskydds nämnd i sådana frågor.

2.5 Buller i boendemiljön

Exponeringen för buller i boendemiljön är ungefär densamma idag som för tio år sedan. Kunskapsutvecklingen inom bullerområdet har nått långt jämfört med den forskning som gjorts t ex om inomhusklimatet. Hittills gjord bullerforskning har emellertid varit starkt inriktad på exponeringen, snarare än på dess hälsoeffekter. Mot denna bakgrund behöver klarläggas vilken "standard" som skall eftersträvas för "normala" respektive labila/känsliga grupper av människor. Detta förutsätter i sin tur forskning av så fundamental karaktär som t ex att klarlägga vilka typer av ljud som uppfattas som buller samt under vilka omständigheter störningsupplevelsen är särskilt märkbar.

Sett ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv kan konstateras att individer med en ängslig personlighetstyp visar mindre grad av tillvänjning till buller än

andra. Personer med psykiska sjukdomar, framför allt sådana med ångslan och ångestfyllda perioder, är speciellt känsliga för bullerstörningar.

Det finns också undersökningar som visar att intagningsfrekvensen på psykiatrisk klinik är större inom områden som är mycket bullerutsatta än inom andra områden. Man har också visat att återfallsfrekvensen i de bullerutsatta områdena var större.

Undersökningar har vidare visat att barn i skolor som är utsatta för buller har sämre läs- och talförståelse än motsvarande barn i mindre bullriga skolor. Detta kan ha sin grund i att undervisningen har blivit sönderhackad och att väsentlig information har fallit bort. Om detta stämmer torde de barn drabbas särskilt hårt som har hörselskador samt barn som har svårt att tillägna sig undervisningen.

Ca 1/2 million människor har svårigheter att höra vad som sägs i samtal mellan flera personer enligt levnadsnivåundersökningarna. Nedsatt hörsel är vidare vanligast i socialgrupp 3 (14 procent) och bland män (17 procent). Motsvarande andel inom socialgrupp 1 och 2 för kvinnor är 10 procent. Detta är ett allvarligt socialt handikapp som ofta leder till psykiska komplikationer.

Dessa hörselskador har till stor del uppkommit till följd av en bullrig arbetsmiljö. I våra bostadsområden finns många bullerkällor – vägtrafik, flyg, grannar, fläkt och hiss. Ingen av dessa bullerkällor leder dock till hörselskador. Man anser att en ljudnivå på 80-85 dBA ger bestående hörselskador om man utsätts för den under längre tid. På en hårt trafikerad gata är nivån 70 dBA, vilket inomhus med normala och stängda fönster motsvarar 45-50 dBA. Detta är den nivå då man utan ansträngning kan föra ett normalt samtal på 2-3 meters avstånd. Om man är hörselskadad, krävs det en mycket tystare omgivning för att man ska kunna uppfatta vad som sägs. Samtidigt har det visats att bullerstörningar på 30-40 dBA kan ge sömnstörningar och särskilt hos sovande individer ge stressreaktioner med bl a ökat blodtryck. Om detta på sikt kan leda till sjukdom är möjligt men svårt att säkert påvisa. (dB (decibel) är ett mått på ljudstyrka. Till följd av att det mänskliga örat är olika känsligt för olika tonhöjder har man ofta använt ett filter som kompenserar detta. Med filter anges ljudnivå i dBA som alltså är uttryck för den subjektivt upplevda ljudnivån.)

Bullerstörningar såväl inomhus som utomhus kan vara speciellt allvarligt när det gäller kommunikationen mellan barn och vuxna eftersom barn både har svårare att uppfatta det talade språket än vuxna och befinner sig på större avstånd till en vuxen än en annan vuxen på grund av storleksskillnaden. Vid en trafikbullernivå om 70 dBA måste man exempelvis samtala på högst 1 meters avstånd för att man skall kunna kommunicera. Detta avstånd är vanligt i vertikalt led mellan barn och vuxna. Därtill kommer avståndet i det horisontella planet.

Den svenska undersökningen 1968 om vägtrafikbuller visade att vid en genomsnittlig bullernivå på 55 dBA ansåg sig 25 procent mycket störda. De mycket störda hade hög förekomst av medicinska symtom som huvudvärk, nervositet och trötthet. Trafikbullerutredningen föreslog således att inomhusbuller inte bör överstiga 30 dBA och utomhusbuller inte bör överstiga 55 dBA. Man beräknade kostnaderna för bullerbekämpning till denna nivå till

22 miljarder kronor. Följaktligen är problemet fortfarande mycket stort i våra städer.

Statsmakterna har 1981 (budgetprop 1980/81:100, bilaga 9) tagit ställning till ambitionsnivåer i fråga om vägtrafikbuller. Vid planering av nya bebyggelseområden bör de riktvärden som man bör sträva efter vara 55 dBA utomhus och 30 dBA inomhus. Vid ny- och ombyggnad av trafikleder bör strävan vara att förhindra högre bullernivåer än 70 dBA utomhus och 40 dBA inomhus. När det gäller befintliga miljöer läggs inte några riktvärden för bullersaneringen fast, men man anser det angeläget att kommunerna sätter upp planeringsmål för bullerbekämpningen med hänsyn till problemens art och omfattning i den enskilda kommunen. Bullersaneringen får ske i den takt bullerfrågorna prioriteras och i den mån medel för saneringen kan ställas till förfogande.

Hälsopolitiskt grundade insatser för att reducera bullernivån i boendemiljön är mot denna bakgrund angelägna och kan t ex omfatta

- En kartläggning av vilka boende som upplever olika typer av bullerstörningar. Detta kan exempelvis ske inom ramen för kommunens bostads-sociala inventering.
- En trafikplanering särskilt inriktad på att trafikbullret på samtliga gator/vägar i bebyggda områden ej överstiger rekommenderade angivna riktvärden. En plan för hur detta skall ske bör vara en integrerad del i all regional och lokal trafikplanering.
- En nyproduktion/ombyggnad av bostäder som säkerställer att minst halva antalet rum i varje flerrumslägenhet är avskilda från vägtrafikbuller samt att det finns en tillfredsställande ljudisolering mellan lägenheter och rum inom en lägenhet.
- Förtur till icke bullerstörda lägenheter för personer med nedsatt hörsel eller psykiska besvär.

Vid planering och genomförande av dessa åtgärder på kommunal nivå bör ett nära samarbete etableras mellan framför allt byggnadsnämnden och miljö- och hälsoskyddsnämnden och landstingets primärvårdsorganisation/nämnd i det aktuella området.

2.6 Smittspridning i inomhusmiljön

Infektionssjukdomar har numera ganska begränsad betydelse som döds- och invaliditetsorsak, men svarar för en dominerande del av den vardagliga sjukligheten i befolkningen. Hälften av antalet sjukskrivningstillfällen bland vuxna orsakas av infektioner, framför allt då övre luftvägsinfektioner.

Små barn har sämre naturligt immunskydd mot infektioner och är därför jämförelsevis lättinfekterade. Undersökningar visar att barn under tre års ålder, som vistas på daghem, är snuviga under en tredjedel av vistelsetiden, har hosta under tio procent av tiden och får en febersjukdom varannan månad. Infektionsbenägenheten minskar med stigande ålder för att åter öka något när man blir småbarnsförälder.

Flertalet smittämnen sprids genom sådana kontakter människor emellan som hör det sociala livet till. Det är på det hela taget svårt att med realistiska

åtgärder effektivt förhindra smittspridning i samhället annat än för ett begränsat antal – i och för sig mycket betydelsefulla – infektionssjukdomar. Vaccination och annan förebyggande läkemedelsbehandling är bara effektivt gentemot några få smittämnen och sjukdomar. Det s k offentliga skydds-
ympningsprogrammet för barn omfattar för närvarande polio, stelkramp, difteri, mässling, påssjuka och röda hund.

Det är realistiskt att vi inom några år ska ha tillgång till ett rimligt effektivt och biverkningsfritt vaccin mot kikhosta. Däremot är det inte realistiskt att förvänta sig att vi har effektiva vacciner mot de vanliga virusbetingade luftvägs- och magtarminfektioner som dominerar infektionssjukdomsbilden bland både barn och vuxna i det närmaste 15-årsperspektivet.

Därför är traditionella åtgärder som renlighet och god allmän hygien ett av de få sätten att försöka motverka spridning av infektioner i inomhusmiljön i bostäder, daghem, skolor etc. Den infektionsspridning som sker genom kontakt och genom föremål kan rimligen motverkas en del den vägen. Den omfattande spridning som sker genom mikroskopiska droppar i utandningsluft, vid nysningar etc är svårt att motverka utan orealistiskt drastiska isoleringsåtgärder. Smittsamheten är för övrigt ofta starkast innan man har iakttagbara symtom.

Det är av vikt att personal inom t ex barnomsorgen har god kunskap om betydelsen av hygien, städningsrutiner etc för att hålla tillbaka smittspridningsrisker. Elementära handtvättningsrutiner måste iakttas. Vid spädbarnsvården är det särskilt viktigt att iaktta mycket god hygien.

Ett väl fungerande ventilationssystem med effektiv luftomsättning i lokalerna får anses ha betydelse för att minska smittspridning i inomhusmiljön. Som ovan angetts är det också av betydelse i relation till de mera allmänna hälsobesvär som kommit att benämnas "dagissjukan". Ett illa skött ventilationssystem kan bidra till spridning av smittämnen och andra ur hälsosynpunkt skadliga faktorer. Det är därför viktigt att ventilationssystem underhålls och kontrolleras så att de verkligen fungerar på avsett sätt. Miljö- och hälsoskydds nämnden kan hjälpa till vid problem med inomhusklimatet.

Vanlig fönstervädning – kraftig, men kortvarig ur energibesparingssynpunkt – får anses vara ett sätt att hålla tillbaka smittspridningsrisker inomhus.

2.7 Forskningsprogram för hälsoskydd i byggnader

Inomhusmiljön innehåller många olika typer av faktorer som på olika sätt kan utgöra hälsorisker. Det är ett tvärvetenskapligt kunskapsutvecklingsområde som kräver insatser från breda delar av de beteende-, samhälls- och naturvetenskapliga områdena. Det handlar om fysikaliska, kemiska, biologiska och psykosociala faktorer i en komplex samverkan. Det är därför angeläget att man utvecklar ett brett forskningsprogram kring dessa frågor där bl a statens miljömedicinska laboratorium och socialstyrelsen bör ha en initierande och drivande roll.

3 Skador i hem och närmiljö

3.1 Skadepanoramamat

Enligt den officiella dödsorsaksstatistiken avled under år 1979 6 107 personer till följd av "skada genom yttre våld och förgiftning". När man exkluderar självmord, mord och liknande "uppsåtliga" dödsorsaker, återstår 4 298 skadedödsfall, som har karaktär av icke uppsåtliga olycksfall.

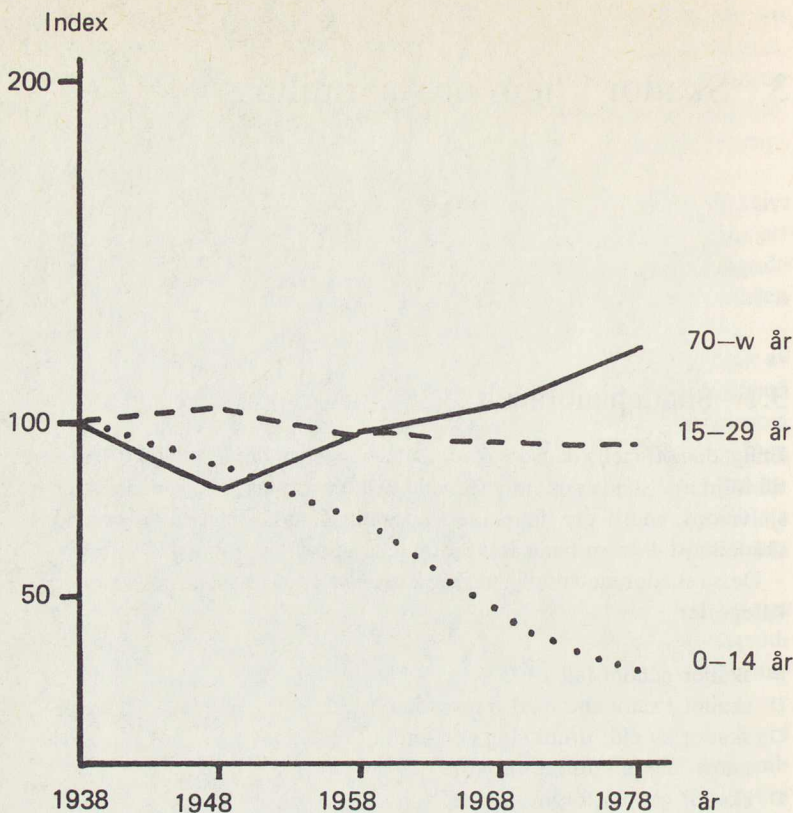
Dessa skador med dödlig utgång kan delas upp i följande orsaksrelaterade kategorier

- skador genom fall 1.645
- skador i samband med transporter 1.201
- skador av eld, drunkning och andra natur- och miljöfaktorer 487
- skador genom förgiftning 285
- ovisshet om skadeorsak 680

Den största dödsorsaken vad avser skador är således att människor faller – genom att snubbla på lösa mattor, hala golv eller trillar nedför trappor. Den helt övervägande delen av fallolyckor med dödlig utgång drabbar de äldre över 70 år varav flertalet är kvinnor.

Den vanligaste skadade kroppsdelens vid dessa skador är lårbenshalsen, följt av skada på skalle och ryggrad, inre skador i bröst och buk samt hjärnskador.

Ser man på utvecklingen under de senaste årtiondena kan vidare konstateras att just dödligheten p g a skador ökat bland den äldre befolkningen medan den kraftigt minskat för barn.



Figur 1: Dödsfall i olyckor
1938-1978
Index 100 = 1938

Kurvorna anger hur antalet dödsfall i olyckor förändrats under perioden 1938 - 1978. Utgångsläget 1938 har satts till 100, och 200 anger således en fördubbling av antalet olyckor per invånare i de olika åldersgrupperna. Vi ser att barnen har haft en relativt gynnsam utveckling medan ungdomarna fortfarande är mycket utsatta i trafiken och de äldre även för många andra olyckor.

Skador med dödlig utgång avspeglar endast en mycket liten del av det totala antalet skador. Lokala studier av olycksfall inom en total befolkning visar att det inträffar ca 100 olycksfall per 1 000 invånare och år, som kräver medicinsk behandling. En generalisering för hela riket av dessa resultat skulle innebära att det inträffar mellan 800 000 och en miljon dylika olycksfall i Sverige per år.

Även i detta totala skadeperspektiv kan konstateras att de flesta olyckorna inträffar i hemmiljö och drabbar främst barn och äldre människor.

Nedan redovisas kortfattat - med fokus på hemolycksfall - de risker och den typ av olyckor som ligger bakom dessa tal och utvecklingstrender.

3.2 Barnolycksfall

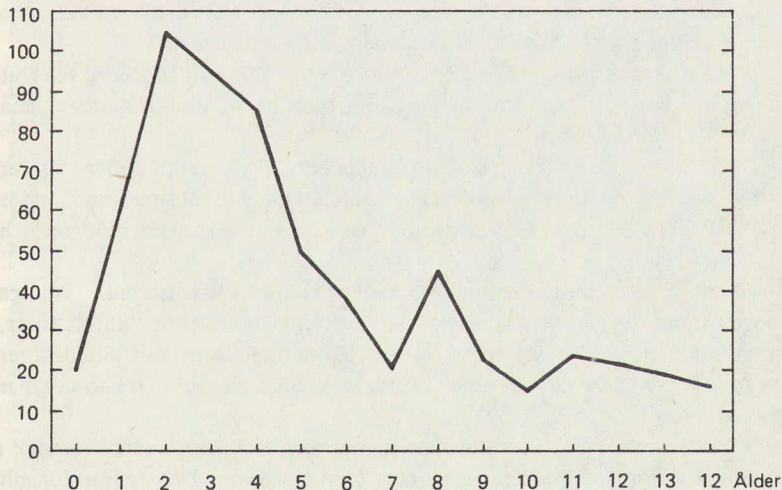
Endast en ringa del av barnolycksfallen leder till dödsfall. Trots detta svarar olycksfallen för nära hälften av den totala barnadödligheten i landet och utgör den största enskilda dödsorsaken för barn över ett år. Enligt den officiella statistiken dog år 1980 156 barn i åldern 0-14 år genom olycksfall i Sverige. I förskoleåldern är det främst hem- och fritidsolyckor som dominerar bland dödsfallen medan över hälften av de äldre barnen omkommer i trafiken.

Omkring 194 000 barn uppsöker varje år sjukhus p g a skada. Detta innebär att varje dag drygt 500 barn skadas så att man söker sig till sjukhus.

Lokala rapporteringssystem visar att 12 procent av samtliga barn eller vart 8:e barn årligen drabbas av olycksfall som kräver tillsyn och vård av medicinsk personal. Barnen svarar för 21 procent av samtliga olycksfall i ett lokalsamhälle. De flesta av dessa olyckor inträffar i samband med lek i hemmet eller i hemmets närhet. Hemolycksfallen är den vanligast förekommande kategorin av olycksfall som drabbar barn under 15 år.

Av nedanstående figur framgår att det är främst barn i förskoleåldern som skadas i hemmet. Dessa barn vistas också i större utsträckning i hemmet än övriga åldersgrupper bland barn. Det är främst fallolyckor som barn råkar ut för i hemmiljön.

Antal hemolycksfall
per 1 000 barn/år



Figur 2: Hemolycksfall

Orsaker till olycksfall bland barn

Alla olycksfall har en eller flera orsaker. När orsakerna till olycksfall diskuteras måste hänsyn tas till såväl människan som miljön. Barns utveckling och utformningen av den fysiska miljön spelar en viktig roll när det gäller uppkomsten av barnolycksfall.

Barnets utveckling kan beskrivas utifrån fyra komponenter

- motorisk utveckling, d v s kropps rörelsernas utveckling
- kognitiv utveckling, d v s språk och begrepps bildning, inlärningsförmåga, minne m m
- emotionell utveckling, d v s känslornas utveckling
- social utveckling, d v s barnets jag-utveckling, relation till kamrater och vuxna.

För uppkomsten av barnolycksfall spelar den motoriska och kognitiva utvecklingen en viktig roll. Den motoriska utvecklingen sker från huvud till fot. Huvudrörelser, ögonrörelser, öga-hand-koordination är mycket tidigare utvecklade än stå- och gårörelser. Utvecklingen sker från centrala till perifera delar av kroppen. Axlar och armbågar används t ex tidigare än handlov och fingrar. Utvecklingen av rörelseförmågan, sinnesorganen samt den fysiska tillväxten pågår under hela uppväxttiden. Det är därför viktigt att känna till och ta hänsyn till barns behov och förutsättningar vid utformningen av bl a boendemiljön, samt vilka krav som kan ställas på barn i olika åldrar.

Många barnolycksfall kan relateras till barns utvecklingsstadium och mognad. Barnet växer, utvecklas och mognar och därmed förändras riskmomenten. Orsakerna till vissa olycksfallstyper som spädbarn kan råka ut för skiljer sig t ex från förskolebarnens och skolbarnens.

Spädbarnsåldern innebär framför allt risk för fall från skötbord eller ur barnvagn samt risk för kvävning genom tunn plast, mjuka kuddar, små föremål, spjålsäng m m.

I krypdåldern vidgas barnets aktionsradie betydligt. Trappmiljöer, fönster utan spärrar, kemikalier, hushållsredskap och hushållsmaskiner utgör olycksrisker. Speciellt farliga miljöer är köket, tvättstugan, bad/wc och garaget.

Elektrisk utrustning i hemmet utgör en annan olycksrisk för barn. Vanliga olycksrisker till brännskador är hett vatten, ugnsluckor, elradiatorer, kokplattor, strykjärn, kaminer, el- och grenuttag. Barn kan lätt dra ner behållare med het mat och dryck såsom kastruller, pannor och kaffekoppar etc.

Små barn utforskar sin omgivning genom att bl a stoppa olika föremål i munnen. Förgiftningsrisken är störst i förskoleåldern. Det är framför allt förgiftningar genom mediciner och kemiskt/tekniska preparat, t ex maskin-diskmedel som inte förvaras på ett betryggande sätt.

Drunkningsrisken är fortfarande stor speciellt för barn i 2-3 årsåldern. Drunkningsrisker i boendemiljön utgörs främst av vattenfyllda diken, gropar, bäckar, brunnar och tillfälliga byggarbetsplatser i närheten av hemmet.

Bland olycksrisker i utemiljön spelar brister i planering, utrustning och underhåll av lek miljö en viktig roll. Underlaget under klätteranordningar

och gungor har ofta en avgörande inverkan när ett olycksfall inträffar.

Enligt ett flertal studier inträffar de flesta barntrafikolyckorna nära bostaden. Nästan hälften av alla skadade barn bodde inom hundra meters avstånd från olycksplatsen. Cykelolyckor är vanligast och resulterar oftast i skullskador.

Barn som har sin boendemiljö i glesbygdsområden utsätts för en del olycksrisker som inte har uppmärksamats i lika hög utsträckning som olycksrisker i tätbebyggda områden. Många av olycksfallen på glesbygden inträffar på lantgårdar som både är en boendemiljö och en arbetsmiljö. Barn utsätts därför ofta för situationer som de inte behärskar. Situationer som många gånger kräver både kunskap, styrka och färdigheter som de i dessa åldrar saknar.

En utgångspunkt vid utformning av åtgärderna för att förebygga olycksriskerna i boendemiljön bör vara att samtidigt som skaderisken reduceras söka återställa en levande miljö utan onödiga begränsningar i barnens möjligheter till upplevelser och erfarenheter och därmed utveckling.

3.3 Olycksfall bland äldre

Enligt den officiella dödsorsaksstatistiken omkom 1980 1 905 personer i åldern 65 år och äldre p g a olycksfall. Detta innebär att 56 procent av alla dödsolyckor drabbar personer över 65 år, trots att dessa utgör 16 procent av befolkningen. 13 procent av dödsolyckorna har inträffat i trafiken.

Totalt omkom 1980 1 683 människor p g a falloolyckor. Bland dessa dödsfall fanns 1 470 äldre människor, vilket innebär att deras andel svarar för 87 procent av samtliga dödsolyckor p g a fall.

I trafiken dödas eller skadas de äldre relativt oftare som oskyddade trafikanter såsom fotgängare eller cyklister än någon annan åldersgrupp. Under 1981 omkom 135 fotgängare i trafiken i landet. Hälften av dessa fotgängare var 65 år eller äldre.

En studie i en kommunbefolkning (Falköping) av olycksfall som medfört kontakt med hälso- och sjukvården visar att de äldre svarar för 12 procent av samtliga olycksfall i befolkningen.

Av äldreolycksfallen har 45,6 procent inträffat i hemmet, 5 procent i arbetet, 9,7 procent i trafiken och 39,8 procent har klassificerats som annat olycksfall. Äldre människor svarar för 21,4 procent av samtliga hemolycksfall, 3 procent av samtliga arbetsolycksfall, 18,9 procent av samtliga trafikolycksfall och 10 procent av övriga olycksfall.

Bland de yttre orsakerna till skadan dominerar falloolyckor som svarar för 75 procent av hemolycksfallen. Av dessa svarar fall i samma plan p g a snävning, snubbling och halkning för 42 procent, fall i olika plan för 15 procent, fall i trappor för 10 procent samt övriga fall för 8 procent. Olyckor med skärande och stickande föremål är näst största gruppen med 12 procent.

1/3 av äldreolycksfallen har medfört inläggning på sjukhus. Speciellt falloolyckor resulterar i hög allvarlighetsgrad och 3/4 av denna olycksfallstyp har medfört inläggning på sjukhus.

Orsaker till olycksfall bland äldre människor

Det naturliga åldrandet medför vissa förändringar av såväl fysiska som psykiska funktioner. Detta tillsammans med en försämring av hörseln och synen samt tillkomst av vissa sjukdomstillstånd som t ex hjärt- och kärlsjukdomar medför en nedsättning av den fysiska prestationsförmågan och ökar risken för skador.

Socialt betraktas man vanligen som "äldre" när pensionsåldern har uppnåtts. Biologiskt sett är åldersgruppen 65-75 år en ganska frisk grupp med begynnande anatomiska och funktionella förändringar.

De åldersförändringar som har betydelse för olycksrisker i boendemiljön är främst rörelseförmåga, syn och hörsel. Äldre människor reagerar långsammare än yngre, dels beroende på en förlängd reaktionstid och dels på den försämrade förmågan att koordinera olika muskelgrupper. Åldersförändringar i ögat påverkar bl a närseendet, linsens formförändringsförmåga, ljus- och mörkeradaptationen, synskärpan m m. Med stigande ålder sker en guldfärgning av ögats lins. Detta leder bl a till att äldre personer är i behov av högre ljusstyrka för att kunna läsa. Skelettets hållfasthet ändras med åldern. Den beror på en balansrubbing mellan nedbrytning och nybildning av ben. Dessa förändringar är mera uttalade bland kvinnor och uppträder först i porösa ben som t ex bäcken och nära de stora lederna. Det är också här de vanligaste frakturerna bland de äldre förekommer, t ex lårbensfraktur.

Förändringar i skelettet bidrar i stor utsträckning till att skadorna blir svårare med ökad ålder. Många äldre människor lider vidare av balansstörningar. Dessa kan dels uppstå när man hastigt reser sig, när man går upp på natten, klättrar på pallar, stegar etc, samt vid intag av lugnande mediciner, vattendrivande mediciner, överdosering av vissa mediciner samt alkohol. En populationsstudie i Göteborg bland 70-åringar visade att 56 procent av männen och 76 procent av kvinnorna behandlades med ett eller flera läkemedel.

Faktorer i boendemiljön som har betydelse för förekomsten av olycksfall bland äldre

De faktorer i miljön som bidrar till fallskador är främst bostadsutformning, bostadens utrustning och inredning, belysningsförhållanden och bristande handikappanpassning av den inre och yttre miljön.

Inomhus är det främst hala golv, lösa mattor framför stolar, sängar och trappor samt trösklar i lägenheten som innebär risk för olycksfall. Lägenhetens möblering och möblernas funktion är oftast inte anpassade till de äldres förutsättningar och behov. Kök är i de flesta fall utrustade med arbetsbänkar av en viss standardhöjd. Fätöljer är mjuka och djupa så att det är svårt att resa sig. Sängar är i regel för låga och utgör i kombination med små mattor framför, en av de vanligaste olycksriskerna.

Äldre människor som flyttar till mindre lägenheter sparar i regel en stor del av sina möbler. Den mindre lägenheten blir därför ofta övermöblerad och det saknas passager för att kunna förflytta sig lätt. Detta gäller speciellt servicehus och ålderdomshem, där det är vanligt med övermöblering i de äldres rum.

Hygienrum såsom badrum/wc har i regel en hårdare golvbeläggning än den övriga bostaden. Avsaknad av halkmattor i badkaret och på golvet samt handtag vid badkaret och toaletten innebär risk för olycksfall eftersom golvytan lätt kan bli våt och hal.

Många svåra olycksfall bland de äldre inträffar i trappmiljöer såväl inom- som utomhus trots den korta tid som man vistas där. Faktorer som orsakar dessa olycksfall är dels trappans utformning, trappstegens ytbeklädnad, trappbelysningens placering och ljusstyrka, typ av ledstång samt en del individuella faktorer såsom den äldres rörelseförmåga, fotbeklädnad m m.

Belysningsförhållanden i bostaden, på ålderdomshem och i offentliga lokaler kan bidra till uppkomsten av olycksfall. Nedsatt syn kräver större ljusstyrka som många armaturer inte är avsedda för. Långvågigt ljus (glödlampor) är att föredra framför kortvågigt ljus (lysrör). Kortvågigt ljus absorberas delvis av den gulfärgade linsen i ögat och resulterar i en sämre syn för de äldre. Speciellt gäller det belysningen i kök, på servicehus, ålderdomshem, institutioner och i andra offentliga miljöer. Temporär belysning i trappuppgångar och korridorer är ur säkerhetssynpunkt inte lämpligt.

I den yttre miljön är det framför allt trafiken som utgör olycksrisker. Trafikmiljöns utformning är av avgörande betydelse för de äldres möjlighet att ta sig fram. Även här gäller att de äldre ofta ser och hör sämre, har längre reaktionstider och behöver längre tid för att ta sig över en gata.

För inställning av signalsystemet vid övergångsställen har man i gällande svenska anvisningar angett hastigheten 1,4 m/s som riktvärde för normal fotgängare. En undersökning visade att hälften av försökspersonerna bland de äldre inte kunde nå detta riktvärde trots att de förflyttade sig så snabbt som möjligt. Vid normal gånghastighet misslyckades nästan alla försökspersonerna att korsa övergångsstället. Anvisningarna för trafiksignaler har således inte beaktat de äldre fotgängarna.

Normen för att klara påstigning på kollektiva färdmedel såsom bussar och tåg är 30-35 cm. En studie bland friska 80-åriga män och kvinnor visar att endast 61 procent av männen och 28 procent av kvinnorna klarade denna steghöjd utan svårighet men med hjälp av handtag.

3.4 Hälsö- och sjukvårdens insatser för att reducera skaderisker i boendemiljön

Hälsö- och sjukvården har en direktkontakt med människor i sitt dagliga arbete vilket är en viktig utgångspunkt för förebyggande insatser. Medicinska kunskaper är värdefulla, men inte tillräckliga för praktiskt hälsoarbete och planering av förebyggande verksamhet. Den bästa basen för professionellt förebyggande arbete finns inom primärvården. I primärvårdens arbete ingår dels en miljöinriktad, aktiv förebyggande verksamhet med stort inflytande på samhällsplaneringen och dels en individinriktad förebyggande, utredande och behandlande verksamhet där den enskildes behov ställs i förgrunden.

Hälso- och sjukvårdens (i första hand inom primärvården och landstingens samhällsmedicinska enhet) medverkan för att förhindra uppkomst av olycksfall i boendemiljön kan beskrivas i följande steg

- att kartlägga utbredning av olycksfall i befolkningen
- att dokumentera och analysera
- att utarbeta informationsmaterial
- att utbilda olika målgrupper
- att delta i det praktiska förebyggande arbetet
- att utvärdera det förebyggande arbetet.

Kartläggning

En förutsättning för att kunna förebygga olycksfall är att man känner till olycksfallens utbredning och fördelning samt olika omständigheter kring olyckshändelsen. God kunskap om vilka risker som finns i olika miljöer kan fås genom en systematisk kartläggning av orsaker till inträffade olycksfall. Detta är ett viktigt steg i det olycksfallsförebyggande arbetet.

Kunskapsproduktion

Kartläggning och analyser av skaderisker har ett begränsat värde om det inte sker en koppling till det lokala åtgärdsarbetet. Dokumentation av olycksfall i boendemiljön kan utgöra underlag för projektering och planering av bostadsområden, trafikmiljön och för samhällsplaneringen i övrigt. En dokumenterad kunskap om olycksrisker i befolkningen ökar möjligheten till samordning och samverkan mellan olika berörda kommunala organ vid handläggning av säkerhetsfrågor i olika miljöer.

Information och utbildning

Inom Skaraborgs län finns sedan flera år ett fungerande tvärsektorielt program på kommunnivå för att förebygga skador i hem- och arbetsmiljö.

I detta arbete deltar bl a representanter från landstingets hälsovårdsenhet, socialförvaltningen, gatukontoret, miljö- och hälsoskydds nämnden, fritidskontoret, skolkontoret, polisen, Röda Korset, hyresgästföreningen, pensionärsföreningen, lokalpressen, Lantbrukshälsan, företagshälsovården i övrigt, länssjukvården samt primärvården.

En viktig del av projektet är att försöka öka medvetenheten om olycksfallsrisker bland befolkningen och att stimulera befolkningen till ett ökat engagemang i det skadeförebyggande arbetet. Inom tätbebyggda områden kan detta ske genom bildandet av grupper i bostadsområden med uppgift att bevaka den egna närmiljön. Sådana miljöområdesgrupper skulle bilda motsvarighet till de skyddskommittéer och skyddsombud som är praktiskt verksamma inom arbetsmiljöområdet.

Informations- och upplysningsdelen består bl a av riktad information till vissa ålders- och yrkesgrupper, permanenta och temporära utställningar, affischer med lokal olycksfallsinformation, speciella tidningsartiklar, periodiskt återkommande pressreleaser, bildband, filmer etc.

Olika former av utbildning har bl a riktats till följande yrkesgrupper: barnläkare, distriktsläkare, distriktssköterskor, BVC-sköterskor, förskolelärare, vårdpersonal i hemtjänst, personal på servicehus och ålderdomshem, dagbarnvårdare, planerare, skyddsombud, arbetsledare, skyddsingenjörer, företagssköterskor, yrkesinspektörer, polis m m. Utbildningstillfällen för föräldrar, barn, pensionärer, organisationer och föreningar som arbetar med barn och äldre har genomförts.

Säkrare miljö

Det "andra benet" i denna strategi mot olyckor är givetvis att förändra miljön. Arbetet har bl a lett till ombyggnation och ljusreglering av vägkorsningar och nybyggnation av gång- och cykelvägar i kommundelar där främst skolbarn tidigare har varit utsatta för olycksfallsrisker. Olycksfallsstatistik har också lämnats till kommunen inför projektering av nya bostadsområden för att kunna studera olycksfallsmönstret i angränsande boendemiljöer.

4 Slutsatser om bostadsplaneringen

Vi kan utifrån det föregående säga att det finns goda belägg för att följande tre förhållanden i miljön är särskilt viktiga för människors utveckling och hälsa

- Förutsättningar för samspel och gemenskap med andra människor (social integration).
- Förutsättningar för utveckling av nya psykiska kapaciteter, förmåga etc.
- Förutsättningar för kontroll och inflytande över levnadsvillkoren.

Förutsättningar för social gemenskap omfattar bl a

- Fysisk planering som ger närhet, kontakttillfällen, gemensamma utrymmen (grannskapslokaler, uppdelning i mindre gårdsheter m m)
- Stegvis utbyggnad och inflyttning till större områden
- Allsidigt lägenhetsutbud med olika lägenhetsstorlekar, upplåtelseformer och serviceboende m m för att minska behov av flyttning vid ändrade bostadsbehov
- Allsidig befolkningssammansättning med avseende på åldrar, socioekonomiska grupper etc ger förutsättningar för att det finns ömsesidigt utbytbara resurser för hjälp i vardagslivet
- Att skapa förvaltningsformer m m där de problem som kan lösas av de boende själva i gemenskap också löses på detta sätt och inte i privatiserade eller institutionaliserade former
- Former för kollektiv verksamhet bland de boende med barnomsorg, matlagning, äldreomsorg, hobbyverksamhet, idrott etc.

Förutsättningar för psykisk utveckling av nya färdigheter m m omfattar bl a

- En fysisk miljö som stimulerar till upptäckande och lek
- Kollektiva resurser för lek, idrott, studier, musik, konsthantverk etc
- Undanröja hinder för verksamhet med att påverka och förvalta det egna boendet.

Förutsättningar för kontroll och inflytande omfattar bl a

- Förvaltningsformer där makt och inflytande över den egna bostaden och närmiljön är kopplad till boende och inte ägande och där den enskilda individen ensam och tillsammans i mindre granngrupper direkt kan påverka miljö och verksamheter i sitt boende.

4.1 Tvärsektoriell samverkan kring boendemiljöns fysiska hälsorisker

Boendemiljöns skaderisker och övriga hälsorisker som har med den fysiska miljöns beskaffenhet att göra – inomhus och i närmiljön – är av sådan natur att det behövs ett samarbete över de traditionella sektoriella gränserna för att föra positionerna framåt, minska riskerna och därigenom förbättra hälsoförhållandena.

Hälso- och sjukvården möter hälsoriskernas konsekvenser: benbrott och andra s k traumatiska skador, allergiska tillstånd och mera sammansatta och diffusa hälsoproblem som kan ha sitt ursprung i hälsorisker i boendemiljön. Detta ger utgångspunkter för att ta kontakt med de samhällsorgan som kan minska sådana hälsorisker, både i det enskilda fallet och som ett led i hälso- och sjukvårdens samhällsinriktade arbete. På den lokala nivån är samverkan med socialtjänsten kring framför allt barns och äldres skaderisker i boende- och institutionsmiljöer och med miljö- och hälsoskyddsförvaltningen särskilt angeläget. Det ovan omnämnda Falköpingsprojektet visar att det går att utveckla ett mycket brett samarbete kring att minska skaderiskerna i boendemiljön och att minska skadornas antal.

Tvärsektoriell samverkan måste således utvecklas i det lokalt bedrivna arbetet. Dessutom är det angeläget att det lokala myndighetsansvaret, när det kan bli fråga om att vidta tvingande åtgärder, görs tydligt när det gäller hälsorisker i boendemiljön. I HS 90-rapporten "Att förebygga skador" föreslås att hälsoskyddslagen entydigt görs tillämplig på sådana hälsorisker som har karaktär av olycksfallsrisker i boendemiljön och sålunda inbegrips i begreppet sanitär olägenhet, så att rättsverkande krav kan ställas på att risker blir undanröjda. De lokala myndighetsbefogenheterna skulle därigenom falla på kommunens miljö- och hälsoskyddsnämnd.

Behovet av samverkan kring boendemiljöns hälsorisker är inte mindre i det centralt bedrivna arbetet. Det gäller initieringen och finansieringen av forsknings- och utvecklingsarbetet i syfte att öka kunskapen om hur boendemiljön genererar hälsorisker och hur de kan undvikas. Det gäller kraven på att byggnadsmaterial, byggnadsprocesser och utrustning förhandsprövas och typgodkänns så att man inte bygger in bestående och i efterskott svåreliminerbara hälsorisker i byggnader och deras närmiljö. Det gäller utformningen av finansieringssystem för nybyggnad, ombyggnad och reparationer så att de som drabbats av hälsoproblem genom t ex mögel och radon kan få dessa problem lösta.

III Hälso- och sjukvården och arbetsmiljöns hälsoproblem

1 Inledning

Historiska och aktuella fakta visar entydigt vilken stor betydelse arbetsmiljöns utformning och arbetets innehåll har för att främja en god hälsa eller skada vår hälsa under de yrkesverksamma perioderna av vårt liv. De betydande skillnaderna i dödlighet, behov av sjukhusvård, sjukskrivning och upplevda hälsoproblem mellan olika yrkesgrupper visar detta på ett allmänt plan.

Statistiken visar att yrkesgrupper som sjömän i däck- och maskintjänst, handelsresande och vissa grupper inom hotell- och restaurangbranschen har flera gånger högre dödlighet än den genomsnittliga bland förvärvsarbetande. Personer i arbetaryrken vårdas mera vid sjukhus än tjänstemän, jordbrukare och företagare. Skillnaden mellan manliga arbetare och andra grupper är tydligast i åldern 35-60 år. Sjukfrånvaron och förtidspensionering till följd av sjukdom och skador är särskilt hög bland arbetare vid t ex järn- och stålverk, gruvor och massafabriker, verkstads- och livsmedelsindustri, d v s branscher som präglas av tunga arbeten och påfrestande arbetsmiljöer.

Hälsoriskerna i arbetsmiljön skapar ohälsa i många olika former – de är sjukdomars och skadors orsaker. De hälsomässiga påfrestningarna och kraven i många arbeten är också ett hinder för att återvända till sitt arbete om man har kvarstående funktionsnedsättning efter en sjukdom eller skada. Anpassningsproblemet människa – arbetsplats – arbetsmiljö är en viktig fråga när det gäller arbetslivets hälsoproblem.

Den arbetsmedicinska forskningen har kunnat klarlägga hälsoeffekterna av en lång rad fysikaliska, kemiska och biologiska miljöfaktorer och i ökande utsträckning även psykologiska och sociala faktorer som är mer eller mindre specifikt hänförliga till arbetslivet.

Arbetsmiljöns stora betydelse ur hälsosynpunkt innebär att arbetsmiljöfrågorna är mycket viktiga ur hälso- och sjukvårdens perspektiv. De är viktiga att de föranlett en särorganisation med en arbetsmiljölagstiftning, som till stora delar är en hälsolag för arbetslivet, en särskild arbetsskadeförskade-lagstiftning för den ekonomiska ersättningen, en särskild tillsynsorganisation för skyddet mot hälsorisker i arbetsmiljön och en på avtal grundad särskild hälso- och sjukvårdsorganisation för arbetslivet, företagshälsovården.

Hälsoskyddet i arbetsmiljön – arbetarskyddet – är primärt och entydigt ett ansvar för den enskilde arbetsgivaren enligt arbetsmiljölagstiftningen. Hälsoskyddet i arbetsmiljön är emellertid också en del av samhällets samlade hälso- och sjukvård så som den definieras i den inledande paragrafen i 1982 års hälso- och sjukvårdslag, även om en särreglering och särorganisation, som ovan angetts, utvecklats vid sidan om övrigt hälsoskydd i samhället.

Hälso- och sjukvårdslagens mål – en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen – gäller hela hälso- och sjukvården, oavsett vem som är huvudman, och hela befolkningen, oavsett om man är delaktig i arbetslivet eller ej.

Det är därför nödvändigt att de till arbetslivet relaterade hälsoproblemen, vid sidan av det specifika arbetsmiljöperspektivet, också ses i ett samlat hälso- och sjukvårdsperspektiv. Hälso- och sjukvårdslagen ålägger landstinget (motsv) ett ansvar för att tillgodose hela befolkningens behov av hälso- och sjukvård och planera härför. Inom framför allt primärvården förväntas man ha kunskaper om den lokala befolkningens samlade hälsoproblem och hälsorisker. De arbetsrelaterade problemen och riskerna väger därvid tungt. Det finns därför ett starkt behov av nära kontakter mellan den landstingskommunala hälso- och sjukvården och den hälso- och sjukvårdsorganisation som mera specifikt ägnas arbetslivets hälsoproblem, särskilt då företagshälsovårdssystemet och den statliga yrkesinspektionen.

Mot denna bakgrund belyses i detta arbetsmiljörelaterade avsnitt särskilt behoven av en samordning och samverkan beträffande hälsoproblemen i arbetsmiljön mellan den landstingskommunala hälso- och sjukvården och arbetsmiljösektorns organ, särskilt då företagshälsovårdssystemet och yrkesinspektionen. Genom företagshälsovårdsutredningens slutbetänkande "Företagshälsovård för alla" (SOU 1983:32) och dess föregående rapporter har företagshälsovårdens och yrkesmedicinens arbetsfält ingående analyserats och redovisats och förslag lagts fram om dess utveckling och utbyggnad m m. Vidare har Spri inom ramen för projektet "Primärvård i utveckling" nyligen lagt fram rapporten "Primärvårdens samverkan med företagshälsovården" (143/1983). I dessa rapporter har således en rad centrala frågor som rör samverkan och samordning kring arbetslivets hälsoproblem redovisats. I ett samlat hälsopolitiskt perspektiv är det angeläget att vidareutveckla insatserna mot arbetsmiljöns hälsorisker och för hälsofrämjande förhållanden i arbetslivet. I detta arbete krävs en förstärkt samverkan mellan dem som på olika sätt har ett ansvar för denna utveckling.

2 Hälsoproblemen i arbetslivet – en kort översikt

2.1 Informationskällor

Kunskap om hur arbetsmiljön och de allmänna förhållandena i arbetslivet inverkar på olika yrkesgruppers hälsa kan utvinnas ur många källor. Det särskilda statistiksystemet för arbetsskador – ISA – som är kopplat till arbetsskadeförsäkringen, ger en delvis mycket detaljerad och kontinuerlig information om framför allt olycksfallsskador i arbetslivet, färdolycksfallen vid transporter till och från arbetsplatsen och delvis även om arbetssjukdomar som kan relateras till fysikaliska, kemiska och biologiska hälsorisker i arbetsmiljön. Genom att relatera uppgifterna i dödsorsaksstatistiken och i diagnosstatistiken från den slutna sjukhusvården till uppgifter om yrkes- och branschtillhörighet från andra källor (t ex folk- och bostadsräkningarna) får man ett uttryck för hur bl a arbetsmiljöfaktorer genererar mer eller mindre specifika hälsoskador.

Analys av sjukfrånvarostatistiken är ett annat sätt att påvisa hur påfrestningar i arbetsmiljön leder till hälsoproblem som manifesterar sig i att man måste avstå från förvärvsarbete. Den permanenta sjukfrånvaron, d v s förtidspensionering, men även långvarig sjukskrivning och vissa typer av kortare, upprepade sjukskrivningsperioder, har tydliga samband med sådana hälsoproblem som innebär att man inte klarar kraven i arbetslivet.

Systematiska intervju- och enkätundersökningar bland olika grupper av arbetstagare visar de upplevda hälsorisker och hälsoproblem, som finns i skilda yrken och branscher. De löpande ULF-undersökningarna är en sådan informationskälla.

Den omfattande samhällsvetenskapliga och medicinska forskningen om arbetsmiljöns hälsomässiga betydelse ger den fördjupade kunskapen om specifika hälsorisker och dess uppkomstmekanismer.

2.2 Arbetsolycksfall

Arbetet med att identifiera och söka åtgärda hälsorisker i arbetsmiljön har under lång tid bedrivits i ett ganska snävt medicinskt perspektiv med stark inriktning på den fysiska arbetsmiljön.

Skaderiskerna genom olycksfall i arbetet har alltid varit ett av arbetarskyddets viktigaste arbetsfält och är fortfarande ett centralt område för t ex

yrkesinspektionens tillsynsverksamhet och för företagshälsovårdens tekniska funktion.

Dödsfallen genom olycksfall i arbete (exkl färdolycksfallen) har kontinuerligt minskat från ca 500 per år under 1950-talet till ca 300 år 1961 och ca 130 år 1981. En del av denna gynnsamma utveckling kan förklaras av den allmänna omstruktureringen av arbetslivet med minskad sysselsättning inom branscher och yrken med stora inbyggda skaderisker såsom varvs- och gruvindustri och skogsbruk samt ökad sysselsättning inom t ex administrativ, pedagogisk och vårdande verksamhet, där konventionella mekaniska, elektriska etc skaderisker inte är lika framträdande. En betydande del av minskningen måste dock hänföras till målmedvetna och aktiva skadeförebyggande insatser genom på arbetarskyddslagstiftningen grundade krav på att maskiner, produkter och arbetsprocesser och arbetsmetoder utformas och används så att skaderisken hålls tillbaka. Både arbetarskyddsstyrelsen och produktkontrollnämnden kan med stöd av arbetsmiljölagen och lagen om hälso- och miljöfarliga varor utfärda föreskrifter – i vissa fall förbud – med sådana krav. Även andra myndigheter har sådana möjligheter inom specialområden. Det torde stå klart att sådana föreskrifter har haft och har stor betydelse för att minska risker för hälsoskador i arbetslivet.

Antalet arbetsolycksfall som inte lett till dödsfall, men som föranlett sjukskrivning och ibland bestående men, har inte minskat i samma takt. Per miljon arbetstimmar var antalet arbetsolycksfall år 1968 22,2 och 1980 20,7. Svårhetstalet, d v s antal sjukdagar per 1 000 arbetstimmar sjönk dock under samma period från 1,35 till 0,52. Branscherna med de högsta olycksfrekvenserna är slakterier, skeppsvarv, gruvor, järn- och stålgljuterier och sågverk.

Det särskilda informationssystemet för arbetsskador (ISA) som centralt administreras av arbetarskyddsstyrelsen, ger, när det gäller mera betydande skaderisker i arbetsmiljön, ett jämförelsevis mycket gott underlag för att följa utvecklingen och få ett underlag för att initiera och prioritera fortsatta skadeförebyggande åtgärder.

Trots minskningen av arbetsolycksfallen utgör de, särskilt i vissa hårt riskutsatta branscher, ett av de stora hälsoproblemen i arbetsmiljön. Det innebär bl a fortsatta krav på den landstingskommunala hälso- och sjukvården när det gäller akuta sjukvårdsinsatser och rehabilitering.

2.3 Fysiska hälsorisker i arbetsmiljön

Fysikaliska faktorer i arbetsmiljön som hörselskadande buller och vibrationer har också sedan lång tid uppmärksammats i arbetarskyddet. Med jämförelsevis god precision har normer kunnat fastläggas för högsta tillåtna exponeringsnivåer med krav på buller- och vibrationsdämpande anordningar på maskiner och redskap och bullerdämpning i lokaler. Det tar i regel lång tid att utverka bullerdövhet. Dagens statistik – ca 2 500 anmälda arbetssjukdomar med buller som misstänkt orsak – avspeglar därför gårdagens arbetsmiljöförhållanden. Fortfarande framstår arbetsrelaterade hörselskador och vibrationskador som hälsoproblem som ställer betydande krav på utredande och rehabiliterande åtgärder från hälso- och sjukvårdens sida vid framför allt audiologiska och neurologiska kliniker.

Även om bullernivån på en arbetsplats inte är av den nivå som den är direkt hörselskadande kan den innebära problem i form av besvärsupplevelse och svårigheter att samtala. Därigenom kan risken för olycksfall öka eftersom man kan ha svårigheter att koncentrera sig eller uppfatta varningssignaler eller kommunicera med sin omgivning. Bland arbetare uppger 50 procent att man besväras av buller på arbetsplatsen och 20 procent anser sig vara utsatta för ständigt och mycket besvärande buller. Särskilt utsatta branscher är verkstadsindustrin, massa- och pappersindustrin, grafisk verksamhet, trävaru-, textil- och beklädnadsindustrin.

Fysisk belastning med tunga lyft, upprepade och ensidiga arbetsrörelser och andra ergonomiskt olämpliga arbetsställningar framstår som mycket vanliga problem i arbetslivet vid intervjuundersökningar. Det gäller särskilt arbetare i branscher som skogsbruk, byggnadsindustri och olika grenar av tillverkningsindustri. Ca hälften av de anmälda arbetssjukdomarna år 1980 eller ca 9 000 fall hänfördes till denna kategori.

Det kan i det enskilda fallet vara svårt att avgöra i vilken utsträckning fysiska belastningsfaktorer orsakat sjukdom eller skada i rörelseorganen. Vi vet dock att ryggpåfrestande arbeten såsom inom skogs- och byggnadsarbete jämförelsevis ofta tvingar fram förtidspensionering. Inom vårdräkten med dess myckna tunga lyft och ergonomiskt olämpliga arbetsställningar är dessa förhållanden ett viktigt arbetsmiljö- och hälsoproblem.

Sjukdomar och icke olycksfallsbetingade skador i rörelseorganen med ett mer eller mindre tydligt samband med arbetsmiljöförhållanden ställer mycket stora krav på utredande, behandlande och rehabiliterande insatser från hälso- och sjukvårdens sida, särskilt koncentrerat vid de ortopediska klinikerna.

Kemiska hälsorisker i arbetsmiljön kan leda till många typer av skador och sjukdomar. Akuta förgiftningar är inte särskilt vanliga men ställer ändå krav på hälso- och sjukvården att kunna ingripa med tunga intensivvårdsinsatser när så inträffar.

De klassiska kemiskt betingade yrkessjukdomarna såsom dammlungssjukdomar (t ex silikos, asbestos) och specifika metallförgiftningar (t ex bly, kadmium) är inte längre vanliga. De omfattande forsknings- och utvecklingsinsatserna har lett till relativt väldefinierade krav på högsta tillåten exponering, tekniska skyddsåtgärder och medicinsk övervakning genom särskilda hälsokontroller.

En framträdande kemisk hälsorisk i arbetslivet är eksem och andra hudbesvär. Samtidigt som klassiska sådana hälsoproblem som krom- och nickelallergi delvis kunnat bemästras genom förändrade produkter m m har mängder av nya kemiska produkter tillförts arbetslivet och utsatt många för t ex allergirisker. För hälso- och sjukvården är hudskador och hudsjukdomar, som kan vara relaterade till exponering i arbetsmiljön, ett viktigt område som bl a ställer betydande krav på insatser från hudklinikernas sida.

Även luftvägarna reagerar med olika former av allergi och annan överkänslighet vid exponering för kemiska ämnen. Man har anledning att anta att det kan vara ett ökande hälsoproblem. Sådana sjukdomstillstånd kan vara mycket svårutredda och kräva stora insatser genom t ex allergologiska kliniker.

Långsiktiga hälsoskador av kemiska ämnen genom låga men långvariga exponeringar är kända som klassiska yrkessjukdomar, t ex kvarsdammlunga och kronisk blyförgiftning. Kunskapsutvecklingen har lett till att många kemiska ämnen även i låga doser misstänks kunna ge upphov till hälsoskador. Det gäller t ex sambanden mellan lösningsmedelsexponering hos målare och utveckling av psykiska skador och yrkesbetingad cancer som beräknas kunna svara för 5-10 procent av cancerförekomsten. Den tidigare synen på att man kan sätta bestämda koncentrationsgränser som garanterar oskadlighet – hygieniska gränsvärden – har delvis ersatts av synsättet att risken är proportionell till koncentration och livsdos, vilket innebär att någon bestämd oskadlighetsgräns inte kan ställas upp. I stället måste man kraftfullt sträva efter att hålla koncentrationer och doser på lägsta möjliga nivå och ta varje möjlighet att ytterligare reducera exponeringen. Det är erfarenheterna från hälsoeffekterna av joniserande strålning som överförts även på kemiska ämnen och fysikaliska faktorer som i och för sig inte är av radioaktiv natur.

I arbetsmiljön exponeras man också för biologiska faktorer som bakterier, virus och parasiter, pollen och mögel. En del smittämnen kan ses som mera specifika yrkesrisker i samband med t ex mikrobiologiskt laboratoriearbete och i patientvården av smittförande patienter. T ex smittsam gulsot och s k sjukhussjuka genom stafylokockinfektion kan på detta sätt vara ett arbetsmiljöproblem. Parasiter som toxocara och toxoplasma kan innebära en viss hälsorisk vid djurkontakt och som damm. Under senare tid har yrkesriskerna för allergiska reaktioner i lungorna genom mögel uppmärksamats. Ett exempel är den s k justerverkssjukan.

2.4 Psykosocial arbetsmiljö

Betydelsen av sättet att organisera arbetslivet för att främja produktivitet och effektivitet i varu- och tjänsteproduktionen har länge betraktats huvudsakligen som en fråga för ekonomiska discipliner att syssla med. Först på senare tid har den psykosociala arbetsmiljöns betydelse i ett hälsoperspektiv mera systematiskt börjat beaktas. Inom företagshälsovården har den psykosociala funktionen ibland etablerats som den tredje funktionen eller arbetsområdet vid sidan av och jämställd med de traditionella tekniska och medicinska funktionerna.

Trots att all erfarenhet alldeles uppenbart visar att det psykosociala klimatet på en arbetsplats har den allra största betydelse för välbefinnande, sjukfrånvaro och anpassning har det varit svårt att lägga fram entydiga forskningsresultat om sambanden mellan psykosociala faktorer i arbetsmiljön och utveckling av sjukdomar. Psykosociala faktorer är svåra att mäta och kvantifiera på samma relativt enkla sätt som faktorerna i den fysiska arbetsmiljön. Det är svårt att skilja mellan faktorer i personligheten och sådana som mer hör till den yttre psykosociala miljön. Det handlar i så hög grad om ett samspel mellan många faktorer att värderingen av enskilda faktorerets betydelse blir svår att göra. Den på den psykosociala arbetsmiljön inriktade forskningen har dock utvecklats betydligt under senare tid, bl a genom inrättandet av Arbetslivscentrum och Statens institut för psykosocial miljömedicin med dess särskilda arbetsmiljöenhet.

Att brister i den psykosociala arbetsmiljön leder till negativa psykiska reaktioner med vantrivsel, ökad sjukfrånvaro etc är så uppenbart att det knappast behöver beläggas med vetenskapliga studier. Den medicinskt orienterade forskningen kring den psykosociala arbetsmiljön inriktas väsentligen på om och hur sådana primära negativa psykosociala reaktioner leder vidare till uppkomsten av fysiska och bestående sjukdomstillstånd. Ett område som studerats mycket under senare tid är sambanden mellan psykosociala förhållanden i arbetsmiljön och uppkomsten av hjärt- och kärlsjukdom, särskilt då hjärtinfarkt. Dessa studier har lett till att den tidigare föreställningen om att hjärtinfarktrisken skulle vara särskilt hög i högstatusyrken med t ex företagsledande ansvar förbytt i insikten att denna risk är större i lågstatusyrken, som karakteriseras av låg utbildningsnivå och låg socioekonomisk nivå i övrigt. Denna högre sjukdomsrisk kan relateras till psykosocial överbelastning och till missanpassning, d v s att man arbetar under stark press utan att detta kompenseras av en positiv arbetsstimulans. Det har t ex visats att äldre betongarbetare, som har svårt att hänga med i ett högt arbetstempo med många tunga lyft och som känner pressen av att inte försämra gruppordet, har en ökad hjärtinfarktrisk. En allmän slutsats från sådana studier är att arbeten som karakteriseras av monotoni innebär ökad hjärtinfarktrisk. Mycket talar för att ett lågt beslutsutrymme i arbetet är viktigare än en hög kravnivå för risken för hjärt- och kärlsjukdom.

Oregelbundna arbetstider, särskilt skiftarbetssystem, innebär avsteg från den naturliga biologiska dygnsrytmen hos människor. Det är därför självklart att detta leder till t ex sömnproblem. Det har däremot varit svårare att visa om sådana "onaturliga" arbetscheman leder till ökad risk för fysisk sjukdom. Man kan visa att riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom som blodtryck, blodfetter och rökningsfrekvens är högre hos skift- och nattarbetande än hos dagarbetande. Efter omläggning av arbetsschemat så att det är bättre anpassat till den naturliga dygnsrytmen sjunker blodtryck och blodfetter.

Levnadsförändringen att skiljas från arbetslivet genom förtidspensionering och arbetslöshet leder till överrisker för olika typer av sjukdomar, bl a hjärtinfarkt. Aktuella studier – som diskuteras i avsnittet om "Arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik, några hälsopolitiska aspekter" – visar hur arbetslöshet hänger samman med uppkomst av hälsoproblem hos den arbetslöse. Blodtrycksnivå, stresshormonnivå och blodfett stiger vid arbetslöshet och hot om arbetslöshet. Subjektiva sjukdomsbesvär och fysiska effekter som ledbesvär, håravfall och magkatarr ökar. Detta leder till ökade sjukvårdskontakter och ökad läkemedelskonsumtion. Den allmänna psykiska besvärnivån ökar vid arbetslöshet och psykisk sjukdom som depressioner. Självmord och självmordsförsök ökar vid ökande arbetslöshet. Den arbetslöses hälsoproblem påverkar familjen med konflikter, ökad skilsmäsofrekvens och skolproblem för barnen i familjen. Det är således uppenbart att arbetslöshet och psykosociala förhållanden i arbetsmiljön är ett mycket viktigt problemområde ur hälsopolitisk synpunkt och som starkt berör och ställer krav på den allmänna hälso- och sjukvården.

2.5 Perspektivförskjutningen på arbetsmiljöfrågorna

Det praktiska lokala arbetarskyddet, den statliga arbetarskyddstillsynen och forskningen om arbetsmiljöns hälsoproblem karakteriserades länge av sin starka inriktning på den fysiska arbetsmiljöns beskaffenhet och på vissa ganska specifika skade- och sjukdomsrisker. Benämningen yrkessjukdomar uttrycker att man ansåg sig kunna avgränsa en speciell grupp av sjukdomar som specifikt kan härledas till faktorer som endast förekommer i speciella arbetsmiljöer. Inriktningen gällde således övervägande ganska specifika hälsorisker och i mindre utsträckning arbetsmiljöns mera allmänna betydelse ur hälsosynpunkt och dess samband med hälsorisker utanför arbetsmiljön.

Med den betydande expansionen av arbetarskyddsinsatserna och arbetsmiljöforskningen och utvecklingen av företagshälsovården under de två senaste decennierna har perspektivet på arbetsmiljöns hälsofrågor vidgats så att alla hälsoproblem som kan relateras till förhållanden i arbetsmiljön beaktas. En viktig utvecklingstendens har varit den ökande medvetenheten om psykosociala faktorerens betydelse som hälsorisker i arbetslivet. Den tidigare betoningen av arbetsmiljön som hälsorisk, d v s renodlat skadliga inflytanden, har övergått i en ökande insikt om betydelsen av en god arbetsmiljö ur hälsofrämjande synpunkt och som en del av individens samlade livsbetingelser. Detta framgår inte minst av det ökande intresset för de hälsomässiga konsekvenserna av arbetslöshet och förtidspensionering, d v s att tvingas stå utanför arbetslivet och helt sakna arbetsmiljö.

Perspektivet förskjuts således från betoningen av den fysiska miljön och specifika hälsorisker i arbetsmiljön till en mera helhetspräglad syn på arbetsmiljöns betydelse ur hälsosynpunkt och en viss betoning av de psykosociala aspekterna. 1978 års arbetsmiljölagstiftning symboliserar denna perspektivförskjutning, som givetvis ägt rum under en längre tid, i synen på arbetsmiljön i ett hälsoperspektiv. Hela arbetsmiljön, såväl den fysiska som den psykosociala skall beaktas i arbetsmiljöarbetet. Arbetsmiljön som hälsorisk men också som en viktig hälsofrämjande faktor beaktas. Med 1977 års arbetsskadelagstiftning vidgades det tidigare ganska snäva begreppet yrkessjukdomar till att med termen arbetsskada omfatta all ohälsa som till någon del har ett samband med förhållandena i arbetsmiljön och i arbetslivet. Även psykosocialt betingad ohälsa omfattas av arbetsskadebegreppet. Arbetsmiljöavtalen mellan arbetsmarknadens parter understryker denna breda syn på arbetsmiljön ur hälsosynpunkt bl a genom att föra in en psykosocial funktion i företagshälsovården vid sidan av de traditionella tekniska och medicinska funktionerna.

Denna perspektivförskjutning innebär också ett närmande mellan arbetarskyddet och hälso- och sjukvården som alltmer går in i varandra. De hälsoproblem som individen möter under fritiden – i familjelivet, i sin boendemiljö etc – inverkar på hans anpassning i arbetslivet men också omvänt. Därför behövs en samverkan och samordning mellan den specifikt arbetsrelaterade hälso- och sjukvården och den övriga hälso- och sjukvården så att befolkningens behov av en samlad god hälso- och sjukvård tillgodoses.

3 Utgångspunkter för samverkan och samordning beträffande arbetsmiljörelaterad hälso- och sjukvård

3.1 Landstingens övergripande ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen

Statsmakterna har med hälso- och sjukvårdslagen (HSL) tilldelat landstingskommunerna det avgörande politiska och verkställande ansvaret för att alla de som är bosatta eller verksamma inom landstingskommunens gränser erhåller en god hälso- och sjukvård. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen.

HSL avser med begreppet hälso- och sjukvård åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (samt sjuktransporter). Något undantag görs inte för arbetsrelaterade sjukdomar och skador. De förebyggande insatserna avser såväl individinriktade som miljönriktade insatser. De senare kan innefatta insatser för att fastställa hur kemiska, biologiska, fysikaliska, sociala och psykologiska faktorer inverkar på befolkningens hälsotillstånd liksom hur levnadsvanorna inverkar på hälsan, d v s att identifiera de hälsorisker som föreligger i olika miljöer och levnadsskeden. Med sådana kunskaper och erfarenheter, som delvis kan utvinnas i det löpande hälso- och sjukvårdsarbetet, som grund skall hälso- och sjukvården medverka i samhällsplaneringen dels genom att främja aktuella skade- och sjukdomsförebyggande åtgärder inom andra delar av samhället än hälso- och sjukvården och dels genom att medverka i att skapa samhällsmiljöer som främjar människornas fysiska, psykiska och sociala behov i vid bemärkelse. Landstingskommunernas medverkan med ett hälsopolitiskt underlag i samhällsplaneringen förutsätter ett samarbete med de organ som har det direkta ansvaret för utvecklingen inom andra samhällssektorer såsom bebyggelse- och trafikplanering eller utvecklingen av arbetsmiljön. Samarbetet med yrkesinspektionen och företagshälsovården är i detta sammanhang av central betydelse när det gäller arbetslivets hälso- och sjukvårdsfrågor.

Statsmakterna har således till landstingen delegerat det övergripande och det yttersta verkställande ansvaret för att alla befolkningsgrupper inom landstinget på lika villkor erhåller en god hälso- och sjukvård. I den mån hälso- och sjukvårdsbehoven inte kan anses tillgodosedda på annat sätt måste landstingen alltid vara beredda att svara för dessa genom en lätt tillgänglig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vid planeringen av hälso- och sjukvården inom sitt geografiska område skall landstingskommunerna utgå från befolkningens behov av hälso- och sjukvård och planeringen ska avse även

den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen, t ex i form av företagshälsovård och skolhälsovård. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska landstingskommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

För att kunna svara för att dess mål och krav tillgodoses är det uppenbart att landstinget måste ha en klar och entydig bild av omfattningen och inriktningen av hälso- och sjukvårdsinsatserna från andra vårdgivare så att behov inte blir eftersatta eller landstingets hälso- och sjukvård får en olämplig dimensionering eller lokalisering.

3.2 Arbetsmiljölagen – en hälsolag för arbetslivet

Vid sidan av HSL, som ställer upp de allmänna målen för all hälso- och sjukvård oavsett huvudman och särskilt reglerar landstingens hälso- och sjukvårdsansvar finns många andra lagar m m, som syftar till att motverka hälsorisker bland befolkningen och främja goda hälsoförhållanden. När det gäller arbetslivet finns arbetsmiljölagstiftningen, som till stora delar kan ses som en särskild hälsolag för att komma till rätta med arbetslivets hälsoproblem. Den lägger ansvaret för hälsoskyddet i arbetslivet på den enskilde arbetsgivaren. Genom arbetsmiljööavtal som kompletterar lagstiftningen har arbetsmarknadens parter angett inriktningen och utformningen av arbetsmiljöarbetet, bl a genom att som en opartisk expertorganisation under ledning av skyddskommittén inrätta företagshälsovård med teknisk, medicinsk och i vissa avtal även en psykosocial funktion för att stödja arbetsmiljöarbetet vid enskilda arbetsplatser och inom olika branscher.

För berörda anställda kan företagshälsovården genom sin medicinska personal tillgodose betydande delar av den goda hälso- och sjukvård som ytterst är landstingskommunens ansvar. Således redovisades år 1980 ca 2,5 miljoner av den allmänna sjukförsäkringen ersatta besök inom företagshälsovården bland de ca 2 miljoner anställda som omfattades av detta ersättningsavtal för företagshälsovårdens sjukvårdande insatser. Omfattningen och inriktningen av företagshälsovårdens insatser har därför stor betydelse för hur landstinget planerar för och verkställer sina hälso- och sjukvårdsinsatser inom framför allt primärvården. Grundläggande i HSL är kravet på en vård på lika villkor för hela befolkningen. Om en god hälso- och sjukvård tillhandahålls på annat sätt, t ex genom en väl utbyggd företagshälsovård, för vissa delar av befolkningen inom landstinget, bör landstinget planera sin egen hälso- och sjukvård så att resurserna används för att tillgodose andra vårdbehov så att målet en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen tillgodoses.

Det finns således ett stort behov av en samordning och samverkan mellan landstinget som den ytterst vårdansvarige och företagshälsovården inom landstingsområdet vid planering och verkställande av den samlade hälso- och sjukvårdsservicen i samhället. Företagshälsovården är ojämnt utbyggd geografiskt och inom olika branscher och har något skild inriktning inom olika grenar av företagshälsovården, bl a beträffande omfattningen av den sjukvårdande verksamheten. Framför allt vid de mindre arbetsplatserna och bland ensamföretagarna inom det enskilda näringslivet saknas fortfarande

till stora delar företagshälsovård. Inom en del av företagshälsovården med lång historisk industrisjukvårdstradition utgör en allmän sjukvårdsservice till de anställda en betydande del av verksamheten. Behovet av samordning och samverkan berör flera aspekter på företagshälsovårdens verksamhet.

3.3 Företagshälsovårdens framtida uppgifter

Företagshälsovårdsutredningen (SOU 1983:32) beskriver företagshälsovårdens framtida uppgifter schematiskt enligt följande

- Miljöinriktade förebyggande insatser som olycksfallsförebyggande verksamhet, arbete med fysikaliska miljöfaktorer, arbete med kemiska och biologiska miljöfaktorer, ergonomisk utrednings- och åtgärdsverksamhet, insatser som rör den organisatoriska och den sociala miljön och allmänhygieniska uppgifter.
- Individ- och gruppriktade förebyggande insatser som nyanställningsundersökningar, andra typer av hälsoundersökningar, utredning av exponeringsförhållanden, anpassning av arbete och arbetsplatser, rådgivning om personlig skyddsutrustning, uppföljning av riskgrupper.
- Behandlande verksamhet som behandling av olycksfall, akutsjukvård, arbetsrelaterad sjukvård, åtgärder i samband med vissa påfrestningar psykiskt och socialt, rehabilitering.
- Utredning av arbetsskadefall.
- Information och utbildning.
- Utvecklingsarbete och forskning.
- Planering och samverkan.

Med denna beskrivning av företagshälsovårdens omfattning och inriktning tillgodoses kraven på arbetsmiljöinsatser enligt arbetsmiljölagstiftning och arbetsmiljöavtal och även mycket väsentliga delar av kraven på den goda hälso- och sjukvård som ska tillgodoses enligt bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Vid en full utbyggnad av företagshälsovården enligt denna beskrivning kan landstingen väsentligt begränsa en del av sina hälso- och sjukvårdsinsatser beträffande de befolkningsgrupper som omfattas av sådan företagshälsovård.

En nyckelfråga i sammanhanget är innebörden av begreppet "arbetsrelaterad sjukvård". En mycket snäv tolkning av begreppet innebär sjukvård vid sådana sjukdomar (och skador) som mycket specifikt är hänförliga till speciella faktorer i den aktuella arbetsmiljön, d v s klassiska yrkessjukdomar som silikos och blyförgiftning etc. Tidigsymtomen vid sådana sjukdomar som efter ingående utredning och observation kan karakteriseras som strikt arbetsrelaterade i denna betydelse är emellertid i regel så allmänna att man inte kan särskilja dem från många andra typer av sjukdomar. Varje sjukdom eller skada oavsett om den har sin avgörande yttre orsak i en speciell arbetsmiljö påverkas emellertid av de krav som gäller i den aktuella befattningen och arbetsmiljöns utformning. Vid varje sjukskrivning ska läkaren göra en bedömning av sjukdomens svårighetsgrad i relation till arbetskraven och arbetsmiljön påfrestningar på den aktuella arbetsplatsen.

Med en vidare tolkning av begreppet arbetsrelaterad sjukdom blir praktiskt taget varje hälsoproblem hos en yrkesverksam person hänförligt till denna grupp. Det är emellertid inte en så vid tolkning som avses i företagshälsovårdsutredningen. Företagshälsovårdens insatser skall till helt avgörande del förläggas till det förebyggande planet, framför allt de miljöinriktade åtgärderna. Sjukvården bör begränsas till sådan akutsjukvård, t ex omhändertagande av olycksfallsskador, som helt naturligt sker vid arbetsplatser, och rehabiliteringsinsatser. Övriga sjukvårdsbehov bör tillgodoses genom den primärvård som landstingen tillhandahåller i takt med dess utbyggnad till full behovstäckning.

4 Landstingen och de arbetsrelaterade hälsoproblemen

4.1 Allmänt

Samhällets övervakning och tillsyn över arbetsmiljön utförs inom en relativt klart avgränsbar sektor, som kan benämnas arbetarskyddssystemet. Utgångspunkten är den särskilda arbetsmiljölagstiftningen. Det yttersta ansvaret för en god arbetsmiljö där hälsoriskerna minimeras åvilar enligt lagen alltid den enskilde arbetsgivaren, som därvid har att samverka med arbetstagarna genom bl a skyddskommittéstrukturen. Av arbetstagarna utsedda skyddsombud medverkar i övervakningen av arbetsmiljön och har vissa befogenheter att ingripa mot hälsorisker. Tillsynen över att arbetsmiljölagstiftningens krav tillgodoses åvilar i första hand den regionala statliga yrkesinspektionen med sin yrkesinspektionsnämnd och centralt arbetarskyddsstyrelsen. Även myndigheter som produktkontrollnämnden och strålskyddsinstitutet har dock centrala uppgifter i sammanhanget. Dessa myndigheter kan genom förelägganden och andra beslut driva fram arbetsmiljöförbättringar vid den enskilda arbetsplatsen. Genom i föreskrifter fastlagda normer kan mera generella krav på arbetsmiljöns utformning och åtgärder mot hälsorisker läggas fast och därigenom arbetsmiljön inom olika näringsgrenar och branscher förbättras.

För sina egna anställda har landstinget givetvis enligt arbetsmiljölagstiftningen samma arbetsmiljöansvar som varje annan arbetsgivare och står under samma tillsyn från yrkesinspektion och arbetarskyddsstyrelse som andra arbetsgivare och har att inrätta skyddskommittéer etc för arbetsmiljöarbetet inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården.

Företagshälsovården, med sina tekniska, medicinska och psykosociala delfunktioner, är i första hand en del av det lokala arbetarskyddet, som en opartisk expertfunktion och i regel underställd skyddskommittén. Genom framför allt sin medicinska funktion med sjuksköterskor, läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal är företagshälsovården också en del av den samlade primära hälso- och sjukvårdsorganisationen i samhället som arbetar vid sidan av annan primär vård, framför allt då landstingets primärvårdsorganisation. Detta leder till ett behov av att så tydligt som möjligt klarlägga vilka uppgifter inom den arbetsrelaterade hälso- och sjukvården som specifikt faller på landstinget respektive på företagshälsovården och inom vilka områden en samordning och samverkan behöver äga rum och utvecklas.

4.2 Landstinget och yrkesinspektionen

För sin tillsynsfunktion beträffande arbetsmiljön och hälsoriskerna vid enskilda arbetsplatser kan yrkesinspektionen behöva anlita särskild medicinsk kompetens. Delvis kan den erhållas genom att yrkesinspektionen därvid samarbetar med berörd företagshälsovårdsorganisation, som ju har en opartisk ställning trots sitt anställningsförhållande till arbetsgivaren. Därutöver kan yrkesinspektionen behöva både mera kontinuerlig och mera specialiserad medicinsk kompetens. Det är naturligt och i linje med HSL:s krav på landstingen att dessa söker tillhandahålla i första hand läkarresurser med kvalificerad yrkesmedicinsk kompetens för yrkesinspektionens tillsynsverksamhet. Den mera allmänna miljömedicinska och epidemiologiska kompetens som kan finnas inom landstingens samhällsmedicinska funktioner kan också vara viktig för yrkesinspektionen. Landstingen bör därför avtala med yrkesinspektionen om sådana insatser från landstingens sida till stöd för yrkesinspektionens tillsynsverksamhet.

Yrkesinspektionsnämnden har ett ansvar för att följa och främja utvecklingen av företagshälsovården inom sitt distrikt. Uppgifter om företagshälsovårdens omfattning och planerad utbyggnad samlas därför hos yrkesinspektionen. Dessa uppgifter är mycket betydelsefulla vid landstingens planering av den samlade hälso- och sjukvårdsverksamheten inom landstingsområdet. I planeringen för en optimal dimensionering och lokalisering av den samlade hälso- och sjukvården behövs därför en nära samverkan mellan landstinget och yrkesinspektionen i detta hänseende. Det är nödvändigt att denna planeringssamverkan bedrivs systematiskt och regelbundet. Detta torde bäst säkerställas genom att landstinget är representerat i yrkesinspektionsnämnden vid dess handläggning av frågor om företagshälsovårdens utbyggnad.

4.3 Landstingets sjukvårdsservice vid arbetsrelaterade sjukdomar

Sluten vård vid sjukhus

När det gäller att tillgodose behoven av tung sjukvård i anslutning till t ex svåra olycksfall och vissa akuta insjuknanden på en arbetsplats är det, med marginella undantag, endast landstingen som genom ambulanssjukvården och den slutna sjukvården vid läns- och regionsjukhusen som kan vara vårdgivare i dessa sammanhang. I Sverige är det inte tal om, som i en del andra länder, att bygga upp särskilda sjukhus för att tillgodose behov av sluten vård vid sådana arbetsrelaterade skador och sjukdomar. Arbetskyddets och företagshälsovårdens ansvar begränsas här till att bygga upp en effektiv organisation för den första hjälpen på skade- eller insjuknandeplatserna och för de omedelbara livsuppehållande insatserna och avtransporten till sjukhus som har erforderliga diagnostiska och behandlingsresurser.

Landstinget måste således planera för denna tunga sjukvårdsinsats. Skadepanoramata skiljer sig betydligt mellan olika näringsgrenar och

branscher. Vid planeringen behöver man därför ha kunskap om förekomsten av sådana särskilda skaderisker genom t ex informationen i arbetsskadestatistiken.

Inom en del branscher och vid en del arbetsplatser finns särskilda risker för skador som kan få katastrofal omfattning och som kräver extremt stora omhändertagandeinsatser. Vid landstingens allmänna katastrofplanering måste sådana katastrofmöjligheter beaktas vid sidan av beredskapen inför omfattande olyckshändelser i bil-, järnvägs- och flygtrafiken och andra risker för omfattande olyckshändelser.

Specialiserad öppen vård och laboratorieservice

Landstingets insatser är också helt nödvändiga för att tillgodose behoven av specialiserad öppen vård för de patienter som primärt omhändertas inom företagshälsovården men där det krävs särskilda diagnostiska och terapeutiska resurser för att klarlägga och medicinskt behandla sjukdomen eller skadan. Dessa behov gäller flertalet medicinska specialiteter, t ex ögon, öron, ortopedi och hud. Sedan behovet av specialistinsatser tillgodosetts genom landstingets försorg kan emellertid ofta det fortsatta vårdansvaret för rehabiliteringen återgå till företagshälsovården eller annan primär vård.

Landstinget måste också helt och hållet svara för behoven av laboratorieservice genom röntgenundersökningar, mikrobiologiska undersökningar, kliniskt-kemiska och kliniskt-fysiologiska undersökningar etc som företagshälsovården liksom annan primär vård inte själv kan svara för i patientvården. När företagshälsovårdens sjukvårdsverksamhet minskas till förmån för det förebyggande arbetet minskas givetvis anspråken på laboratorieservice etc. De överflyttas till landstingets primärvård.

Medicinsk rehabilitering

Landstingen måste vidare svara för behoven av medicinska rehabiliteringsåtgärder i samband med skador och sjukdomar som innebär långa sjukskrivningar och där det behövs särskilda tekniska eller personella resurser för rehabiliteringen. Rehabilitering i syfte att underlätta för den långtidssjuka att återgå till sitt förutvarande eller till annat förvärvsarbete är emellertid ett utpräglat samverkansområde där det är särskilt angeläget med en väl fungerande samverkan mellan olika delar av landstingets hälso- och sjukvård, företagshälsovården, försäkringskassan och arbetsvårdsorganisationen. Det är naturligt att landstinget tar initiativ till att utveckla former för denna samverkan så att enskilda patienter snarast möjligt kan återgå till arbetslivet.

Särskild yrkesmedicinsk service

Yrkesmedicin är sedan några år en medicinsk läkarspecialitet. Yrkesmedicinska kliniker eller funktioner är etablerade på regionsjukvårdsnivå samt vid några få länsdelssjukhus.

I sitt delbetänkande "Utbyggnad av yrkesmedicinen" (SOU 1980:22) föreslog företagshälsovårdsutredningen en utbyggnad av den sjukhusanknutna yrkesmedicinen så att yrkesmedicinska enheter skulle finnas inom

varje landsting. Statsmakterna har i budgetpropositionen 1980/81 uttalat sig för en fortsatt utbyggnad av yrkesmedicinen, i första hand på den sjukvårdsregionala nivån men på sikt även på landstingsnivån. Hittills har tillgången på specialistkompetenta läkare i yrkesmedicin begränsat utbyggnadsmöjligheterna, men efter 1987 kan man räkna med att det finns ett 50-tal läkare med sådan kompetens.

I propositionen om ny hälso- och sjukvårdslag (1981/82:97), som antogs av riksdagen, anförde föredragande statsrådet att innehållet i den yrkesmedicinska verksamheten så som den kommit att utvecklas har en nära anknytning till den verksamhet inom det miljö- eller samhällsmedicinska området som landstingen förutsattes utveckla som ett led i sitt utvidgade ansvar för befolkningens hälsa och som grund för en behovsrelaterad hälso- och sjukvårdsplanering. En nära samverkan intill integration mellan yrkesmedicin och övrig miljö- eller samhällsmedicin på landstingsnivå bedömdes därför lämplig.

Vid de yrkesmedicinska klinikerna bedrivs numera praktiskt taget inte någon sluten vård. Termen "klinik" kan därför vara något missvisande. Även den öppna patientvården är volymmässigt mycket begränsad och inriktad på utredning av remitterade patienter där frågan om samband mellan inverkan från arbetsmiljöfaktorer och uppkomna hälsoskador ter sig särskilt svårbedömd och tidskrävande, t ex i samband med vissa ersättningsfall enligt arbetsskadeförsäkringen. Som ovan angetts tillgodoses behoven av sluten vård och specialistkrävande öppen vård och allmän laboratorieservice även när det gäller patienter med arbetsrelaterade sjukdomar och skador i allt väsentligt vid en rad olika kliniker och specialistmottagningar inom landstingens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Yrkesmedicinens huvudinriktning är numera att stödja företagshälsovården och arbetarskyddet i övrigt i dess miljö- och gruppinriktade förebyggande arbete. Det kan gälla genomförande av epidemiologiska undersökningar med mätningar av exponeringen för fysikaliska och kemiska miljöfaktorer som kräver avancerad mätteknik och utrustning eller särskilt krävande analyser av blodprover och andra former av mätning av hälsoeffekter på grupper av individer.

Yrkesmedicinen har varit en föregångare i utvecklingen av hälso- och sjukvårdens offensiva hälsopolitiska roll att söka fastställa hur kemiska, biologiska, fysikaliska och även vissa sociala och psykologiska faktorer inverkar på yrkesverksamma befolkningsgrupper som underlag för förebyggande insatser som i regel måste verkställas genom andra än den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Det är därför mycket naturligt att yrkesmedicinen på landstingsnivå ses som en del av landstingets samhälls- eller miljömedicinska funktion och ingår i landstingets organisation av den samhällsmedicinska verksamheten.

4.4 Hälsokontroller och hälsouppllysning m m

Inom företagshälsovården utförs en del individuella hälsokontroller som tar sikte på sådana hälsorisker i arbetsmiljön som är mycket specifika för en viss arbetsplats, t ex exponering för kvarts- och asbestdamm, hörselskadande

buller och kemiska ämnen som bly, kadmium och vissa lösningsmedel.

En stor del av de många individuella hälsokontroller som erbjuds och utförs inom företagshälsovården är emellertid av mera allmän natur och tar ofta sikte på mera allmänt förekommande hälsorisker som inte är arbetsmiljöspecifika såsom rökning, övervikt, förhöjt blodtryck etc och där aktiv hälsoupplýsning kan vara ett viktigt led i det förebyggande arbetet. Motsvarande kan gälla förebyggande insatser genom vaccinationer, där vaccinationen i regel syftar till ett allmänt skydd av individen som inte är specifikt hänförligt till en särskild arbetsmiljörisk.

Eftersom den vuxne och yrkesverksamme individen möter dessa hälsovårdsinsatser inom såväl landstingens primärvård som inom företagshälsovården är det angeläget att de olika delarna av den primära vården samordnar sina insatser kring gemensamma vårdprogram och hälsoupplýsningsprogram etc. Det är angeläget att utveckla former för denna samverkan, som i regel torde behöva bedrivas på primärvårdsområdesnivå. Företrädare för företagshälsovården bör därför inbjudas att i lämpliga former delta i lokala samverkansorgan som initierats av primärvården på lokal nivå. För vissa frågor kan dock en samverkan på central landstingsnivå genom t ex den samhällsmedicinska funktionen vara mera ändamålsenlig.

Ett viktigt sätt att utveckla samverkan mellan landstingets primärvård och företagshälsovården är att bedriva gemensam fortbildning. Landstingen bör därför erbjuda företagshälsovården att delta i de delar av den lokalt bedrivna fortbildningen av primärvårdens personal som även berör företagshälsovårdens funktioner.

5 Hälsodata från arbetsmiljön

5.1 Planeringsunderlag för hälso- och sjukvården

Den framtida hälso- och sjukvårdsplaneringen på såväl landstings- som central nivå måste i ökande utsträckning baseras på kunskaper om förekomsten av och förändringarna i befolkningens hälsoproblem så att hälso- och sjukvårdsplaneringen inriktas mot att tillgodose hela befolkningens behov i enlighet med intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen. Förslag om utvecklingen av en sådan planeringsmetodik behandlas i HS 90-rapporten Hälsodata som planeringsunderlag (SOU 1984:40).

De hälsodata som framkommer i företagshälsovårdens löpande patientarbete och vid riktade undersökningar av arbetsmiljöns hälsorisker och hälsoeffekter i epidemiologiska studier och andra kartläggningar är en viktig del av de hälsodata som behövs för den framtida hälso- och sjukvårdsplaneringen. Det är därför nödvändigt att även företagshälsovården, som en del av den samlade primärvården i samhället, medverkar vid registrering av hälsodata i öppen vård. Vid utvecklingen av system för hälsodata inom den öppna vården måste landstingen involvera även företagshälsovården. Landstingens samhällsmedicinska funktion måste därför bedriva ett nära samarbete med de olika grenarna av företagshälsovården inom landstinget. Detta torde underlättas om den yrkesmedicinska funktionen utgör en delfunktion av landstingets centrala samhällsmedicinska organisation.

Även i det centralt bedrivna arbetet med planeringsunderlag för hälso- och sjukvårdens utveckling och samverkan med andra samhällssektorer behöver hälsodata från olika samhällssektorer föras samman för en allsidig analys så att hälsopolitiken får ett underlag som möjliggör att målet en god hälsa för hela befolkningen tillgodoses på ett välavvägt sätt. Miljö- och hälsodata som visar hur arbetsmiljön och förhållandena i arbetslivet i övrigt kan befrämja en god hälsa men också skapa svåra hälsorisker som måste bekämpas är mycket betydelsefulla för den behovsrelaterade hälso- och sjukvårdsplaneringen och för att hälso- och sjukvårdsinsatserna i samhället fördelas på lika villkor. I HS 90-arbetet har hälso- och miljödata från olika källor kunnat analyseras så att en bild av ohälsans yrkesmässiga och sociala fördelning kunnat läggas fram. Denna typ av sammanställningar och analyser måste vara ett kontinuerligt inslag i en aktiv hälso- och sjukvårdspolitik.

5.2 Psykosociala hälsodata

För åtskilliga hälsoproblem som kan relateras till arbetsmiljöfaktorer och arbetslivet finns statistiksystem och andra omfattande informationskällor som kan användas i den centrala hälso- och sjukvårdsplaneringen. ISA ger relativt goda uppgifter beträffande olycksfallspanoramata och en del arbetsjukdomar. De psykosocialt betingade hälsoproblemen i arbetslivet är till sin natur mera svårfångade i ett statistiksystem som ISA. Det är emellertid angeläget att utveckla system för att mera kontinuerligt kunna följa utvecklingen av den psykosociala problembilden i arbetslivet. En väg kan vara att i ULF-undersökningarna utvidga innehållet av sådana uppgifter som kan belysa förutsättningar för och effekter av omstruktureringen av arbetslivet i psykosocialt hänseende.

6 Landstingen och utbyggnaden av företagshälsovården

Företagshälsovårdsutredningen beräknade att närmare 2 miljoner av de anställda inom den privata sektorn och drygt 1,5 miljoner av de anställda inom den offentliga sektorn omfattades av avtal om företagshälsovård år 1981. Inom den offentliga sektorn är täckningen praktiskt taget total men inom den privata sektorn står ca 400 000 utan sådant avtal.

Avtalen har emellertid inte lett till att mer än ca 60 procent av de anställda har reell tillgång till företagshälsovård. Genom den relativt snabba utbyggnaden av bl a statshälsan har dock täckningsgraden ökat sedan företagshälsovårdsutredningens beräkning. För en full utbyggnad, som utredningen anser bör ske inom en tioårsperiod, krävs således betydande insatser av personal och andra resurser.

Det är framför allt vid små företag inom den privata sektorn och bland egenföretagare som företagshälsovård saknas. Mycket talar för att det är här som betydande hälsorisker i arbetsmiljön kan föreligga och således behovet av ett förstärkt arbetarskydd genom en förbättrad företagshälsovård är särskilt stort.

För att tillgodose kravet på en "god hälsa hos hela befolkningen och en vård på lika villkor" har landstingen således en särskilt angelägen uppgift att medverka i utbyggnaden av företagshälsovården inom dessa bristfälligt försörjda områden. Företagshälsovården diskuterar hur såväl landsting som primärkommuner kan engagera sig i att erbjuda en extern företagshälsovård.

I det föregående har översiktligt beskrivits hur landstingen sedan länge på många sätt medverkar till att hälsoproblemen i arbetslivet möts genom hälso- och sjukvårdsinsatser från landstingens sida i form av sluten vård, öppen vård, laboratorieservice, rehabilitering och yrkesmedicinsk vård. Det är naturligt att landstingen ytterligare utvecklar detta ansvar genom att aktivt erbjuda extern företagshälsovård till de företag och egenföretagare som inte ännu omfattas härav. Denna externa företagshälsovård bör förankras i landstingets primärvård men måste också starkt repliera på yrkesmedicinsk och annan miljö- eller samhällsmedicinsk kompetens centralt inom landstinget. En fördel med att ha en extern företagshälsovård anknuten till primärvården är att denna funktion kan stimulera den allmänna utvecklingen av ett befolknings- och miljöinriktat arbetssätt inom primärvården i enlighet med intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen. Det är viktigt att man inom primärvården har personal med fullgod kompetens för den företagshälsovårdande funktionen.

6.1 Sammanfattning

Förhållandena i arbetsmiljön har stor betydelse som hälsorisk och som hälsofrämjande faktorer för den yrkesverksamma befolkningen. Arbetsmiljö- och arbetsmarknadspolitik är därför också ett led i hälsopolitiken. En offensiv hälsopolitik i enlighet med intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen kräver därför en förstärkt samverkan och samordning mellan de arbetsmiljöansvariga organen och landstingen med dess övergripande ansvar för hela befolkningens behov av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Företagshälsovården bör till helt övervägande del koncentrera sina insatser till det förebyggande området. Sjukvårdsinsatserna bör ägnas akuta olycksfall och andra akuta insjuknanden samt den arbetsrelaterade rehabiliteringen och anpassningsfrågorna. Övrig sjukvård bör omhändertas genom primärvårdens försorg.

Primärvården bör ta initiativ till en systematisk och regelbunden samverkan med företagshälsovården inom primärvårdsområdet beträffande ansvars- och uppgiftsfördelning för hälsoövervakning, sjukvård, rehabilitering och epidemiologisk bevakning.

Landstingets primärvård bör erbjuda extern företagshälsovårdsservice till de mindre företag och ensamföretagare som inte kan organisera företagshälsovård på annat sätt.

Landstinget bör vara representerat i yrkesinspektionsnämnden för att underlätta samverkan kring utbyggnad av företagshälsovården m m.

Landstinget bör svara för att tillhandahålla yrkesinspektionen erforderlig medicinsk expertis. Landstingets yrkesmedicinska service bör integreras i dess övriga samhällsmedicinska funktion.

Landstinget bör få tillgång till hälsodata som genereras inom företagshälsovården och yrkesinspektionens tillsynsverksamhet som delunderlag för sin behovsbaserade hälso- och sjukvårdsplanering.

Det är angeläget att utveckla statistiksystem för psykosociala hälsodata, t ex genom en utvidgning av ULF-undersökningarnas innehåll.

IV Arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik – några hälsopolitiska aspekter

1 Arbetslöshet och ohälsa – kunskapsfronten

1.1 Arbete och arbetslöshet

Arbetet spelar en mycket central roll i människans tillvaro. Förutom det grundläggande att arbetet för de allra flesta är det sätt varigenom man skaffar sig sin försörjning, så betyder arbetet mycket för hur dagen struktureras, hur man får kontakt med andra, hur man värderar sig själv och hur man uppfattas av andra människor. Det är helt klart att många faktorer som vi vet är intimt förknippade med vår hälsa har stark förbindelse med vårt arbete (arbetsmiljö, ekonomi, sociala förhållanden etc).

Att arbetslöshet – i betydelsen ofrivillig avsaknad av avlönat arbete – skulle påverka hälsotillståndet är därför inte så underligt. Frågan om hur de närmare sambanden ser ut är däremot svår att besvara. I en verklighetsanalys är strukturen alltid komplex. Orsak och verkan går in i varandra.

Viktigt är att konstatera att arbetslöshet och ohälsa har ett starkt samband – arbetslösheten drabbar inte slumpmässigt. Det är i första hand de med dålig eller nedsatt hälsa som råkar ut för arbetslöshet. Men efter vad vi kan förstå har också arbetslösheten i sig tendens att framkalla en försämring av hälsoläget, även hos dem som till en början har god hälsa.

Eftersom vi här är ute för att belysa de hälsomässiga konsekvenserna av arbetslöshet kommer vi i första hand att koncentrera vår framställning på vilka dokumenterade och tänkbara effekter som arbetslösheten har på hälsotillståndet. Vi bör dock inte glömma att det motsatta förhållandet hela tiden också är relevant – att hälsotillstånden har betydelse för en människas möjlighet att få och behålla arbetet. (Någon kostnadsberäkning av de olika förslag som senare läggs fram redovisas inte här.)

1.2 Effekter på individen

Arbetslöshetens effekter på hälsotillståndet kan delas in i fysiologiska förändringar, kroppsliga symtom och psykiska besvär.

Bland de fysiologiska mätbara effekterna har noterats att blodtrycket, liksom utsöndringen av stresshormoner, kan stiga vid arbetslöshet och hot om arbetslöshet. Nivån sjunker därvid inte till normala värden förrän man åter fått arbete. Ett liknande mönster har observerats vid mätningar av halten urinsyra och kolesterol i blodet.

Bland de kroppsliga symtomen har vidare observerats såväl ökad sjuklighet (både subjektivt som objektivt) som dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar. Det finns också ökad risk för psykosomatiska sjukdomar,

bland annat ledbesvär, håravfall och magkatarr. Vissa undersökningar har visat på en ökad tendens till sockersjuka under arbetslöshet. Som en följd av detta kan man notera ökade sjukvårdskontakter och ökad läkemedelskonsumtion.

Den tredje gruppen gällde psykiska besvär. Hit hör dels allmänna psykiska besvär i form av ökad oro, ångslan och nervositet. Särskilt vanligt är en utbredd passivitet bland de arbetslösa. En allvarligare typ av reaktioner utgör depressionerna – flera undersökningar visar en ökning av antalet nedstämda och deprimerade människor vid arbetslöshet.

Som ett uttryck för detta kan man kanske peka på det ökande antalet självmord och självmordsförsök som tycks följa med en ökad arbetslöshet – ett samband som iakttagits redan på 1930-talet och som inte tycks ha förändrats trots de olika typer av arbetslöshetsförsäkringar som man har idag men som saknades på 1930-talet.

1.3 Effekter på familjen

Då någon i familjen blir arbetslös så drabbar detta inte bara den arbetslöse själv, utan även den familj han eller hon lever med. Få svenska studier finns på detta område. Ökade familjekonflikter – i första hand mellan makarna, men även mellan föräldrar och barn – noteras i brittiska undersökningar. Skilsmässofrekvensen ökar. Effekten blir störst när det är den som huvudsakligen står för försörjningen som drabbas av arbetslöshet.

Barnen drabbas särskilt i det här sammanhanget. Bland skolbarn har noterats ökad skolkfrekvens, ökad sjukfrånvaro, skriv- och lässvårigheter och ökade kontakter med skolpsykolog. Barnens skolprestationer försämrars, vilket kan ha långsiktig betydelse. Aspirationsnivån sänks också.

1.4 Effekter på samhället

Hög arbetslöshet innebär en påfrestning för hela samhället och utgör ett påfrestande klimat att leva i för känsliga människor. Som konstaterats i olika undersökningar har en ökning av dödligheten i bl a hjärtinfarkter och självmord samband med ökning i arbetslöshet eller ökade svårigheter att få arbete. Eftersom de arbetslösa får ökade hälsobesvär tenderar detta också att öka behovet av sjukvårdens tjänster. Sjukvårdsbesöken liksom läkemedelskonsumtionen stiger i takt med arbetslösheten.

På arbetslöshetsförsäkringens villkor medför hög arbetslöshet stora krav på ekonomiskt bistånd från socialtjänsten, vilket innebär en ökad ekonomisk påfrestning på kommunerna. Framför allt gäller det dem som inte genom tillräckligt lång arbetsverksamhet kvalificerat sig för dagpenning från arbetslöshetsförsäkring och de som har utförsäkrats.

Sammanfattningsvis kan således – mot bakgrund av redovisade forskningsresultat – konstateras att förhållanden på arbetsmarknaden sannolikt har ett direkt inflytande på det svenska folkets hälsotillstånd.

En sammanställning av svensk och internationell forskning vad avser problemområdet "Arbetslöshet och ohälsa" har tidigare redovisats i SOU 1981:1 "Hälsa- och sjukvård inför 90-talet (HS 90) – Hälsorisker".

2 Forskning och utvecklingsarbete

2.1 Tre forskningstraditioner

Studerar man den vetenskapliga litteraturen som handlar om arbetslöshet och ohälsa i vid mening under 1900-talet finner man att forskningen följer de ekonomiska konjunkturerna rätt väl (figur 1). I tider av hög arbetslöshet har forskningen varit intensiv för att under högkonjunkturen så gott som helt avstanna. Detta i och för sig självklara fenomen innebär också att merparten av den kunskap vi har om arbetslöshetens effekter härstammar från 1930-talets ekonomiska depressionsår. Först under 1970-talet har forskningsintensiteten på området åter ökat. Särskilt under det senaste året har intresset för arbetslöshetens effekter på individen ökat mycket kraftigt.

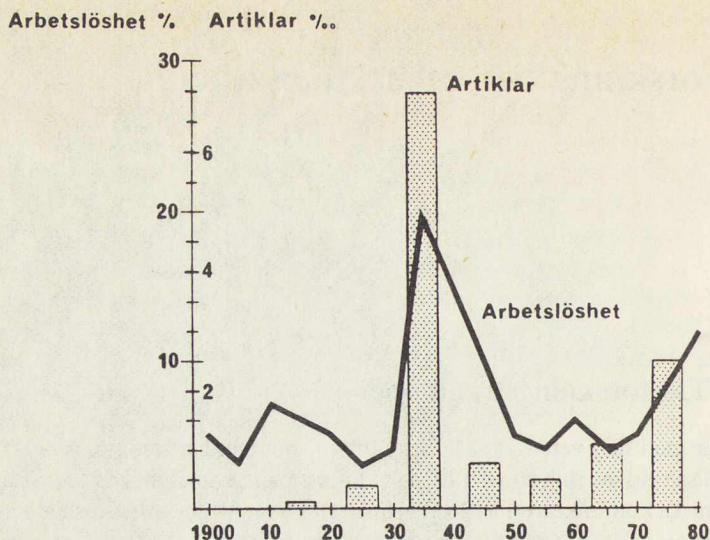
Den typ av arbetslöshetsforskning som här beskrivs kan något grovt karakteriseras av tre forskningstraditioner. Den allra äldsta, som ännu äger relevans, även om den utgör en mycket liten del av verksamheten inom detta område, handlar om studier över vad det är för hälsomässiga handikapp (medicinska, psykologiska eller sociala) som leder till arbetslöshet.

Denna typ av studier var givetvis naturlig då arbetslöshet ännu i första hand sågs som ett individuellt fenomen, som i det gamla jordbrukssamhället. Men denna forskningsinriktning har också varit betydelsefull under de goda efterkrigsåren fram till tiden för en ökande strukturell arbetslöshet under 1970-talet.

Den andra traditionen, som hade sin viktigaste tid under 1930-talet, belyser det omvända förhållandet – hur en samhälleligt betingad brist på arbetstillfällen påverkar enskilda människors hälsotillstånd. I denna tradition utgör den ekonomiska bristsituation som den arbetslöse nästan alltid hamnar i en huvudförklaring. Bristen på pengar leder till den dåliga hälsan, till oron, till brister i föda, brister i kläder, brister i bostadsstandard med försämrad hygien, nutrition m m som följd. Kanske något orätt har denna tradition nu kommit att spela en tämligen undanskymd roll.

Den tredje traditionen, dagens dominerande, studerar som på 1930-talet de individuella effekterna av en samhälleligt betingad arbetslöshet, men använder i första hand andra förklaringsgrunder till effekterna än den ekonomiska deprivationen. Arbetets icke-ekonomiska betydelse, som ger människan identitet, som ger kontakt med andra människor, som uttryck för samhällelig gemenskap etc, lyfts fram som förklaringsmodell.

Figur 1. Andel vetenskapliga artiklar som handlar om arbetslöshet av alla vetenskapliga artiklar inom det medicinska forskningsområdet utifrån bibliografin *Index Medicus* för åren 1900 – 1980 (staplar). Heldragen linje redovisar totala arbetslösheten i USA under motsvarande period.



2.2 Forskning på aggregerade data

Att basera undersökningar på aggregerade data inom de medicinska vetenskaperna är ingen ny metod, även om dagens databaser gett oss ökade möjligheter att göra sådana studier. Lång tradition inom området har studier som försökt kartlägga samvariation mellan självmord och självmordsförsök med olika sociala fenomen. Just frågan om självmord är det område inom den medicinska sfären som är det i särklass mest studerade vad gäller arbetslöshetens effekter. Det har på något sätt stått klart för många som tittat på självmordsproblemet att sådant som arbete och arbetslöshet kan ha betydelse. Här har det nästan alltid gällt att följa självmordsfrekvensen på aggregerad nivå och korrelera denna med andra sociala händelser (lönenivå, tätortsgrad, arbetslöshet etc) i aggregat av olika storlek – från hela nationer ner till stadsdelnivå. De allra flesta studier pekar på starka samband – oavsett om det är undersökningar från början av seklet (utan arbetslöshetsförsäkringar) eller från efterkrigstiden (med ett jämförelsevis ordentligt utbyggt ekonomiskt skydd vid arbetslöshet).

1973 publicerade M Harvey Brenner en studie över hur förstagångsintagningarna vid psykiatriska sjukhus i USA samvarierade i tiden med arbetslösheten (Brenner 1973). I tider av ekonomisk nedgång (hög arbetslöshet) steg antalet förstagångsintagningar och när konjunkturen blev bättre (låg arbetslöshet) minskade intagningarna. Analysen byggde på en relativt enkel modell, bl a byggd på Fourier-analys av tidsserier av data, men gav goda samband under de drygt 100 år som studerats.

Denna studie får sägas vara upptakten till en mer omfattande serie undersökningar av samvariation mellan fluktuationer i samhällsekonomi och olika mått på ohälsa. I ett stort antal uppsatser har Brenner visat samband mellan variationer i total dödlighet och dödlighet i specifika sjukdomar t ex

spädbarnsdödlighet, död i skrumplever, död i hjärtinfarkt etc, självmord, mord, alkoholkonsumtion och psykisk sjukdom etc samt variationer i arbetslöshetstalen.

Analysmodellen har med tiden blivit allt mer sofistikerad och innefattar allt fler variabler. Modellen har testats på flera länder. För kongressen i USA presenterade Brenner hösten 1976 en rapport som försökte belysa de sociala kostnaderna av den förda arbetsmarknadspolitiken. Studien visade att dödlighet, intagningar på mentalsjukhus och fängelseintagningar under en 25-årsperiod kunde förklaras med hjälp av ekonomiska mått som inkomst per capita, arbetslöshet och inflation. Den ökning av arbetslösheten på 1,4 procentenheter som ägde rum under 1970 skulle kunna förklara en ökning av dödsfallen under åren 1970-1975 på närmare 52 000 dödsfall.

Inom ramen för HS 90-projektet har Harvey Brenner utfört en liknande analys på svenska data. Resultaten sammanfattas i följande avsnitt.

2.2.1 Modellen ¹

Den modell Brenner utvecklat utgår från att det finns ett samband mellan å ena sidan den ekonomiska situationen i ett samhälle och å den andra olika uttryck för hälsa och välbefinnande. Dessutom antar han att en del andra förhållanden som t ex rökning och alkoholkonsumtion har betydelse för hälsan. I vissa fall införs ytterligare förklaringsfaktorer (som t ex tillverkning av kemiska produkter vid studium av skrumplever eller antalet bilägare vid studium av motorfordonsolyckor). De här sambanden analyseras med hjälp av avancerade statistiska metoder (multipel regressionsanalys av tidsserie-data). Resultatet blir en ekvation där man – utifrån modellens förutsättningar – kan testa hur stort inflytande på de olika hälsovariabler man studerar, som t ex arbetslöshet eller cigarettrökning har.

Som mått på hälsa och välbefinnande använder Brenner i huvudsak dödlighet. Han analyserar dels den totala dödligheten (för olika kön och åldrar), dels dödsfall i specifika sjukdomar eller skador, t ex hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, självmord eller trafikolyckor.

Som ekonomisk indikator används dels inkomsten per capita som uttryck för mer långsiktiga ekonomiska förändringar, dels – som uttryck för mer snabba skeenden – arbetslösheten och antalet företagskonkurser. De beteendevariabler som studeras är i huvudsak cigarettkonsumtion, alkoholförbrukning (öl, vin, sprit – separat eller total) och fettförbrukning.

Modellens idé är följande. Den ekonomiska tillväxten som sker över lång tid påverkar hälsa och välbefinnande positivt. Ekonomisk tillbakagång – här registrerad som arbetslöshet, företagskonkurser och minskad realinkomst – innebär däremot en påfrestning på hälsan. De som drabbas är dels de som blir arbetslösa, dels de som ännu har kvar sitt arbete men som i ekonomiska kristider upplever ökad fruktan för arbetslöshet, svårigheter att göra karriär och ökad press i arbetet.

Även sedan konjunkturerna börjat förbättras kommer det att ta lång tid innan alla åter fått arbete medan flera av deras arbetskamrater får arbete på ett tidigt stadium. För en del innebär det att man tvingas ta ett sämre avlönat arbete än tidigare, eller ett som inte värderas lika högt.

Arbetslösheten påverkar människorna dels genom psykiska och fysiolo-

¹ Detta och följande avsnitt bygger på en rapport av M Harvey Brenner: "Importance of Economic Change in Swedish Health and Social Well-being, 1950-1980. Initial Analysis and Feasibility Study" som Brenner sammanställt för socialstyrelsen (nov 1983, stencil).

giska mekanismer t ex stress, dels genom att situationen leder till ett beteende som i sin tur påverkar hälsan t ex förändringar i alkoholkonsumtion eller rökvanor. Stressreaktionen kan påverka hjärt- och kärlsystemet, immunsystemet och ämnesomsättningen. Som ett resultat av detta kan vi notera t ex förhöjt blodtryck, hjärtinfarkt, förhöjda blodfetter, infektioner, elakartade tumörer och magsår. De psykologiska reaktionerna kan bli uttryck som depression, aggression, minskad muskelkontroll liksom neurotiska och psykotiska reaktioner. I sina extrema former kan sådana relationer leda till dödsfall i bl a självmord, mord och motorfordonsolyckor.

Icke ändamålsenligt beteende på grund av stress innefattar omätlig förtäring av alkohol eller psykofarmaka liksom ökad cigarrettrökning.

De psykologiska reaktionerna antas vara ganska omedelbara svar på den ekonomiska krisen och kan bli uttryck i form av t ex självmord eller ökad dödlighet hos grupper med tidigare nedsatt hälsa som är känsliga även för ganska små påfrestningar. På grund av förändrat beteende t ex alkoholkonsumtion eller kontakter med hälso- och sjukvården sker också en försämring av hälsan på längre sikt. Enligt modellen bör man vänta sig effekter både i samband med själva den ekonomiska krisen, men också som ett tidsfördröjt fenomen – dels på grund av trögheten i det ekonomiska systemet, dels som en följd av att vissa sjukdomstillstånd tar tid att utveckla.

2.2.2 Resultat

Den ekonomiska tillväxten mätt som inkomst per capita spelar en väsentlig roll då det gäller att minska dödligheten i nästan alla åldrar, totalt och särskilt dödsfall på grund av hjärt- och kärlsjukdom, slaganfall, hjärtsjukdom, hjärtinfarkt, cancer, spädbarnsdödlighet och motorfordonsolyckor. Däremot tycks tillväxten inte ha så stor betydelse för t ex död i skrumplever eller självmord. Kriminalitet (mätt som antal anmälda brott) ökar då inkomsten ökar. Detta kan – menar Brenner – bero på urbanisering och ökat narkotikabruk. Ekonomisk nedgång däremot hänger samman med en ökad total dödlighet i så gott som alla åldrar för både män och kvinnor. Kriminaliteten ökar också i samband med ekonomisk kris. De tre mått på ekonomisk nedgång som används är dels arbetslöshet, dels företagskonkurser, dels kortvarig minskning av per capita-inkomsten i fast penningvärde.

Arbetslösheten samvarierar med en ökad total dödlighet för män i de flesta åldrar och för kvinnor i vissa åldrar. De här sambanden noteras dels med en kort tidsfördröjning på tre år, dels med en lång tidsfördröjning på mellan sju till sexton år. Arbetslösheten samvarierar med ökad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar, slaganfall, samtliga hjärtsjukdomar, hjärtinfarkt, elakartade tumörer, skrumplever, spädbarnsdödlighet, självmord bland män och bilolyckor.

Antalet företagskonkurser samvarierar med total mortalitet för de flesta åldersgrupper över 25 år, och med en ökad dödlighet i hjärt- och kärlsjukdomar, slaganfall, hjärtinfarkt, elakartade tumörer, spädbarnssjukdomar, självmord och mord. Dessa samband ses med en tidsfördröjning av upp till två år.

Kortvarig nedgång i per capita-inkomsten samvarierar, inom ett år, med ökad dödlighet bland män i de flesta åldersgrupper över 25 år, och särskilt stark är samvariationen med självmordsfrekvensen.

De här sambanden noteras då man kontrollerar de viktigaste epidemiologiska riskfaktorerna för dödlighet i de studerade sjukdomarna, t ex per capita-konsumtion av alkohol, cigaretter och fett, kemisk produktion och social isolering som den mäts genom skilsmässa. Alkoholkonsumtion per capita, särskilt gäller detta spritkonsumtionen, är en betydelsefull faktor för sådana kroniska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, elakartade tumörer och skrumplever. Emellertid är ölkonsumtionen per capita förbunden med en minskad hjärtdödlighet. Cigaretter- och fettkonsumtionen är viktiga riskfaktorer då det gäller död på grund av hjärt- och kärlsjukdom och elakartade tumörer. Den kemiska produktionen samvarierade starkt med en ökad dödlighet i skrumplever.

2.2.3 Slutsatser

Brenner drar i rapporten slutsatsen att undersökningen stöder hypotesen att ekonomisk tillbakagång, som den mäts i ökat antal företagskonkurser och arbetslöshet, är förbunden med såväl högre dödlighet som högre sjuklighet.

Den viktigaste slutsatsen man kan dra av rapporten är att arbetslöshetsnivån under den studerade 30-årsperioden haft stort inflytande på hälsotillståndet i landet, sådant det mäts genom främst dödlighet. Det är rimligt att tänka sig att ett sådant samband skulle gälla även de närmaste åren. En politik som syftade till att minska arbetslösheten också i framtiden skulle innebära minskade hälsoproblem och sociala problem och en minskning av de kostnader som detta för med sig. En sådan politik skulle innehålla element som dels försökte stimulera ekonomin, dels försökte minimera strukturarbetslösheten genom t ex omskolning och lån till företag i utsatta branscher. En förbättring av den ekonomiska ersättningen vid arbetslöshet vore också värdefull.

Det är också möjligt att människor som hotas ekonomiskt undviker hälso- och sjukvården, trots att de känner sig sjuka. I ett sådant läge framstår det som viktigt att hälso- och sjukvården också ägnar sig åt uppsökande verksamhet för att nå vissa högriskgrupper.

2.2.4 Begränsningar i modellen

De rapporter Brenner tidigare har publicerat har ingalunda fått stå oemotsagda (se t ex Stern 1981). De har också stimulerat till fortsatt forskningsaktivitet. Den makroekonomiska analysmodell inom epidemiologin som Brenner har introducerat är han ännu så länge tämligen ensam om. Vissa har försökt att replikera Brenners analysmodell, och somliga har lyckats (Bunn 1979) och andra har misslyckats (Gravelle 1981). Behovet av ytterligare forskning på individnivå för att ge en bättre biologisk förståelse av tänkbara mekanismer har också poängterats.

Det bör här påpekas att de mycket starka samband som Brenner får fram i sin modell, delvis är en följd av egenskaper i själva modellen och det faktum

att man i analysen arbetar med aggregerad data varigenom de naturliga biologiska variationerna har begränsats. Det bör också betonas att de samband som man finner hela tiden är statistiska samband, och att man alltid bör vara försiktig då det gäller att tolka samvariationer i termer av orsakssamband.

Det sätt på vilket analysen genomförts gör det dock mycket intressant att använda materialet som en viktig grund för att formulera mer specifika hypoteser som kan prövas i kompletterande epidemiologiska studier, delvis med annan teknik.

Trots alla invändningar och reservationer man kan ha mot undersökningens resultat får detta dock inte skymma det faktum att vissa variabler i de svenska ekvationerna återkommer med en benhård konsekvens. Det bästa exemplet på detta är det årliga förändringsmättet på arbetslöshet som med två års fördröjning står sig i förutsägelseerna av ökad åldersstandardiserad dödlighet, totalt och i hjärt- och kärlsjukdomar, slaganfall, hjärtsjukdomar och hjärtinfarkt under den studerade 30-årsperioden. En sådan kunskap uppfordrar till handling.

2.3 Arbetslöshet vid företagsnedläggningar

Merparten av den arbetslöshetsforskning som bedrivits under efterkrigstiden har gått till så att man följt vad som hänt människor som tvingats sluta sitt arbete på grund av att ett företag lagts ned (t ex den stora studien av en företagsnedläggning inom Billerudskoncernen i slutet av 1960-talet, "Billerudsundersökningen"). Det har inneburit att studierna mer har inriktats på att kartlägga vad som händer vid en omställning från arbete till arbetslöshet, effekterna av olika åtgärder för att skapa arbete, individuellt och på samhällsnivå, hur olika personliga egenskaper påverkat ens möjligheter att få arbete igen, att arbetslösheten ofta registrerats dåligt (om alls) och att studietiden ofta varit mycket kort. Dessa undersökningar har gett värdefull information, men träffar ändå inte helt rätt vad gäller att kartlägga arbetslöshetens effekter.

Exempel på några studier

Berger S: Företagsnedläggning – konsekvenser för individ och samhälle.

Kulturgeografiska institutionen, Uppsala universitet. Uppsala 1973.

Bergström, B: Studie beträffande konsekvenserna av en fabriksnedläggelse för den berörda arbetarpersonalen. Lund 1966.

"Billerudsundersökningen". Delrapport 1-9. PA-rådet. Stockholm 1970 – 1975.

Gonäs, L: Företagsnedläggning och arbetsmarknadspolitik. En studie av sysselsättningskriserna vid Oskarshamns varv. Uppsala 1974.

Hansson, R: Friställd – en studie av konsekvenserna för de anställda vid två företagsnedläggningar. Stockholm 1976.

Johansson, PO: Rosengrens – arbetsplatsen som försvann. En sociologisk undersökning. Göteborg 1971.

Angelow, B: Öresundsvarvets nedläggning – en studie av hälsomässiga konsekvenser.

Brenner SO, Levi L, Salovaara H: Olofströmsstudie – som följer vad som – ur hälsosynpunkt – händer med dem som avskedades i samband med nedläggning av LM Ericssons Olofströmsfilial. I ett särskilt avsnitt utvärderas vissa försök till intervention (bl a aktivering) bland de arbetslösa.

Gunnarsson, C, Winoy, J: Bedriver för närvarande studier i Köpmanholmen av vad primärvården bör göra när företag läggs ned. Syftet är att utveckla riktlinjer för såväl det förebyggande som behandlande arbetet inom primärvården.

Joelsson, L, Wahlquist, L: Från Nackas psykiatriska sektor studeras ur ett psykodynamiskt krisperspektiv effekter av nedläggningshoten vid Finnboda Varf.

Carle, J, Schale, C: Ungdomsarbetslöshet, problem – åtgärder – konsekvenser. Socialstyrelsen 1982.

2.4 Arbetslöshet och missbruk

En mycket vanlig uppfattning är att arbetslöshet leder till drogmisbruk, i första hand kanske alkoholmisbruk. Något förvånande är det därför när man försöker ta del av litteraturen inom området och finner att forskning inom detta saknas nästan helt (för en nordisk översikt, se Jyrkämä 1979). Bristen på forskning inom detta område är inget lokalt svenskt eller nordiskt fenomen, utan gäller även internationellt (se Frese & Mohr 1978). Det som är utfört är ofta av tveksam vetenskaplig kvalitet. Några enkla samband mellan arbetslöshet och missbruk kan man dock inte finna. Detta kan ju vara uttryck för att så faktiskt är förhållandet (i strid mot etablerad uppfattning bland lekmän), men det kan ju också bero på att undersökningsinstrumenten är trubbiga. Det är erkänt svårt att få en sanningsenlig uppgift om alkoholförbrukning från människor.

En rimlig sammanfattning av kunskapsläget på området ger oss sannolikt Bo Mikaelsson i sin avhandling om avgång från skogsarbete (Mikaelsson, 1977). Han konstaterar dels att alkoholmisbrukare löper större risk att bli arbetslösa än andra, samtidigt som arbetslösheten i sig innebär en risk att utveckla ett alkoholberoende. Särskilt de som hade alkoholproblem redan innan de blev arbetslösa löpte risk att fångas i ett gravt missbruk under arbetslösheten.

2.5 Ungdomsarbetslöshet

Ungdomsarbetslösheten har relativt länge framstått som ett särskilt problem (se t ex Wadensjö 1978). Särskilda forskningsinsatser från medicinsk sida lyser däremot nästan helt med sin frånvaro. En del av förklaringen till detta är att, även om arbetslöshet leder till hälsomässiga effekter för denna grupp människor, så är det (med tanke på ålder, att det är en mycket frisk grupp, att det sannolikt ligger långt mellan arbetslöshet och sjukdom) föga troligt att man skulle kunna göra några medicinska observationer av värde.

Ett angreppssätt som försöker komma förbi detta har prövats i Jyväskylä där man i stället för hälsotillståndet har studerat det s k *hälsobeteendet* (Kannas & Hietaharje, 1980). Handlingar som – enligt dagens medicinska kunskap – har betydelse för hälsan karakteriseras här som hälsobeteende. Hit hör alltså om man röker, dricker mycket kaffe, borstar tänderna, sover oregelbundet eller använder reflexer när man är ute och går i mörker. Undersökningen som genomförts på 19-åriga värnpliktiga har visat ett genomgående mycket sämre hälsobeteende bland arbetslösa än bland dem som arbetar eller studerar. Studien är dock gjord som tvärsnittsundersökning, varför det är svårt att uttala sig om sambandens riktning.

Merparten av forskning om ungdomsarbetslöshet har i huvudsak ägnats åt utvärdering av vilka effekter som olika program för arbetslösa ungdomar har haft. Försöken att kartlägga arbetslöshetens effekter på hälsan är mycket fåtaliga.

Några aktuella forskningsprojekt inom området ungdomsarbetslöshet och ohälsa

Ungdomsarbetslöshet och ohälsa (Anne Hammarström, Luleå). Studien följer samtliga 1 100 elever i Luleå kommun som slutade högstadiet 1981. En första uppföljning gjordes 1983 och en andra görs 1986. Avsikten är att studera socialmedicinska effekter av arbetslöshet.

SKOH-projektet (Rolf Ståhl, Örebro) följer två årskullar elever som efter avslutad grundskola inte kommit in på gymnasieskola eller fått arbete. I en särskild interventiv del bedrivs ett riktat fältarbete med dessa ungdomar.

Sociologiska institutionen i Göteborg (Per Sjögren m fl) bedriver sedan flera år ett flertal forskningsprojekt med sociologisk inriktning just beträffande ungdomsarbetslöshet.

Institutionen för hälso- och sjukvårdsadministration i Umeå (Gunnar Kaati) analyserar en enkät som besvarats av ett par tusen ungdomar i 20-årsåldern i fyra Norrbottenskommuner hösten 1982.

2.6 Flyttning och ohälsa²

Arbetslöshet leder – speciellt utanför storstadsområdena – ofta till krav på flyttning till annan ort där möjligheterna att erhålla arbete är större. Omfattningen av denna arbetsmarknadsbetingade flyttning kan ej utläsas ur existerande flyttningstatistik. Omfattningen av denna geografiska rörlighet är en strategisk fråga vid utformningen av arbetsmarknads- och näringspolitiken.

I detta perspektiv är det naturligt att i denna PM kring temat "arbetslöshet-ohälsa" också kortfattat redovisa fakta vad avser "flyttning och psykisk hälsa".

Det finns inget entydigt samband mellan flyttning och ohälsa. Sambandet påverkas av orsaken till flyttning, skillnader i arbets- och boendemiljö

²Detta avsnitt bygger på en artikel av Finn Diderichsen och Urban Janlert publicerad i skriften "Alternativ till psykiatri". Prisma (1983).

mellan in- och utflyttningsort och sist men inte minst sysselsättningsituation och arbetsförhållanden på inflyttningsorten. En studie (Dahlberg & Åberg) av människor som flyttat från Norrland med statligt flyttningsbidrag åren 1969-70 har visat att effekterna av flyttning på denna grupps levnadsförhållanden är beroende av personernas ställning på arbetsmarknaden. Flyttarna har genomgående lägre umgängesfrekvens och är oftare socialt isolerade än en jämförbar grupp av människor som stannat kvar på utflyttningsorterna. Men skillnaden är störst bland dem som efter flyttningen har instabil sysselsättning eller har fått fysiskt eller psykiskt påfrestande arbeten. I denna grupp är skillnaden särskilt stor mellan flyttare och kvarboende med avseende på socialt umgänge, ekonomisk situation och trötthetssymtom. Bland dem som har fått stabil sysselsättning och god arbetsmiljö är skillnaderna mellan flyttare och kvarboende obetydliga.

Analysen av Socialforskningsinstitutets riksomfattande levnadsnivåundersökning 1974 ger vid handen att bland dem som nyligen flyttat på grund av arbetslöshet är det en mycket stor andel som har psykiskt och fysiskt påfrestande arbeten än bland dem som varit arbetslösa och inte flyttat.

En lång rad epidemiologiska studier har visat att det finns ett samband mellan urbanisering och olika typer av psykiska och psykosomatiska symtom (nervösa besvär, högt blodtryck, astma m m). Detta samband har funnits bland människor som har flyttat till mera urbaniserade områden men även bland dem som har bott kvar i samhällen som gradvis urbaniserats. När det gäller samband mellan flyttning och svåra psykiska sjukdomar som t ex schizofreni och depression har flera studier visat att det bland dem som flyttar från landsbygd till stad finns en lägre andel som efter flyttningen utvecklat denna typ av psykos. Det torde ofta här vara frågan om urvalsmekanismer som gör att riskgrupper mindre ofta flyttar till städerna. Det kan bero på att de har svårigheter att klara sig på arbetsmarknaden i städerna och att de har svårt att integrera sig socialt i nya miljöer.

En studie från ett nytt bostadsområde i Luleå visade att inflyttade från inlandskommunerna uppvisade en ökning av sjukfrånvaron för olika typer av psykosomatiska besvär jämfört med människor som bodde kvar på utflyttningsorterna. Detta samband fanns endast bland arbetare, socialgrupp 3. Även studier av samband mellan inrikes flyttning och psykos visar att sambandet är olika för olika socialgrupper. Flyttarna ur socialgrupp 3 får oftare psykisk sjukdom medan högre socialgrupper har samma eller lägre sjuklighet än de som stannar kvar.

Sammanfattningsvis måste en bedömning av sociala och hälsomässiga konsekvenser av en utflyttning bland annat vara beroende av

- sysselsättningsmöjlighet och arbetsförhållanden efter flyttning och
- hur stor andel av flyttarna som utgörs av människor med svag ställning på arbetsmarknaden redan före flyttning (svag ställning kan här bero på dålig hälsa eller brist på efterfrågad utbildning).

En mycket forcerad utflyttning kan alltså leda till att många personer med sämre kvalifikationer och svag ställning på arbetsmarknaden kommer i en situation där valet står mellan att bo kvar och att fortsätta att vara arbetslös eller att flytta och få ett dåligt arbete. De redovisade undersökningarna talar

för att just denna grupp som efter flyttning får dåliga arbeten och instabila sysselsättningsförhållanden därmed drabbas av större sociala och medicinska problem. Situationen förvärras dessutom av att de då inte längre bor kvar i sin invanda miljö nära släkt och vänner. Svåra arbetsförhållanden på inflyttningsorten leder dessutom till att man får mindre ork och möjlighet att bygga upp nya sociala relationer.

2.7 Vilken forskning saknas?

Sammanfattningsvis kan man om forskningsområdet arbetslöshet och ohälsa säga att man har kartlagt ett tämligen stort antal hälsomässiga missförhållanden som har samband med arbetslöshet. Problemet är dock att klargöra hur detta samband ser ut i detalj – inte bara vad som är orsak och verkan (super man för att man är arbetslös eller har man svårt för att få arbete för att man super?) – utan också hur makronivån mer detaljerat påverkar mikronivån. Vi har en yttlig kunskap där vi känner till en hel del om samvariationer mellan arbetslöshet och olika hälsofenomen, där vi kan ana oss till en del om kausalitet men där vi vet mycket litet om de närmare mekanismer som förmedlar de samband man kunnat registrera.

Allmänt kan man alltså uttrycka behov av ökade forskningsinsatser i stort inom området, eftersom mer detaljerad kunskap behövs. Merparten av den kunskap som finns bygger på forskning utförd i länder som i många avseenden skiljer sig från Sverige i första hand från USA, Storbritannien och Västtyskland. Dessa forskningsresultat är inte alltid översättbara till svenska förhållanden.

En följd av detta är att kunskap saknas om hälsoeffekter av bl a

- successiv utslagning
- dold arbetslöshet t ex bland hemmafruar
- ungdomsarbetslöshet
- förtidspensionering av arbetsmarknadspolitiska skäl
- arbetslöshet inom service och tjänstemannayrken
- samband mellan arbetslöshet och missbruk av alkohol och narkotika.

Vidare kan konstateras en rad brister vad avser de metoder som vanligen används såsom att

- Det arbetslöshetsbegrepp som använts har vanligen varit mycket grovt, trots att det är uppenbart att arbetslöshet innebär mycket olika saker beroende på en mängd förhållanden såsom ekonomisk situation, ålder, förväntningar, försörjningsbörd, alternativ verksamhet etc.
- Flera studier antyder att hotet om arbetslöshet kan vara väl så skadligt som den öppna arbetslösheten. Få undersökningar har dock haft någon möjlighet att belysa detta.
- Merparten av undersökningarna är tvärsnittsstudier med åtföljande svårigheter att klarlägga orsakssamband.

Flertalet studier inom det aktuella problemområdet präglas också av en viss teorilöshet. Merparten av studierna har samlat fakta på olika sätt,

sammanställt dem och därefter försökt dra vissa slutsatser, utan en sammanhållen teoretisk ram. Det finns också generellt sett mycket få utvecklade teorier inom detta problemområde.

Mot denna bakgrund har en tvärvetenskaplig initiativgrupp inrättats inom Delegationen för social forskning för att utveckla och stimulera forskning och utveckling kring temat arbetslöshet – ohälsa.

3 Riskgrupper

Den kunskap som finns om arbetslöshetens effekter på hälsan är – med sina många luckor – dock tillräcklig för att vara av värde vid identifiering av vilka grupper som p g a arbetslöshet löper störst risk att drabbas av ohälsa.

Vid identifiering av riskgrupper är det väsentligt att skilja dels på de grupper som löper stor risk att bli arbetslösa, dels sådana grupper som löper stor risk att drabbas av ohälsa om de blir arbetslösa.

3.1 Riskgrupper för arbetslöshet

SCB:s levnadsnivåundersökning ger en uppfattning om vilka egenskaper som karakteriserar de människor som i särskilt hög grad drabbas av arbetslöshet.

Då det gäller olika åldrar är arbetslöshet vanligast bland ungdomar. Den är hög också bland småbarnsföräldrar, särskilt ensamstående småbarnsföräldrar. Arbetslösheten är hög för de som har stor försörjningsbörda (främst ensamstående mödrar) och bland dem som lever under ekonomiskt svåra förhållanden – under eller i närheten av existensminimum.

Arbetslöshet är vanligast bland arbetare utan formella utbildningskrav (s k biträdespersonal) och bland dem med extremt låg skolutbildning, d v s de med kortare utbildning än den obligatoriska. Socialt isolerade och människor med hälsoproblem eller arbetshandikapp är också kraftigt överrepresenterade bland de arbetslösa.

3.2 Riskgrupper för ohälsa vid arbetslöshet

Det finns inte motsvarande systematiska kunskap utifrån svenska undersökningar om vilka grupper som drabbas hälsomässigt mest ogynnsamt av arbetslösheten. Utifrån olika utländska undersökningar kan man dock specificera följande grupper med känd vulnerabilitet i samband med arbetslöshet.

Personer som redan har långvarig sjukdom tillhör denna grupp. Hit hör också ensamstående män, främst medelålders och äldre. Etniska minoriteter – för Sveriges del i första hand invandrare från utomnordiska länder – har också visat sig ha ökad risk för ohälsa i samband med arbetslöshet. Detta gäller i hög grad också missbrukare, främst alkoholmissbrukare.

En människas engagemang i arbetet – som i arbetet ser något mer än enbart ett sätt att skaffa sig inkomst – har betydelse. Människor med hög grad av arbetsinvolvering visar sig mer känsliga för förlust av arbetet. Slutligen är effekterna klart mer uttalade bland de människor som tvingas gå arbetslösa under lång tid.

3.3 Sammanfattande riskbedömning

Grupper som både har hög risk för arbetslöshet och hög risk att vid arbetslöshet drabbas av ohälsa har korstabellerats i tabell 1. På basen av SCB:s levnadsnivåundersökningar har sådana skärningar som har särskilt hög frekvens utmärkts med en asterisk.

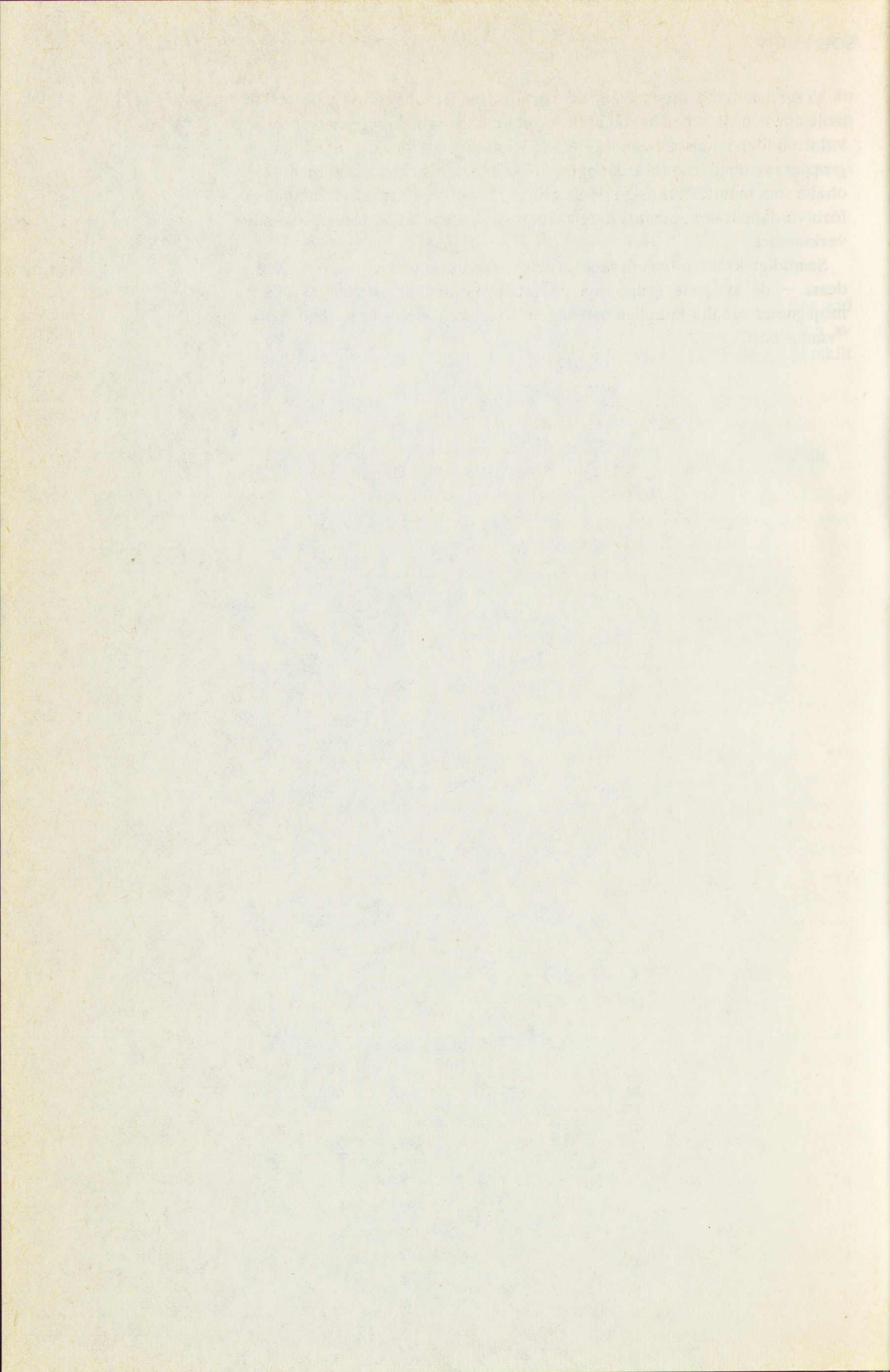
Tabell 1: Korstabell över riskgrupper för arbetslöshet och riskgrupper för försämrad hälsa vid arbetslöshet. Skärningar utmärkta med asterisk har särskilt hög frekvens.

Stor risk för arbetslöshet

| | Inre stöd omr | Ungdom | Ensamstående föräldr | Ekonomiskt svaga | Kort utbildning | Socialt isolerade | Arbetshandikapp |
|-----------------------------|---------------|--------|----------------------|------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| Tidigare sjuka | | | | | * | * | * |
| Ensamstående äldre män | | | | | * | * | * |
| Etniska minoriteter | | | | * | * | | |
| Missbrukare | | * | | * | * | | |
| Höggradig arbetsinvolvering | | | * | | | * | |
| Långtidsarbetslösa | * | | | * | * | * | * |

Vi ser här hur i första hand de korttidsutbildade, men även de socialt isolerade och de arbetshandikappade, utgör sådana riskgrupper med ökad vulnerabilitet i hälsoavseende. Vi vet samtidigt att dessa grupper är de grupper i samhället som vårdapparaten har den sämsta kontakten med. Den ohälsa som manifesterar sig i dessa grupper löper stor risk att gå oupptäckt förbi vårdapparaten, om inte denna vidtar särskilda åtgärder för uppsökande verksamhet.

Samtidigt krävs intensifierade arbetsmarknadspolitiska insatser för att dessa – de svagaste grupperna på arbetsmarknaden – skall få ökade möjligheter erhålla lämpliga arbeten. Hälsorisker arbetslöshet kan aldrig "vårdas bort".



4 Arbetsmarknadspolitik i ett hälsopolitiskt perspektiv

Dagens arbetsmarknadspolitiska åtgärder bygger i mycket liten utsträckning på någon analys av de hälsomässiga effekterna av arbetslöshet. Kraven formuleras i huvudsak utifrån politiska och ekonomiska utgångspunkter. Från hälso- och sjukvårdens sida finns bl a mot denna bakgrund anledning att söka utveckla ett hälsopolitiskt underlag av värde vid utformning av arbetsmarknadspolitiska insatser.

I detta avsnitt skisseras några riktpunkter för en arbetsmarknadspolitik som också beaktar den kunskap som idag finns om arbetet som en viktig förutsättning för god hälsa.

4.1 Låg arbetslöshet

Arbetslöshetens hälsoskadande effekter är ytterligare ett väsentligt argument för att hålla den öppna arbetslösheten så låg som möjligt. Detta gäller även när den ekonomiska tryggheten vid arbetslöshet är säkrad. Ett företagsekonomiskt olönsamt arbete kan vidare vara samhällsekonomiskt lönsamt om man tar i beaktande såväl de direkta (produktionsbortfall, arbetslöshetsersättning etc) som de indirekta kostnaderna (ökad sjuklighet och dödlighet, ökad sjukvårdskonsumtion, nedsatt personligt välbefinnande).

Ur ett hälsopolitiskt perspektiv är det vidare väsentligt att betona att det även vid en generellt sett låg arbetslöshet kvarstår allvarliga hälsorisker. De som först drabbas av arbetslöshet och har de mest begränsade möjligheterna att erhålla fast anställning är – som tidigare redovisats – ofta grupper som också hälsomässigt drabbas hårdast av att vara arbetslösa.

4.2 Säkra arbetstillfällen

Säkerheten i en anställning – d v s överblicken över hur lång tid man har arbetet – har visat sig vara av stor betydelse för hälsotillståndet. Arbetsmarknadspolitiken idag arbetar delvis med mycket kortfristiga insatser (t ex beredskapsarbete på högst 6 månader).

Hot om arbetslöshet och en osäker framtid på arbetsmarknaden är ur hälsosynpunkt (mätt t ex som blodtrycksstegring, utsöndring av stresshormoner eller subjektiv ohälsa) sannolikt lika ogynnsamt som öppen arbetslöshet. I stället för kortfristiga insatser borde arbetsmarknadspolitiken syfta

till mer långsiktiga lösningar. Beredskapsarbete som en grundtrygghet, där man inte hotas av att arbetet skall upphöra, men från vilket det är naturligt att man så småningom erhåller fast anställning bör även mot denna bakgrund prioriteras framför kortare 6-månaders anställning (exempelvis i form av arbetsmarknadspolitiska stödinsatser för att tidigarelägga en planerad fast anställning exempelvis inom landsting och primärkommuner).

4.3 Arbete åt riskgrupper

I avsnitt 4 har beskrivits några grupper med stor risk för ogynnsamma reaktioner på arbetslöshet samt klarlagts några områden där dessa riskgrupper är särskilt frekventa. Ett hälsopolitiskt mål inom arbetsmarknadspolitiken bör ta särskilt sikte på att söka bereda arbete åt dessa ur ett hälsopolitiskt perspektiv speciella riskgrupper.

Det innebär riktade insatser såväl geografiskt som branschmässigt. Detta förutsätter sannolikt ökade kunskaper om arbetsmarknaden för gruppen korttidsutbildade, ensamstående äldre män och invandrare (speciellt kvinnor) samt intensifierade insatser för att finna lämpliga arbetsuppgifter för just dessa grupper.

4.4 Arbete åt nytilträdande på arbetsmarknaden

En stor grupp arbetslösa är de som ännu ej är etablerade på arbetsmarknaden t ex ungdomar och kvinnor som åter vill förvärvsarbeta efter en tid i hemmet.

Hälsoeffekten av arbetslöshet bland t ex ungdomar är – som tidigare betonats – föga studerad men sannolikheten för socialt ogynnsam utveckling är stor. Det är därför angeläget att även ur ett hälsopolitiskt perspektiv rikta speciell uppmärksamhet på dessa grupper.

4.5 En förbättrad arbetslöshetsförsäkring

Försäkringssystemet vid arbetslöshet har i huvudsak byggts upp under tider av högkonjunktur, då arbetslösheten varit ett relativt sällsynt och kortvarigt fenomen. Man kan nu notera att systemet har allvarliga brister. Antalet utförsäkrade ökar kraftigt. Av alla arbetslösa saknar över hälften ekonomisk ersättning från A-kassa eller KAS. Det ekonomiska hotet mot den arbetslöse och dennes familj framstår fortfarande som mycket bekymmersamt. Arbetslösheten är ett hot för den som ännu har arbete – utförsäkringen ett nytt hot för den som är arbetslös. För att kompensera bristerna i arbetslöshetsskyddet får stundtals sjukvården och sjukförsäkringen träda till (sjukskrivning i stället för arbetslöshetskassa, förtidspension på grund av arbetslöshet). Riskerna för medikalisering – att tvingas etikettera någon som sjuk därför att det försäkringsskydd som vore det naturliga, arbetslöshetsersättningen, inte räcker till – är ett växande problem. Det är troligt att en hel del av de ogynnsamma hälsoeffekter som förknippas med arbetslöshet skulle kunna lindras med ett bättre och säkrare försäkringssystem vid arbetslöshet.

5 Tänkbara kontakt- och samverkansformer

5.1 Hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen

Hälso- och sjukvården skall – som tidigare betonats – aktivt medverka i samhällsplaneringen. En viktig del av denna medverkan är att delge ansvariga organ utanför hälso- och sjukvårdssektorn kunskaper om hälso-risker och ohälsans omfattning och fördelning inom befolkningen.

Vidare kan det vara aktuellt med en direkt samverkan med olika samhällssektorer i planering och genomförande av projekt och program.

Det är bl a mot denna bakgrund angeläget att för svenskt vidkommande i första hand finna former för att på olika nivåer säkerställa ett kunskapsutbyte av värde vid utformningen av t ex arbetsmarknadspolitiska insatser och för den allmänpolitiska debatten avseende full sysselsättning. Självklart innebär denna inriktning mot samhällsinriktade insatser inte att hälso- och sjukvårdens traditionella vårdande uppgifter skall begränsas vad avser hälsoproblem relaterade till arbetslöshet. Tvärtom är det väsentligt att i ökad utsträckning identifiera riskgrupper och aktualisera tidiga stödinsatser. Denna individinriktade verksamhet måste dock ses som en integrerad del i en samlad hälsopolitik där självklart det avgörande problemet är hur hälsorisken – i detta fall arbetslösheten – skall kunna reduceras. Huvudansvaret för denna del av den offentliga hälsopolitiken ligger självklart på samhällsorgan som utformar t ex arbetsmarknads-, närings- och regionalpolitiska insatser.

Det finns samtidigt anledning – speciellt vad avser problemområdet arbetslöshet-ohälsa – att starkt betona att hälso- och sjukvårdens engagemang ej får utvecklas mot en medikalisering av sociala och ekonomiska samhällsproblem. Det är endast genom åtgärder inom ramen för den allmänna ekonomiska politiken som arbetslöshetsproblemen kan lösas.

En tendens till medikalisering och sociala och ekonomiska samhällsproblem finns tydligt i vissa länder t ex Storbritannien med en hög strukturellt betingad långtidsarbetslöshet. Hälso- och sjukvårdens insatser relaterade till arbetslöshetsproblematiken har där primärt fått karaktären av individinriktade terapeutiska insatser som – något tillspetsat – kan sägas syfta till att ”vänja folk vid arbetslöshet”.

Utifrån detta perspektiv aktualiseras nedan några tankar om lämpliga kontaktformer mellan hälso- och sjukvården och organ ansvariga för arbetsmarknadspolitiska insatser på nationell, regional och lokal nivå.

5.2 Hälso- och sjukvårdens uppgifter på central nivå

Då det gäller hälso- och sjukvårdens uppgifter på central nivå kommenteras här i första hand de uppgifter som bör åligga socialstyrelsen som central myndighet. Hit hör dels frågor som bör gälla datainsamling samt kunskaps- och åtgärdsmedverkan, dels insatser för att stimulera till forsknings- och utvecklingsverksamhet på området.

5.2.1 Översikt av kunskapsutvecklingen

Kunskapen om arbetslöshetens inverkan på hälsan kan inte i första hand hämtas från hälso- och sjukvårdens reguljära arbete, även om detta är en viktig komplettering. Den kartläggning som vi nedan kommer att föreslå inom hälso- och sjukvårdens patientverksamhet har i första hand syftet att vara vägledande då det gäller att ta fram ett underlag för diskussion av arten och fördelningen av insatser mot arbetslöshet. En förutsättning för detta arbete är att man redan har viss kunskap om arbetslöshetens inverkan på hälsan. För att få denna kunskap krävs traditionell forskningsverksamhet utanför hälso- och sjukvårdens ordinarie verksamhet.

En viktig uppgift för den centrala myndigheten på området är att hålla sig à jour med forskningsfronten, sammanställa resultaten, nationella och internationella, och göra dem tillgängliga för ansvariga organ och organisationer på arbetsmarknadsområdet, hälso- och sjukvården och andra berörda på lämpligt sätt.

5.2.2 Samordning av hälso- och sjukvårdens statistik

För att den kunskapsinsamling som görs på lokal och regional nivå skall vara användbar även på nationell nivå krävs viss enhetlighet vad gäller insamling av data och redovisning av dessa. Även om uppgifterna inte i alla delar behöver vara helt överensstämmande bör det åligga den centrala myndigheten att få till stånd enhetlighet vad gäller insamling av vissa grundläggande uppgifter (t ex åldersindelning, kriterier för arbetslöshet). Dessa uppgifter måste sedan sammanställas för hela riket och redovisas på lämpligt sätt. Frånsett värdet av uppgifterna som sådana på den nationella nivån är de också viktiga som jämförelsetal då man diskuterar de lokala och regionala siffrorna.

5.3 Länsnivå

Hälso- och sjukvårdens uppgifter på länsnivå är i huvudsak två. Dels gäller det att med sina kunskaper om ohälsa i befolkningen medverka i produktionen av det kunskapsunderlag om arbetslösheten och dess hälso-mässiga effekter som det lokala och regionala arbetet till stora delar vilar på, dels att i samarbete med olika länsorgan föra fram och hävda hälso- och sjukvårdens (och därigenom aktuella och potentiella patienters) erfarenheter.

Kunskapsunderlaget måste dels utgöras av generell kunskap om arbetslöshetens effekter på hälsotillståndet framtaget genom nationella och

internationella forskningsinsatser, dels av lokalt förankrad kunskap om hur det förhåller sig inom det egna landstingsområdets olika delar.

Kunskapen om ohälsans lokala utbredning och variation erhålls genom datainsamling i den primära vårdkedjan. Denna kunskap kan tillsammans med sysselsättningsstatistiken sammanställas inom länet och utgör då ett viktigt underlag för beslut om sysselsättningsskapande åtgärder inom länet.

5.3.1 Åtgärder för att påverka samhällets sysselsättningsplanering

På länsnivå arbetar länsarbetsnämnden och länsstyrelsen med sysselsättningspolitiska frågor. Länsstyrelsen svarar genom länsplaneringen för långtidsplanering av sysselsättningsutvecklingen i länet. Länsarbetsnämnderna bedriver en planeringsverksamhet på kortare sikt. Man skall också planera och vidta åtgärder som betingas av utvecklingen, bl a planering av byggnadsarbete, utformning av beredskapsarbete och insatser inom arbetsmarknadsutbildningen. Till detta kommer de år 1978 inrättade regionala utvecklingsfonderna som arbetar med frågor som direkt påverkar sysselsättningen. Staten, landstingen och näringslivet är huvudintressenter i utvecklingsfonderna.

Landstinget är företrätt i länsstyrelsen och i utvecklingsfondernas styrelser. Samtliga ledamöter i länsstyrelsen utom ordföranden utses av landstingen. Däremot är hälso- och sjukvårdsorganisationen utan representant i länsarbetsnämnden. Hälso- och sjukvårdens kunskapsmedverkan bör i första hand ske genom att samarbetsformer utvecklas med länsarbetsnämnden.

Det är givetvis också väsentligt att landstingets egen verksamhet ses i ett arbetsmarknadspolitiskt perspektiv med tanke på hälso- och sjukvårdssektorns stora roll – speciellt för den kvinnliga sysselsättningen. I dessa fall skall givetvis kontakterna förstärkas mellan landstingets planerande enheter och ansvariga arbetsmarknadsorgan.

5.3.2 Samhällsmedicinska funktioner

För att samordna och stimulera till en redovisning av arbetslöshet och ohälsa utifrån sjukvårdens verksamhet är det nödvändigt med en särskild funktion som kan ta ansvar för bl a detta.

Uppgifterna här blir i huvudsak tre: För det första krävs det att man utarbetar rutiner för hur datainsamlingen skall gå till – vilka data som skall samlas in, blankettunderlag etc och anvisningar för hur detta skall göras. För det andra måste enheten svara för en lämplig databearbetning av materialet (ålders- och diagnosindelning, standardisering med hänsyn till populationens storlek och åldersfördelning etc).

För det tredje måste bearbetningen sammanställas och analyseras i en form som gör den användbar både på lokal nivå (inom primärkommunen) och på länsnivå. Denna sammanställning skall också kunna ge beslutsfattare inom området löpande information om effekten av de åtgärder man vidtagit för att dämpa arbetslösheten och dess ogynnsamma effekter.

Detta arbete bör ses som ett led i en bredare kartlägningsverksamhet av hälsotillstånd och hälsorisker inom en samhällsmedicinsk funktion (den s k "kommundiagnosen").

5.4 Lokal nivå

5.4.1 Reguljära kontakter

Hälso- och sjukvården besitter på lokal nivå inom primärvården en viss kunskap om hur de arbetslösa har det ur hälsomässig synvinkel, vilka människor som drabbas hårdast av arbetslösheten etc. Denna kunskap kan vara av värde för t ex arbetsförmedling och distriktsarbetsnämnder. Distriktsarbetsnämnden med representanter från arbetsförmedling, intresseorganisationer och primärkommun kan vara en speciellt lämplig instans för arbetsmarknadspolitiska insatser. Speciell uppmärksamhet kan därvid ägnas åtgärder som kan öka möjligheterna för svaga grupper på arbetsmarknaden att erhålla jobb, d v s grupper där arbetslöshetens negativa effekter på hälsan kan förväntas vara speciellt allvarliga. Detta synsätt skulle t ex kunna innebära att arbetsförmedlingen i vissa fall väge in också den enskildes "behov" av arbete.

Samtidigt finns i detta hälsopolitiska perspektiv anledning aktualisera och intensifiera möjligheterna till rehabilitering snarare än en ofrivillig förtidspensionering p g a arbetsmarknadspolitiska skäl.

5.4.2 Särskilda åtgärder

Vid sidan om den löpande sjukvården och periodiska kontakter med ansvariga arbetsmarknadsorgan finns det i vissa fall anledning till särskilda åtgärder från hälso- och sjukvårdens sida, såsom uppsökande arbete respektive särskilda insatser vid företagsnedläggningar och massarbetslöshet.

Uppsökande verksamhet

De grupper i samhället som har den största risken att fara illa vid arbetslöshet är samtidigt de grupper som hälso- och sjukvården traditionellt har dålig kontakt med. Det rör sig om grupper där det otillfredsställda vårdbehovet är stort redan utan att arbetslösheten lägger ytterligare sten på bördan. Det måste här åligga hälso- och sjukvården att i betydligt större utsträckning än tidigare bedriva en uppsökande verksamhet.

Metoder för den uppsökande verksamheten kan t ex vara hembesök av distriktssköterskor och erbjudanden om hälsokontroller. I möjligaste mån bör sådana erbjudanden var kostnadsfria, då man i annat fall riskerar bortfall bland dem som torde ha det största behovet av den uppsökande verksamheten. I de fall man hittar människor i behov av medicinsk hjälp bör man givetvis erbjuda sådan. I många fall torde en viktig uppgift vara att hjälpa människor tillrätta beträffande kontakter med andra myndigheter, t ex arbetsförmedlingen. Även ur rent epidemiologisk synpunkt är den kartläggning som den uppsökande verksamheten innebär värdefull.

Åtgärder vid företagsnedläggningar och massarbetslöshet

På vissa orter sker ibland nedläggning av mycket stora arbetsplatser där merparten av bygdens yrkesverksamma får sin försörjning. I andra fall drabbar arbetslösheten en mycket stor del av människorna på grund av en kris i en relativt ensartad näringslivsstruktur. Hälso- och sjukvården har här ett lokalt ansvar för en sekundärpreventiv verksamhet.

I samband med företagsnedläggningar eller massavskedanden, mister de anställda vanligen sin företagshälsovård, i den mån de haft tillgång till sådan. Det är viktigt att främst primärvården här etablerar ett samarbete med företagshälsovården. I första hand bör syftet vara att utverka möjligheter för de anställda att få behålla sin företagshälsovård så länge det är möjligt – även om man sagts upp och avskedats. Behovet av företagshälsovårdens insatser torde vara större då än många gånger tidigare. I andra hand bör primärvården förbereda ett övertagande av såväl patienter som kunskaper (journaler) om dessa patienter från företagshälsovården. Företagshälsovården kan ha viktig kunskap om vilka riskgrupper (t ex ensamstående, missbrukare, personer med hjärt- och kärlsjukdomar, med depressiv läggning etc) som kan vara i behov av särskild observans när de kommer till vårdcentralen, med tanke på den påtvungna arbetslösheten.

Det bör i detta sammanhang noteras att det f n pågår forskningsverksamhet för att närmare klarlägga vad primärvården kan hjälpa till med vid en företagsnedläggning, bl a i Köpmanholmen.

6 Kunskapsuppbyggnad inom hälso- och sjukvården

Det finns inom svensk hälso- och sjukvård ingen tradition att i det reguljära arbetet beakta arbetslöshet som en hälsorisk. Samtidigt kan – med hänvisning till bl a tidigare redovisade forskningsresultat och behov av samverkan med bl a arbetsmarknadsorgan – konstateras att en successiv kunskapsuppbyggnad sker kring detta hälsoproblem såväl inom primär- som länssjukvården och att rutiner utvecklas för spridning av denna kunskap.

Detta utvecklingsarbete inom ramen för hälso- och sjukvårdens reguljära arbete kan beskrivas i termer av observation, dokumentation, information och aktion.

6.1 Observation

Under senare år har arbetsmiljöns betydelse för människornas hälsa rönt ökad uppmärksamhet. Framför allt har man blivit mer observant på de risker (kemiska, fysikaliska och sociala) som finns på arbetsplatserna. I ljuset av den föreliggande kunskapen blir det emellertid angeläget att betona vikten av arbete också som en förutsättning för en god hälsa. En av de allra sämsta "miljöerna" är att sakna arbete.

Allt detta understryker vikten av att man inom sjukvården rutinmässigt tar en yrkesanarnes på de patienter som söker sjukvården. Förutom de traditionella hygieniska riskerna i arbetet måste man här också belysa huruvida patienten överhuvud taget har något arbete, varaktigheten i den aktuella anställningen, om man har längre eller kortare arbetstid än man skulle önska, hur den ekonomiska situationen är etc. Vad gäller de som saknar arbete eller har en osäker arbetsituation är det vidare viktigt att försöka penetrera oron inför framtiden och vilka realistiska alternativ som står till buds för patienten.

Ett exempel på viktiga frågor som kan ställas inom ramen för en yrkesanarnes ges i nedanstående figur.

Figur 2: Utkast till frågeschema för yrkesanammes

| I Allmänt | II Sysselsättningsstatus | III Arbetsmiljö |
|-----------------------|--|---|
| Yrke/utbildning | Förvärvsarbete/ej förvärvsarbete | Fysikalisk miljö |
| Nuvarande arbetsplats | Typ av anställning (beredskapsarbete, vikariat, fast anställning etc) | Kemisk miljö |
| Tidigare arbete | Orsak till ej förvärvsarbete | Psykosocial miljö |
| Aktuell anställning | Söker arbete | Krav och kontroll i miljön |
| | Möjlighet att få (annat) arbete, inom branschen, på orten — i annan bransch, vid flyttning | Subjektiv oro för arbetsmiljö Arbetstider — förläggning, längd |
| | Aktuella åtgärder för att få arbete | Aktuell lön, löneform |

Den information som man på detta sätt samlar in är i många fall sådan som man redan idag frågar om då patientärendet aktualiserar frågor om omplacering, förtidspensionsutredning etc. Det väsentliga med att göra denna typ av kunskapsinsamlande till en rutin är att på ett tidigt stadium kunna koppla symtom och hälsoproblem till sysselsättningsituationen, även då patienterna inte gör någon koppling mellan dessa företeelser.

6.2 Dokumentation

Både för att bidra till kunskapsutvecklingen och för att skärpa uppmärksamheten på fenomenet är det viktigt att man bokför sina observationer. En relativt detaljerad yrkesanammes med sysselsättningsstatus bör komma in som en naturlig del i varje klinisk bedömning, och givetvis journalföras på ett relevant sätt. Görs detta som rutin kommer det inte att kräva så mycket tid att vid varje nytt patientbesök föra in de förändringar som ägt rum sedan föregående besök.

Ett problem med den nuvarande, personorienterade journalföringen är att all information binds till den enskilde patienten. Det krävs mycket arbete för att göra systematiska sammanställningar av hur t ex förekomst av en viss sjukdom varierar mellan åldersgrupper, yrkesgrupper eller av grupper bosatta inom olika geografiska områden. En förutsättning för att ett visst merarbete i kunskapsinsamlandet skall förefalla meningsfullt — och motivera till noggranna insatser inom området — är att den som gör datainsamlingen också får handfast uttryck för vad kunskapen kan användas till.

Ett sätt att i detta sammanhang göra en deskriptiv sammanställning av den information som samlats in är att man under vissa perioder systematiskt noterar t ex uppgift om sysselsättningsstatus och andra variabler av intresse (ålder, diagnos, läkemedelsförskrivning etc) i ett system vid sidan om den sedvanliga patientjournalen, så att man sedan kan bearbeta materialet

separat och ta fram aktuell statistik. För närvarande pågår på flera håll arbete för att utveckla ADB-system för patientbesök. Ett sådant system skulle givetvis på ett enkelt sätt möjliggöra fortlöpande registrering av dessa frågor.

Om man gör en sådan kartläggning ger detta möjlighet till en konkret analys av situationen i det aktuella sjukvårdsområdet. Man kan se de arbetslösas andel av alla dem som söker sjukvård, man kan studera variationer över tid, vilka geografiska områden som är mest drabbade, vilka åldrar och vilka patientkategorier som är mest frekventa. De samhällsmedicinska enheterna (SME) har här en viktig uppgift då det gäller att utveckla och samordna redovisningsrutinerna.

Det är vidare angeläget att yrke- och sysselsättningsstatus inkluderas i de reguljära patientdatabaser som finns i flertalet landsting.

6.3 Information

Genom de två tidigare stegen – observation och dokumentation – genereras kunskap inom hälso- och sjukvårdssektorn som skall föras vidare till olika instanser.

- *Patienten.* Som ett naturligt led i behandlingsarbetet gäller det att i diskussion med patienten klargöra orsaker och bidragande faktorer till sjukdomstillståndet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är detta numera en direkt skyldighet för hälso- och sjukvården. Det är – som tidigare påpekats – viktigt att man undviker att etikettera sociala missförhållanden och problem som medicinska. För att kunna undvika denna missvisande typ av medikalisering måste dialogen med patienten baseras på en god kunskap om den sociala etiologin.
- *Olika grupper som berörs av arbetslöshet.* Den lokala sjukvårdsorganisationen bör i det område där man arbetar föra fram den kunskap man har till enskilda och grupper som på olika sätt berörs av arbetslösa (t ex företagshälsovård, olika arbetsplatsgrupper, fackliga organisationer, politiska partier etc).
- *Myndighet.* Från sjukvårdens kliniska vardag inom primärvård och länssjukvård måste – som betonats i ett tidigare avsnitt – den vunna kunskapen vidarebefordras till bl a statliga och kommunala organ ansvariga för arbetsmarknadspolitiska insatser. För att en sådan redovisning skall vara användbar krävs välutvecklade dokumentationsrutiner. De samhällsmedicinska enheterna kan bli av strategisk betydelse för att utveckla och vidarebefodra denna typ av risk- och sjukdoms epidemiologiska beskrivningar och analyser.

6.4 Aktion

Den mest krävande typen av insatser har här sammanfattats under rubriken "aktion". Med detta menas att hälso- och sjukvården – utifrån tidigare vunnit kunskap och på sätt som tidigare beskrivits – aktivt bidrar till att kunskap om arbetslöshetens hälsoeffekter utnyttjas för att försöka förhindra eller motverka arbetslöshetens verkningar.

76 Referenser

- Brenner M H. Mental illness and the economy. Cambridge, Mass. 1973
- Bunn A R. Ischaemic heart disease mortality and business cycle in Australia. American Journal of Public Health, 1979, 69 (8) 772, 781
- Frese M, Mohr G. Die psycho-pathologische Folgen des Entzug von Arbeit: der Fall Arbeitslosigkeit. I: Frese M (ed) Industrielle Psychopatologie. Bern, 1978
- Gravelle HSE, Hutchinson S, Stern J. Mortality and unemployment: a critique of Brenners time series analysis. The Lancet 1981, 2, 675-679
- Janlert U. Arbetslöshet och ohälsa. Socialmedicinsk tidskrift, nr 3, 1980
- Jyrkämä J. Arbetslöshet och bruk av rusmedel. Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning. NU-serien A 1980:16
- Kannas L, Hietaharje L. Unga arbetslösa mäns hälsobeteende. Socialmedicinsk tidskrift, nr 3, 1980
- Stern J. Unemployment and its impact on morbidity and mortality. Centre for labour economics, London School of Economics, Discussion Paper No. 93, September 1981
- Wadensjö E. Ungdomsarbetslösheten. Ekonomisk Debatt, 1978, 6 (4) 224-235
- Dahlberg & Åberg. Geografisk rörlighet – sociala och ekonomiska konsekvenser (1978).

V Hälsopolitiska aspekter på kost och nutrition

1 Bakgrund

Det stora kost-hälsoproblemet i Sverige var långt in på 1900-talet brist på mat och undernäring hos stora befolkningsgrupper, således samma problem som i de flesta utvecklingsländer. Efter andra världskriget har utvecklingen inneburit att vi i Sverige, som i andra industrialiserade länder, fått ett överflödande och rikt varierat utbud av livsmedel som dessutom praktiskt taget alla medborgare haft tillgång till. Gradvis har det emellertid blivit uppenbart att denna utveckling har givit oss nya hälsoproblem. Att förbättra kostvanorna har blivit en viktig uppgift för den förebyggande hälsovården.

En annan utgångspunkt är erfarenheterna av den kostupplysning som i samhällets regi bedrivits i nu mer än 10 år. Man kan konstatera en allmän kunskapshöjning och ett ökat intresse för frågor som rör kost och hälsa, men också att upplysningen fått störst effekt i de mer resursstarka befolknings-skikten. De som redan hade ganska goda kunskaper och tämligen bra kostvanor har skaffat sig ännu bättre kunskaper och vanor. Det finns undersökningar som tyder på att klyftorna mellan starka och svaga konsumenter ökat. Till detta skall läggas att de svaga konsumenterna till stor del återfinns bland sådana grupper som utsätts också för andra hälsorisker än dåliga kostvanor, t ex dålig arbetsmiljö. I HS 90:s kunskapsöversikter har tidigare redovisats att ohälsan är ojämlikt fördelad mellan skilda socioekonomiska grupper. Sannolikt bidrar skillnader i kostvanor mellan olika grupper till dessa skillnader i hälsotillståndet.

I folkhälsoarbetet kan det uppstå konflikter mellan samhällets mål och individens fria vilja. En sådan tydlig konflikt finns t ex på det alkoholpolitiska området, men även på andra områden där samhällsåtgärder för att förbättra människornas trygghet och säkerhet uppfattas som frihetsinskränkningar. Så länge kostvanorna inte allmänt uppfattas som en väsentlig hälsfaktor eller ett riskområde så kommer samhällets åtgärder för att styra konsumtionen att av många uppfattas som förmynderi. Det krävs därför dels att samhällsorganen mycket tydligt redovisar motiven och dels att de åtgärder man vidtar inte onödigtvis innebär inskränkningar i det fria valet. Det är emellertid samtidigt viktigt att redovisa varifrån "ropen på frihet" kommer. Det finns flera intressenter på kost- och livsmedelsområdet, men intressena sammanfaller inte nödvändigtvis. För konsumenter och producenter kan valfriheten ha helt olika innebörd.

Under de senaste åren har i riksdagsmotioner och i samhällsdebatten i övrigt pekats på behovet av en samlad livsmedelspolitik som till skillnad från

den hittills förda jordbrukspolitiken skulle lägga större vikt vid konsumentintressena och inte minst de näringsmässiga aspekterna. Livsmedelspolitiken bör med andra ord ta hänsyn till livsmedelssystemet som helhet och lägga grunden till en samordning av samhällets totala agerande på livsmedelsområdet, alltifrån produktion av jordbruksråvaror via förädling och distribution ända fram till konsumenternas bord.

Den av regeringen tillsatta livsmedelspolitiska kommittén diskuterar för närvarande dessa frågor och delbetänkanden har redan utarbetats. Med tanke på den långa jordbrukspolitiska traditionen och de starka producentintressen som finns inom lantbruks- och livsmedelssektorn kan man knappast förvänta att något radikalt nytänkande snabbt skall slå igenom. Det är därför angeläget att framhålla några aspekter på livsmedelspolitiken som är relevanta för hälso- och sjukvårdssektorn och som kan ses som bidrag till en offensiv, samhällsinriktad hälsopolitik inom området kost – hälsa. De aspekter som HS 90 vill aktualisera är

- kunskaper om samband mellan kost och hälsa
- behovet av konsumtionsförändringar speciellt med inriktning på riskgrupper
- prispolitik
- livsmedelssektorns struktur
- livsmedelsproduktion, distribution och marknadsföring
- sektorövergripande planering och samordning
- forskning, utveckling och utbildning.

Den som vill ha en mer detaljerad inblick i problematiken hänvisas till rapporten *Folkhälsa och livsmedelspolitik* som utarbetats i anslutning till HS 90-arbetet och som ges ut i serien *Socialstyrelsen redovisar*.

2 Kost och hälsa i ett internationellt perspektiv

Behovet av en samordnad hälsopolitik för att genom såväl samhälls- som individinriktade insatser skapa bättre förutsättningar för förbättrade kostvanor har med ökad intensitet aktualiserats i text av WHO och enskilda länder.

WHO har därvid också betonat hälso- och sjukvårdens ansvar för att ge underlag och påverka livsmedelspolitiken.

I de nordiska länderna kan noteras ett ökande intresse för men ännu ingen gemensam syn på kostpolitiken. Endast i fråga om näringsrekommendationer har man kommit fram till en i stort sett gemensam ståndpunkt.

I Danmark har det funnits starka intresse motsättningar i kostfrågan. Motståndarna till en kostpolitik menar att näringsvetenskapen inte tillräckligt övertygande kan visa att förändringar i kosten skulle förbättra hälsotillståndet. Ett annat argument är att en livsmedels- och kostpolitik kan begränsa individens fria val som är en förutsättning för marknadsekonomi. Förespråkarna för en kost- och livsmedelspolitik menar dock att individens frihet snarast utvidgas om konsumenterna känner trygghet inför de valmöjligheter som finns. Sedan 1979 finns en nutritionsenhet vid Miljöministeriet som arbetar för att få till stånd näringsrekommendationer, hälsouppläsning, rådgivning till livsmedelsproducenter och institutioner, näringsforskning m.m. Åtgärder för en mer hälsoriktig inriktning av lantbruksproduktionen har dock bedömts vara en känslig fråga att föra ut i en allmän debatt.

På Island pågår en utveckling mot en samlad kostpolitik. År 1979 – 1980 genomfördes en nationell undersökning av kostvanorna på Island för att man skulle få en uppfattning om befolkningens näringsintag. Det isländska jordbruket är mycket begränsat på grund av klimatet. Vissa möjligheter finns dock att utveckla jordbruket så att det kan medverka till att förbättra nutrition- och hälsotillstånd hos befolkningen.

I Finland har behovet av en samlad kost- och livsmedelspolitik debatterats allt intensivare de senaste 7-8 åren. Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte år 1979 en kommitté för att rapportera om sambandet mellan kost och hälsa med hänsyn till finländska förhållanden och utarbeta rekommendationer. Ett nutritionspolitiskt program planeras nu. Även Medicinalstyrelsens arbete med ett uppföljningssystem för folkkosten bör nämnas.

Den norska utvecklingen har varit unik genom den breda ansats som togs redan 1975 med stortingsmeldingen "Om norsk ernærings- og matforsyningspolitikk". Där föreslogs, att närings- och livsmedelspolitiken bör samordna flera viktiga målsättningar

Den bör stimulera till ett hälsomässigt gott kosthåll.

- Närings- och livsmedelspolitiken bör planeras i enlighet med rekommendationerna från FAO:s livsmedelskonferens.
- Av försörjningsmässiga skäl bör ambitionen vara att öka produktionen och förbrukningen av norska matvaror och förbättra möjligheten att snabbt kunna öka självförsörjningsgraden när det gäller livsmedel.
- Av regionalpolitiska skäl bör den största vikten läggas på att utnyttja livsmedelsresurserna i ekonomiskt svaga regioner.

De medel som anvisades var följande:

- Jordbruks- och fiskeripolitiska åtgärder
- Prispolitik och livsmedelssubventioner
- Åtgärder angående industriell bearbetning och import
- Åtgärder när det gäller distribution och marknadsföring
- Upplysning och undervisning
- Bestämmelser om innehåll och sammansättning på matvaror
- Forskning.

Statens ernaeringsråd, vilket samtidigt omorganiserades, har först och främst en rådgivande funktion, men skall också driva aktiv upplysningsverksamhet. Ett interdepartementalt samordningsorgan inom kostområdet, där åtta departement samverkar, inrättades. Livsmedelspolitiken i den norska tappningen är en tvärspektoriell samhällsangelägenhet.

2.1 Utvecklingen i Sverige

I Sverige förefaller utvecklingen sakta gå från jordbrukspolitik till livsmedelspolitik. På 1930-talet byggdes det upp en försvarslinje mot utländsk konkurrens genom tullar, handelshinder och marknadsföringsåtgärder, företeelser som delvis fortfarande finns kvar i den svenska jordbrukspolitiken.

1942 års jordbruksutredning och 1947 års jordbrukspolitiska beslut baserades på följande grundtankar

- att det svenska jordbruket hade små möjligheter att konkurrera på en fri internationell marknad
- att ett fortsatt statligt jordbruksstöd var nödvändigt
- att rationaliseringsbehovet var stort inom jordbruket.

Det centrala målet för jordbrukspolitiken var inkomsmålet, d v s att uppnå och bevara jordbrukarnas inkomstlikställighet med andra befolkningsgrupper.

Huvudmålet för nästa jordbrukspolitiska beslut år 1967 var produktionsmålet. Landets självförsörjningsgrad skulle i slutet av 1970-talet vara lägst 80 procent.

År 1968 inrättades den s k livsmedelsberedningen som ett rådgivande organ till jordbruksministern. I beredningen, där bl a näringsexperter ingår, är även hälsovårdsministern ledamot. Beredningen kan ses som ett uttryck

för att hälsoaspekter i delvis ny bemärkelse kan komma att beaktas i livsmedelspolitiken.

Redan 1972 tillsattes en ny jordbruksutredning. I direktiven fastställs att de allmänna målen för jordbrukspolitiken skall fortsätta att gälla. Jordbruket skall åstadkomma en produktion av önskad storlek till lägsta möjliga samhällsekonomiska kostnad. Samtidigt skall de som är sysselsatta inom jordbruket få del av standardstegringen. Från konsumentsynpunkt skall kostnaderna för jordbruksprodukterna vara så låga som möjligt.

Socialstyrelsen yttrade sig över jordbruksutredningens betänkande, Översyn av jordbrukspolitiken, och påpekade bl a att livsmedelskonsumtionen i avseende på effekterna på folkhälsan styrts i negativ riktning genom prispolitiken, vilket knappast behandlats av utredningen.

Sammanfattningsvis ansåg socialstyrelsen i sitt remissyttrande bl a

- att folkhälsomålet inte behandlats av utredningen och att detta är en avgörande brist
- att livsmedelsproduktion i Sverige nu och i framtiden inte förefaller att bli anpassad till hälsomässiga krav
- att utredningen därmed kan leda till att statsmakterna inte beaktar de näringsfysiologiska mål som näringsforskarna är ense om och som uttalats vid Världshälsoorganisationens möte i maj detta år
- att de ekonomiskt och socialt svaga gruppernas behov och möjligheter bör vara vägledande, när statsmakterna tar ställning till prispolitiken för livsmedel
- att näringsexpertis bör knytas till konsumentdelegationen för att bevaka att vederbörlig hänsyn tas till konsumenternas näringsbehov.

Den kommitté som regeringen tillsatte år 1982 för utformning av en livsmedelspolitik kan bli ett viktigt steg mot en balanserad kost- och livsmedelspolitik. Motiven för en översyn av livsmedelspolitiken var bl a att konsumenterna drabbats av kännbara prishöjningar, att den strukturella utvecklingen inom livsmedelsområdet lett till större och färre produktionsenheter och en stark koncentration inom livsmedelsindustrin av såväl ägandet som tillverkningen. Också det multinationella inslaget i livsmedelsindustrin borde ses över.

Vad gäller nutritionspolitiska och hälsopolitiska aspekter säger direktiven följande

”Till en samlad översyn av livsmedelsförsörjningen hör som jag tidigare angett givetvis frågan om åtgärder för att förbättra folkhälsan. Utvecklingen inom de olika leden av livsmedelskedjan bör därför analyseras med hänsyn till effekter på livsmedlens kvalitet och näringsinnehåll. Kommittén bör redovisa om förändringar är önskvärda av konsumtionen med hänsyn till folkhälsosynpunkter och i så fall vilka möjligheter som finns att påverka konsumtionen och därmed produktionsinriktningen.”

3 Kunskap om sambanden mellan kost och hälsa

En till socialstyrelsen knuten expertgrupp för kost och motion utarbetade i början av 1970-talet faktaskriften *Kost och motion*, som beskrev riskerna med felaktiga kost- (och motions-)vanor och gav rekommendationer om förändringar. Skriften reviderades år 1978.

År 1981 gjordes en kunskapsöversikt i HS 90:s underlagstudie *Hälsorisker* (SOU 1981:1) varvid bl a kostens samband med vissa sjukdomstillstånd belystes. Aktuell forskning har nu ytterligare belagt kostens betydelse som riskfaktor och orsak till brister i välbefinnandet. Bl a kan man fastslå att kosten är en riskfaktor för uppkomsten av ischemisk hjärtsjukdom, t ex hjärtinfarkt och angina pectoris. I bl a ett stort befolkningsprojekt i Oslo har man genom att med kostomläggning sänka blodfettsnivån hos en grupp kunnat konstatera en minskad förekomst av hjärtinfarktsjukdom i den behandlade gruppen jämfört med en kontrollgrupp. I såväl laboratoriestudier som befolkningsstudier och åtgärdsförsök har påvisats att blodfettnivån kan påverkas och är relaterad till ischemisk hjärtsjukdom.

Högt blodtryck, hypertoni, som är en annan riskfaktor för uppkomsten av bl a ischemisk hjärtsjukdom, anses också ha samband med kosten, främst dess innehåll av koksalt.

Fetma eller övervikt har ofta samband med kostvanorna och är en riskfaktor för olika sjukdomstillstånd. Kraftig övervikt innebär också en ökad risk för olycksfall, minskad förmåga att klara situationer som kräver fysisk aktivitet, ökad påfrestning på t ex cirkulation och leder m m.

Ökad risk för *diabetes* föreligger vid fetma. Ca 75 procent av alla vuxendiabetiker bedöms vara överviktiga. Kostbehandling är för övrigt en av hörnstenarna i dagens diabetesbehandling.

Låg konsumtion av kostfibrer är en viktig orsak till *förstoppning eller obstipation*, vilket är en mycket vanlig åkomma. Långvarig förstoppning kan leda till allvarliga sjukdomstillstånd.

Att *tanddröta, karies* till mycket stor del orsakas av felaktiga kostvanor är känt sedan länge. Kostupplysning som lett till bättre vanor har också visat sig vara en effektiv förebyggande åtgärd.

Under senare tid har kostens betydelse för uppkomsten av *cancer* diskuterats och man antar nu att kostvanorna ligger bakom en stor andel av vissa cancerformer. Underlag för dessa antaganden är bl a geografiska studier av cancersjukdomarnas utbredning och förändringar i samband med migration. En aktuell översikt av cancerforskningen redovisar att kosten kan

ha betydelse för ca en tredjedel av alla cancerfall. Fett är en kostkomponent som anses bidra till uppkomsten av cancer, medan kostfibrer och vissa vitaminer har en skyddande verkan.

Olämpligt sammansatt kost eller en mycket låg energitillförsel kan ge upphov till bristtillstånd. I Sverige är i dag *järnbrist* det enda bristtillstånd som uppträder mer allmänt. Man räknar med att 15-30 procent av kvinnor i barnafödande åldrar har järnbrist. Både mineral- och vitaminbrist skulle dock vara betydligt vanligare om inte vissa livsmedel berikades.

Socialstyrelsen har i samarbete med livsmedelsverket påbörjat en revidering av faktaskriften *Kost och motion*. En referensgrupp av experter som till största delen utgörs av den tidigare expertgruppen MEK har tillsatts och diskuterar för närvarande om det finns anledning att formulera nya rekommendationer eller att förstärka argumentationen för de rekommendationer som finns sedan länge.

3.1 Från brist till överflöd

Det största näringsproblemet även i Sverige fram till 1920-talet var, vilket nämdes inledningsvis, undernäring – kvantitativt och kvalitativt. Kosthållet var då ofta mycket ensidigt och baserades i hög grad på det vi brukar kalla basmaten, d v s bröd, mjöl, gryn, potatis, rotsaker, mjölk och något matfett. Efter andra världskriget förändrades matvanorna. Konsumtionen av potatis, bröd och spannmålsprodukter minskade, medan konsumtionen av fett och fettrika produkter samt socker och sötsaker ökade. Ju mer fett och socker maten innehåller desto större blir risken att halten av livsnödvändiga näringsämnen blir för låg. Bland de viktigaste skälen till kostvanornas förändringar var den höjda levnadsstandarden, en förbättrad ekonomi och en avancerad teknisk utveckling.

Utvecklingen i samhället innebar också stora förändringar av den fysiska aktiviteten. Genom mekanisering och automatisering i yrkeslivet ökade andelen människor med stillasittande arbete. Även hemarbetet förenklades och mekaniserades. Samtidigt innebar urbaniseringen att många människor fick långa avstånd mellan hem och arbete. Allt fler kom att använda sig av allmänna kommunikationsmedel eller egen bil. Dessa faktorer innebär bl a ett minskat energibehov, vilket bör ses i relation till förändringarna av kostens näringskvalitet.

Den dåvarande hälsovårdsupplysningsdelegationen, HVUD, (sedermera socialstyrelsens nämnd för hälsoupplýsning) tillsatte i slutet av 1960-talet den nämnda medicinska expertgruppen för kost och motion, MEK. Expertgruppen bedömde utvecklingen som ett folkhälsoproblem. Dess rekommendationer om önskvärda förändringar av kost- och motionsvanorna stöddes av en majoritet av forskare och sakkunniga i hälsofrågor. Rekommendationerna innebar

- att energitillförseln anpassas till energibehovet
- att konsumtionen av fett minskas från (dåvarande) ca 40 procent till ca 35 procent av den totala energitillförseln
- att konsumtionen av socker minskas från (dåvarande) ca 20 procent till ca 10 procent av den totala energitillförseln

- att tillförseln av nödvändiga näringsämnen ökas
- att den allmänna fysiska aktiviteten ökas.

Detta betydde i praktiken att man skulle

- öka konsumtionen av bröd och andra spannmålsprodukter, potatis, rotfrukter, grönsaker
- öka konsumtionen av magra mjölkprodukter på bekostnad av feta; fisk, magert kött och blodmat på bekostnad av feta kött- och charkuteriprodukter
- minska konsumtionen av matfett, socker och sockrade produkter.

De rekommendationer som MEK formulerade överensstämde i huvuddrag med dem som givits mer än 10 år tidigare. I början av 1960-talet publicerades "Den svenska folkkosten" av Gunnar Blix och Arvid Wretling och "Felnärd i välfärd" av Björn Isaksson i folkhälsoinstitutets tidskrift *Vår föda*. Detta förtjänar att påpekas, eftersom en vanlig missuppfattning är, att kostrekommendationer ofta förändras och att motstridiga råd avlöser varandra. I huvudsak har grundreglerna mindre fett och socker – mer bröd, spannmålsprodukter och vegetabilier – mer motion stått sig genom åren. Vad som hänt är att forskningen fortlöpande har givit säkrare sakunderlag för dessa rekommendationer.

3.2 Livsmedlens kvalitet och säkerhet

Ämnet kost och hälsa innefattar naturligtvis också livsmedlens kvalitet.

De flesta livsmedel innehåller i varierande proportioner både de energigivande näringsämnena protein, fett och kolhydrater och många av de vitaminer och mineralämnen som behövs för kroppens olika funktioner. Vid viss beredning kan livsmedel utarmas på sina naturliga beståndsdelar. Ett exempel är brödsäd som när den mals och siktas till mjöl förlorar bl a järn och vissa vitaminer, samt förmodligen också en del spårämnen. Även fiberinnehållet minskar. Dessa förluster ersätts i viss mån genom berikning, vilket nämnades i föregående avsnitt. Andra livsmedel saknar under vissa omständigheter livsnödvändiga ämnen, t ex jod som är nödvändigt för en normal ämnesomsättning. Jod finns huvudsakligen i saltvattenfisk och mjölk. Risken för jodbrist är stor i regioner som ligger långt bort från havet och som har nybildade jordarter och sparsam växtlighet. För att minska risken för jodbrist tillsätts i Sverige jod till det salt som används i hushållen.

Järnbrist och även andra bristtillstånd kan också förebyggas med kosttillskott i form av t ex tabletter. En fördel med metoden är att man kan ge tillskottet mellan måltiderna och därmed främja ett upptag i de fall detta hämmas av olika komponenter i födan. Åtgärden skulle också kunna riktas till riskgrupperna. Som profylaktisk metod har den emellertid stora nackdelar. En balanserad kost, där berikade livsmedel ingår, innehåller de nödvändiga näringsämnena. Risken är stor att kosttillskotten kan bli bortglömda eller att kostintresset fokuseras helt på något enda näringsämne.

Det är först under de senaste 30 åren som de s k spårämnenas betydelse har

uppenbarats. Kroppen behöver en viss halt av ett flertal mineralämnen som selen, mangan, koppar, zink etc men det har påvisats att några av dessa har toxiska (giftiga), hälsovådliga effekter i högre doser. De flesta mineralämnena förekommer naturligt i många livsmedel. Av olika anledningar kan de naturliga halterna höjas eller för livsmedlet ifråga främmande substanser tillföras. Exempel på sådana substanser är miljöföroreningar genom industriutsläpp, gödningsmedel, medel för bekämpning av ogräs och skadedjur etc. Även så kallade livsmedelstillsatser kan ha negativa effekter vilket lett till att antalet godkända tillsatser, t ex färgämnen och konserveringsmedel, successivt har minskat.

Förekomsten av miljögifter kan ha allvarliga konsekvenser. I Japan gav industriutsläpp av tungmetaller, bl a kvicksilver, upphov till en miljökatastrof på 1950-talet. Kvicksilvret lagrades upp i den fisk som åts av japanerna och 1000-tals människor dog eller blev invaliderade.

PCB (polyklorerade bifenyl), bly, nitrat, kadmium är andra exempel på miljögifter som av olika anledningar kan tillföras livsmedlen och ge upphov till skador på nervsystemet, njurskador, genetiska skador, tumörer etc. De negativa effekterna av olika substanser blir ofta inte synliga förrän efter mycket lång tid. Så var t ex fallet med DDT som använts i 10-tals år innan skadorna på miljö och människa upptäcktes.

I fråga om livsmedel måste man också uppmärksamma de metoder som utvecklas, ofta för rationalisering av produktion och distribution och de eventuella negativa effekterna på livsmedlens kvalitet. Vad innebär t ex beredning, konservering, långtidsförvaring, återupphettning av ett helfabrikat där kanske flera råvaror ingår, för produktens näringskvalitet när den slutligen konsumeras?

En annan aspekt på livsmedelskvalitet är sammansättningen av hel- och halvfabrikat; charkuterivaror, färdiga rätter, sylt och saft, sopp- och vällingpulver etc. Av expertrekommendationerna framgår att vi bör minska vår konsumtion av fett och socker. Den som själv lagar sin mat kan lätt åstadkomma detta. Men de många som av rationella skäl använder industriellt beredda produkter får acceptera att dessa ofta har en fett- och sockerhalt som är betydligt högre än vad som kan anses hälsofrämjande. Det krävs goda kunskaper för att man själv skall kunna komplettera en onödigt fet produkt med tillbehör som gör att måltiden blir balanserad.

3.3 Behov av central expertis

Man kan i fråga om kost och hälsa tala om tre olika kunskapszoner. Ett koncentrerat budskap om kost – hälsa för vilket kunskapsunderlaget kan anses vara hållbart finns idag sammanfattat som: mindre fett, mindre socker, mer potatis och bröd, mer fisk. Även i fråga om behovet av vissa vitaminer och mineralämnen finns tillräckligt kunskapsunderlag. Om kosten tillgodoses i dessa avseenden kan man förvänta att sjukdomspanoramata påverkas gynnsamt.

Det finns vidare en osäker zon som innehåller t ex sambanden mellan koksaltkonsumtion och hypertoni, betydelse av kostens fettsyrsammansättning etc. Hit kan också räknas hittills oförklarade samband som iakttagits mellan olika kost- hälsavariabler. Utvecklingen går snabbt och det är därför

viktigt med kontinuerlig bevakning och aktivt kunskapssökande.

Den tredje zonen är de experimentella hypotesernas fält där bl a orsaksinriktad forskning bedrivs.

Det fortsatta utvecklingsarbetet och kommande åtgärder bör utgå från dessa kunskapzoner.

Internationellt sett utförs en stor mängd forskning av relevans för kostområdet. Inom myndigheter och forskningsinstitutioner i Sverige finns en aktningvärd kompetens men naturligtvis finns det stort behov av mer och bättre kunskap. I den offentliga debatten och även i riksdagsmotioner har påtalats behovet av ett centralt organ för bevakning av kost-hälsaområdet. Det är angeläget att de centrala myndigheterna, socialstyrelsen och livsmedelsverket, ansvarar för att denna bevakning sker och därvid till sig knyter den erforderliga expertisen. I myndigheternas ansvar ligger att

- följa kunskapsutvecklingen inom området kost och hälsa
- följa konsumtionsförändringar med speciell uppmärksamhet på riskgrupper
- utarbeta och vid behov revidera näringsrekommendationer
- vidta och påtala eventuella behov av åtgärder.

4 Hälsopolitiska mål och medel

Socialstyrelsens MEK-grupp har föreslagit mål för en svensk kostpolitik inför 80-talet. För närvarande pågår, som nämnades tidigare, i samarbete mellan livsmedelsverket och socialstyrelsen en översyn av de svenska kostrekommendationerna i en särskild expertgrupp. Huvuddragen i de nya rekommendationerna kommer med stor sannolikhet att överensstämma med de nuvarande. Översynen motiveras främst av att det sakliga underlaget för rekommendationerna har blivit än mer övertygande.

Livsmedelsverket fastställde senast 1981 svenska näringsrekommendationer (som i stort sett är gemensamma för Norden). SLV har också definierat en kost som är så sammansatt att den

- tillfredsställer de primära näringsbehoven, d v s tillförsäkrar individen de fysiologiska behoven för tillväxt och funktion
- ger förutsättningen för en god hälsa och eliminerar risken för kostorsakade sjukdomar.

Näringsbehovet tillgodoses lättast om kosten är omväxlande och om man varje dag väljer produkter från kostcirkelns grupper: grönsaker, frukt och bär, potatis och rotsaker, mjölk och ost, kött, fisk och ägg, bröd och andra spannmålsprodukter samt matfett.

Livsmedelsverkets rekommendationer innehåller fyra olika avsnitt

- Fördelning av energigivande näringsämnen (protein, fett, kolhydrat)
- Rekommendationer om intag av vissa mineraler och vitaminer
- Referensvärden för energiintag
- Måltidsordning.

Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplýsning arbetade i slutet av 1970-talet fram rapporten Kost och motion inför 80-talet (h-rapport 11), som underlag för åtgärdsprogram .

Rapporten preciserade speciella angelägenhetsgrupper

- barn och ungdom 0-18 år samt deras miljö
- personer med stillasittande yrken
- invandrare
- män i 30-50-årsåldern.

Dessa grupper valdes ut på grund av sin strategiska betydelse. För att grundlägga positiva levnadsvanor, måste man nå människor i tidig ålder. Invandrarna har behov av praktisk vägledning inför ett främmande livsmedelssortiment och ett för många obegripligt system för märkning och information. De medelålders männen bedömdes angelägna, eftersom man hos dem finner tidiga symtom och även risker för hjärt- och kärlsjukdom och begynnande fetma. Denna grupp antas också vara mottaglig för upplysning och motiverad för att förändra sina kost- och motionsvanor.

Den medicinska expertgruppen, MEK, har därtill angivit några prioriterade riskgrupper såsom

- äldre, särskilt ensamstående
- feta personer
- ärftligt "belastade" (t ex diabetes i familjen, anlag för tidig hjärt- och kärlsjukdom)
- rökare
- invandrarbarn under avvänjningsperioden efter amning.

Även en övergripande strategi för förbättring av kost och motionsvanorna inför 80-talet utarbetades.

I rapporten framhålls att individens kost- och motionsbeteende bestäms av yttre förhållanden, förhållanden i hushållet och närmiljön samt förhållanden hos individen. Till den förstnämnda gruppen hör, när det gäller kost bl a: råvarutillgångar, produktionsförhållanden, handelsutbyte, varudistribution, marknadsföring, pris och prisrelationer, offentliga åtgärder riktade mot yttre förhållanden, medborgarinflytande, opinionsbildning samt värderingsstruktur i samhälle, traditioner. Bland de faktorer eller förhållanden i hushållet och närmiljön som påverkar kosthålllet: hushållsarbetets omfattning och fördelning, tillgänglighet till butiker, restauranger, dessa sortiment, pris, information m m, ekonomi, fritidens omfattning och fördelning. Mer individuella faktorer är t ex fysiologiska och psykologiska egenskaper, grupptillhörighet samt kunskap, attityder och vilja.

En strategi för förbättrad kost skulle enligt socialstyrelsens arbetsgrupp innehålla samhällsinsatser som kan stimulera goda kostvanor utan att individens privata agerande detaljkontrolleras.

4.1 Producent- och konsumentpåverkan

I diskussionen om mål och medel för en hälsoinriktad livsmedelspolitik måste man skilja på två områden för åtgärder. Dels är det fråga om konsumentinriktade åtgärder för att påverka t ex livsmedelsval, tillagning, måltidsordning etc. Kostupplysning har här nämnts som en viktig åtgärd. Men med tanke på att hushållsekonomin spelar en viktig roll för kostvalet bör tillgängliga ekonomiska styrmedel, t ex subventioner, användas för att öka de svaga konsumenternas möjligheter att välja sådana livsmedel som är positiva för hälsan. Även andra mer allmänt konsumentpolitiska åtgärder behövs.

Dels är det fråga om producentpåverkan. I Sverige har samarbete och frivilliga överenskommelser mellan myndigheter och producenter lett till att en del hälsosnyttiga produkter utvecklats, t ex magrare mjölkprodukter. Men på detta område krävs också lagstiftning och ekonomiska styrmedel, i synnerhet i ett ansträngt kostnadsläge. Mindre nogräknade producenter frestas då lätt att sänka kvaliteten på sina produkter i strid med vad som föreskrivs t ex i livsmedelslagen. Det är angeläget att framför allt livsmedelsverkets möjligheter till kontroll och uppföljning av livsmedelslagen inte försvagas.

Köpkraften har sjunkit hos vissa grupper och resurssvaga konsumenter tvingas använda en allt större andel av sin inkomst till matinköp. Av detta skäl kan det finnas risk för otillräcklig eller felaktigt balanserad näringstillförsel för vissa befolkningsgrupper.

För att förverkliga de svenska näringsrekommendationerna, vilket bör vara en av utgångspunkterna för en livsmedelspolitik, krävs åtgärder och insatser på många olika områden. Här sammanfattas de åtgärder som mer direkt berör jordbrukspolitiken.

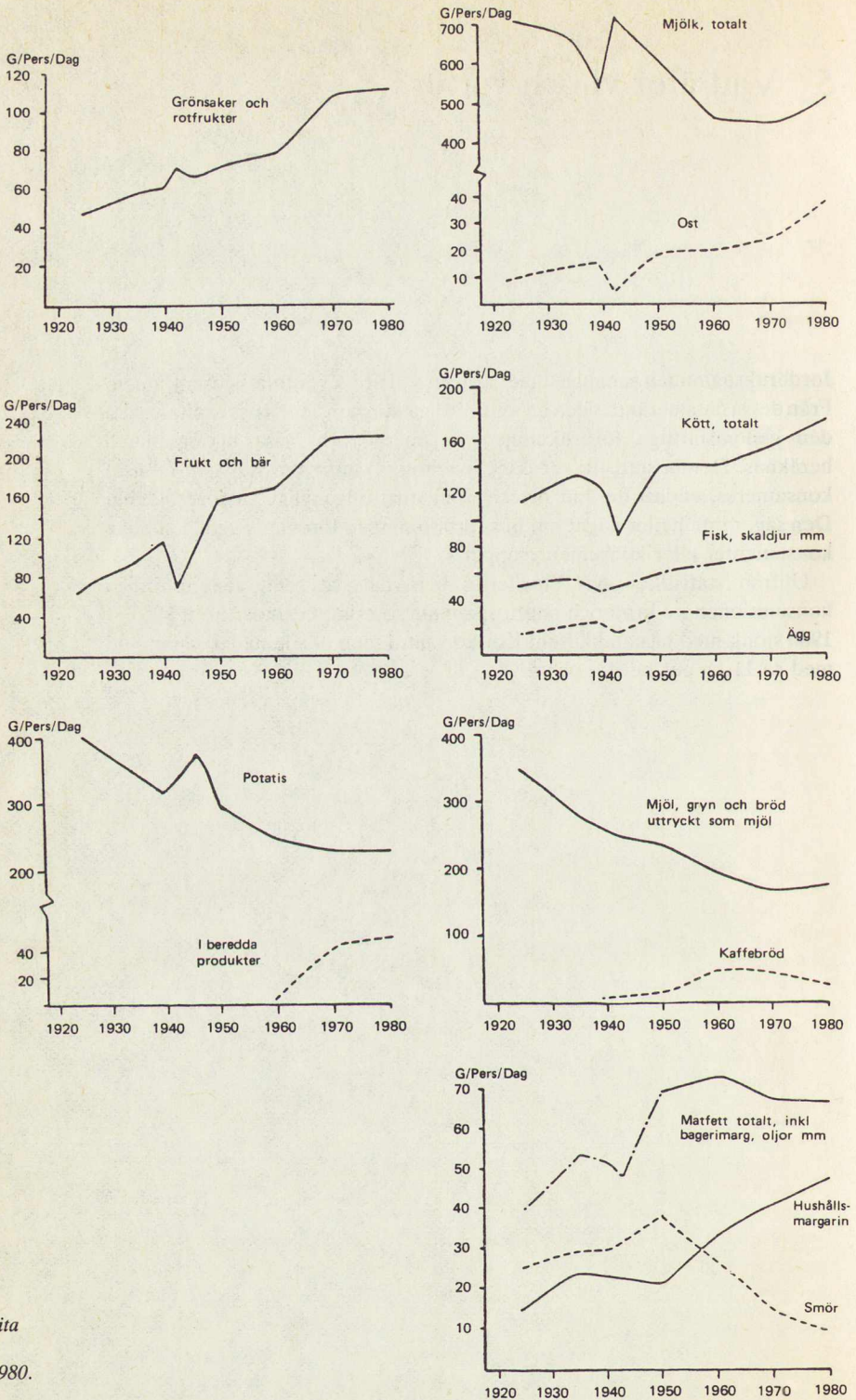
- I avvägningen mellan olika mål bör livsmedelspolitiken väga in även folkhälsomålet. En utgångspunkt är då de av myndigheterna fastställda kost- och näringsrekommendationerna.
- Ekonomiska och andra styrmedel bör användas för att underlätta ett hälsoriktigt livsmedelsval för svaga grupper.

För att understryka angelägenheten bör man om möjligt tidsmässigt precisera när målen bör vara uppnådda. En 10-årsperiod skulle inte vara otänkbar om kostupplysningen intensifieras och om lämpliga styrmedel används.

5 Vad äter vi och varför?

Jordbruksnämnden sammanställer årligen statistik över totalkonsumtionen. Från dessa data beräknas den genomsnittliga konsumtionen per capita. Även den genomsnittliga förbrukningen av energi och vissa näringsämnen beräknas. Denna statistik ger dock ingen upplysning om vad som faktiskt konsumeras, endast om hur mycket som varit tillgängligt för förbrukning. Den säger inte heller något om hur förbrukningen fördelar sig mellan olika konsumenter eller konsumentgrupper.

Utifrån statistiken har emellertid beräknats att den genomsnittliga konsumtionen av bröd och andra spannmålsprodukter under åren 1950 – 1980 sjönk med nästan hälften! Köttkonsumtionen ökade under samma tid med ca 11 kg per person och år.



Figur 1: Per capita konsumtion av livsmedel 1920-1980. (SLV 1983)

Den energiandel vi får från fett har ökat från 32,6 procent år 1945 till 40 procent år 1980. Dessa konsumtionsförändringar ligger bakom de tidigare nämnda rekommendationerna från näringsexperterna.

Enligt hushållsbudgetundersökningar lade svensken år 1954 ner i genomsnitt 1/3 av hushållskassan på maten, medan andelen 20 år senare hade krymp till 1/4. Alkohol och tobak tog 10 procent 1954 och även denna siffra hade sjunkit något, till 8,4 procent, 1974. Nyttigheter som hade ökade sin andel av hushållskassan var särskilt transporter, inkluderande utgifter för bilen, samt utgifter för hyra och bränsle. Livsmedlens andel av hushållens kostnader kan utgöra mellan 9 procent och 28 procent av de totala kostnaderna för olika hushåll.

Tabell 1 Hushållens livsmedelskonsumtion i procent av den totala konsumtionen efter hushållstyp och disponibel inkomst 1978

| Hushållstyp | Disponibel inkomst med indelning efter gruppens median | | Samtliga |
|-----------------------------------|--|---------------|----------|
| | Under medianen | Över medianen | |
| Ungdomar under 24 år | | | |
| Ensamstående | 11 | 9 | 10 |
| Samboende | 14 | 14 | 14 |
| Yngre barnlösa 25-44 år | | | |
| Ensamstående | 12 | 9 | 10 |
| Samboende | 15 | 13 | 14 |
| Samboende med barn under 18 år | | | |
| Med enbart barn 0-6 år | 18 | 16 | 17 |
| Med barn 0-6 och 7-17 år | 21 | 17 | 19 |
| Med enbart barn 7-17 år | 21 | 17 | 19 |
| Ensamstående med barn under 18 år | | | |
| Med enbart barn 0-6 år | .. | .. | 17 |
| Med barn 0-6 och 7-17 år | .. | .. | 22 |
| Med enbart barn 7-17 år | 20 | 17 | 18 |
| Äldre barnlösa 45-64 år | | | |
| Ensamstående | 20 | 15 | 17 |
| Samboende | 22 | 17 | 19 |
| Pensionärer | | | |
| Ensamstående | 26 | 20 | 22 |
| Samboende | 28 | 22 | 24 |
| Samtliga | .. | .. | 18 |

Källa: Hushållsbudgetundersökning (HBU) 1978, Statistiska centralbyrån

Detta innebär bl a att hushållen är olika känsliga för prisförändringar. En analys av konsumtionsmönstret hos skilda grupper är nödvändig för att man skall kunna studera fördelningseffekterna av olika åtgärder.

Det har under åren förekommit vissa kostvaneundersökningar inriktade på olika befolkningsgrupper och med varierande syften. I väl definierade undersökningsgrupper har man kunnat precisera samband mellan god hälsa och rätt kost.

Av vissa undersökningar har framgått att kunskaper och attityder, i viss mån också beteenden, hos den vuxna befolkningen med avseende på kost (och motion) förändrats något i positiv riktning under perioden 1971-1978. För detta torde kostupplysningen ha spelat en viss roll. För mer betydande och långsiktiga förändringar krävs dock konsument- och livsmedelspolitiska åtgärder.

Den s k låginkomstutredningen 1968 som i ett särskilt kapitel behandlade kosten, fann bl a att mindre än 1/3 av den vuxna befolkningen hade en acceptabel kost. De som hade en otillfredsställande livsmedelskonsumtion återfanns framför allt bland "oanställda och invalidiserade i socialgrupp 3".

Tabell 2 Andel med acceptabelt näringsintag, andel med minst två respektive minst tre fel i kostsammansättningen samt medeltal fel enligt kostindex i olika social- och yrkesgrupper

| | Andel med acceptabelt Näringsintag | | Andel med minst Två fel Tre fel | | Medeltal på felindex |
|---------------------------------|------------------------------------|------|---------------------------------|--|----------------------|
| | | | | | |
| Befolkningen 15-75 år | 31,1 | 27,4 | 6,0 | | 1,03 |
| Företagsledare, fria yrken | 41,7 | 14,5 | 1,4 | | 0,74 |
| Off anst högre tjänstemän | 45,0 | 16,1 | 2,5 | | 0,73 |
| Hemmafruar | 53,0 | 10,0 | 2,0 | | 0,59 |
| Universitetsstuderande | 35,8 | 24,8 | 5,4 | | 0,96 |
| Pensionärer | 37,5 | 25,5 | 5,7 | | 0,99 |
| Socialgrupp 1, samtliga | 13,7 | 16,4 | 2,8 | | 0,84 |
| Bönder och medhj hustrur | 35,9 | 18,4 | 1,6 | | 0,76 |
| Småföretagare och medhj hustrur | 35,5 | 24,1 | 6,3 | | 0,95 |
| Förmanspersonal | 33,4 | 21,9 | 4,5 | | 0,93 |
| Tekniker och kontorspersonal | 25,5 | 31,9 | 7,8 | | 1,17 |
| Off anst lägre tjänstemän | 33,2 | 27,4 | 5,8 | | 1,02 |
| Hemmafruar | 39,2 | 22,9 | 3,4 | | 0,88 |
| Gymnasiestuderande och motsv | 29,9 | 30,3 | 6,1 | | 1,07 |
| Pensionärer | 27,1 | 25,4 | 7,2 | | 1,06 |
| Socialgrupp 2, samtliga | 32,1 | 26,3 | 5,6 | | 1,01 |
| Småbrukare, fiskare, skogsarb | 34,9 | 24,0 | 2,6 | | 0,91 |
| Arbetare i privata sektorn | 27,4 | 28,3 | 5,6 | | 1,07 |
| Biträdespers i priv sektorn | 33,6 | 33,2 | 9,3 | | 1,13 |
| Off anst arb och biträden | 30,4 | 28,3 | 5,6 | | 1,07 |
| Oanställda | 15,6 | 40,5 | 10,1 | | 1,36 |
| Invalidiserade | 31,1 | 33,1 | 18,0 | | 1,22 |
| Hemmafruar | 30,7 | 30,6 | 7,7 | | 1,09 |
| Övriga studerande | 26,4 | 31,9 | 5,4 | | 1,12 |
| Pensionärer | 27,3 | 29,6 | 6,4 | | 1,07 |
| Socialgrupp 3, samtliga | 28,8 | 29,7 | 6,6 | | 1,09 |

Källa: Låginkomstutredningen, Den vuxna befolkningens kostvanor, 1970

En annan intressant undersökning är konsumentverkets studie av mathållningen i enpersonsushushåll. I denna fann man, att 38 procent av dessa hushåll hade otillfredsställande kostkvalitet. Särskilt män i åldrarna 65-75 år hade en

dålig kostsituation. För närvarande genomför livsmedelsverket en studie av kostvanor hos barn i olika delar av landet. Denna studie är till viss del en uppföljning av den sk Västerbottens-undersökningen från år 1972.

Från ett flertal studier vet vi således att kostvanorna kan vara mycket olika i tex skilda socio-ekonomiska grupper. Den samlade kunskapen om näringstillståndet och kostvanornas fördelning i befolkningen är dock otillfredsställande. Det finns därför behov av ett system för att följa näringstillståndet hos olika befolkningsgrupper som utgår från speciella indikatorer och värderingar av kostvanorna och som möjliggör en bedömning av näringstillförseln utifrån ett hälsopolitiskt perspektiv.

I Sverige genomför statistiska centralbyrån, SCB, årligen en undersökning av levnadsförhållanden, ULF. I denna undersökning finns möjlighet att bygga in frågor som rör specifika områden, t ex kostvanor. En fördel med ULF-undersökningen är att de intervjuade människorna eller hushållen också blir belysta från sociala, ekonomiska, hälsomässiga och yrkesmässiga aspekter. Undersökningarna kan därför ge underlag för vetenskapliga studier av hälsopolitisk relevans. Det vore önskvärt att kostfrågor systematiskt återkom i ULF med lämpliga intervall.

I en ULF-undersökning kan ställas endast ett begränsat antal frågor inom specialområden. Undersökningen kan inte heller sägas förklara samband mellan kostvanor och andra variabler. Som ett komplement till ULF finns det därför behov av befolkningsstudier som tillåter en djupare analys av kostvanorna och de faktorer som påverkar dessa samt, inte minst, de hälsomässiga konsekvenserna. Sådana undersökningar kan göras med längre intervall.

Ett förhållande som bör uppmärksammas är att Sverige idag tack vare invandrare från olika länder har blivit ett mångkulturellt land. Detta innebär dels att de svenska kostvanorna påverkas, dels att utbudet av livsmedel har breddats och blivit mer exotiskt. Men det är angeläget att också studera hur invandrarna kan finna sig tillrätta och att förebygga att en anpassning till svenska vanor medför en näringsmässig utarmning av deras kosthåll.

Många människor äter en av dagens huvudmåltider utanför hemmen, i någon form av storhushåll eller gatukök varför även storhushållens roll måste beaktas vid planeringen av kostundersökningar.

5.1 Viktiga förändringar i kosthålllet

Den kanske viktigaste förändringen i kosthålllet under 1900-talet är att det enskilda hushållet inte längre kontrollerar råvarornas beredning till mat, så som var fallet ganska långt in på 1900-talet. I dag köper vid ofta maten färdiglagad, som helfabrikat och de flesta "råvaror" är bekvämsprodukter eller halvfabrikat. Livsmedelsindustrin har övertagit många av hushållens arbetsuppgifter. Dessutom centraliseras både råvaruproduktion och förädling till allt större enheter med följd att avståndet till konsumenterna ökat, både bokstavligen och i överförd bemärkelse. Bakgrunden till förändringen är en oerhörd ekonomisk och teknisk utveckling som också har inneburit en ny syn på hushållsarbete och på arbete överhuvud taget och, inte minst, kvinnornas inträde på arbetsmarknaden.

En annan viktig förändring är att allt fler måltider äts utanför hemmen, i t ex skolmåltids- eller personalmatsalar. Man beräknar att 4,4 miljoner måltider per dag serveras utanför hemmen.

En konsekvens av betydelse för bl a kostinformationen är att viktiga praktiska kunskaper om mat blivit mer sällsynta. Man vet inte längre vad en köttbulle eller en limpa är gjorda av. Och hur skall man då kunna minska på fett eller socker?

Merparten av forskningen om livsmedelsförbrukning har ägnats åt att studera konsumenten främst ur marknadsekonomisk – privatekonomisk synvinkel. Analyser av den totala hushållsekonomins beroende av livsmedelskostnaderna saknas dock.

Även andra faktorer än de ekonomiska har betydelse för människors kostval. I tidigare avsnitt har berörts näringsfysiologiska behov som ju egentligen (bortsett från energibehovet) i ringa utsträckning styr matvalet. Inläringen spelar en viktig roll. Men psykologiska och sociala behov och kulturella faktorer är också viktiga. Maten kan vara belöning och ge tillfredsställelse. Viss mat används symboliskt eller ceremoniellt då vi firar helg, bemarkelsedagar eller håller fester. Kosten är med andra ord starkt bunden till kulturarv och miljö, tidsmässigt, geografiskt och socialt.

Att påverka levnadsvanor kräver en bred tvärvetenskaplig ansats där kunskaper från flera olika ämnesområden tas tillvara.

Sammanfattningsvis kan konstateras behov av dels ett ändamålsenligt system för återkommande kostvaneundersökningar, dels forskning om faktorer som bestämmer konsumtionen.

6 Prispolitikens roll

Prisnivån för livsmedel i allmänhet och för enskilda livsmedel kan antas spela en viktig roll för hushållens kostvanor. I ekonomiskt kärva tider ligger det nära till hands att hushållen gör avkall på kvalitetskraven och låter priset avgöra inköpen. Den som har goda kunskaper och god inkomst kan lätt upprätthålla en bra koststandard även med hänsyn till hälsomässiga aspekter. I inkomstsvaga grupper är det enligt olika undersökningar mindre vanligt med goda kunskaper om kost och näring. Man kan därför befara att höga livsmedelspriser innebär hälsomässiga risker för de resurssvaga grupperna i samhället.

Från hälsomässiga utgångspunkter finns det således skäl att undersöka om samhället har en prispolitik på livsmedelsområdet som beaktar konsumenternas intressen även från hälsomässiga aspekter.

Jordbruksprisregleringen vilken handläggs av Jordbruksnämnden utgör en del av jordbrukspolitiken. Regleringen syftar till att ge jordbrukarna sådana priser på deras produkter att målen för jordbrukets inkomster, produktion och effektivitet kan uppnås. En annan del av jordbrukspolitiken är rationaliserings- och jordbrukspolitiken för vilken lantbruksstyrelsen svarar och som på lång sikt har stor betydelse för jordbrukets produktionsinriktning och rationalitet.

Jordbruksprisregleringen som reglerar priser och marknader för alla viktigare jordbruksprodukter är på kort sikt det starkaste styrmedlet för att påverka jordbrukarnas produktion och inkomster. Trädgårdsnäringen är inte föremål för prisreglerande åtgärder. Däremot förekommer säsongsvis importstopp för vissa produkter.

Prisregleringssystemet syftar till att ge jordbruket kompensation för ökade kostnader och jordbrukarnas inkomstlikställighet med vissa andra befolkningsgrupper. Kostnadskompensationen gäller förutom jordbruket också en del av livsmedelsindustrin, bl a mejerier och slakterier.

Prisregleringsperioden har omfattat ett eller flera år.

I ett delbetänkande från den sittande livsmedelskommittén har det hittillsvarande systemet med automatisk kostnadskompensation kritiserats. Det finns t ex begränsade möjligheter att vid prissättningen ta hänsyn till den aktuella marknadssituationen och till samhällsekonomin i övrigt. Trots att bl a effektivitetsutvecklingen väl kan jämföras med den i andra branscher kan det finnas risk för att långsiktiga effektivitetssträvanden påverkas av kompensationsystemet. Det förhållandet att jordbrukarna själva äger eller har intressen i de företag som producerar och marknadsför produktionsme-

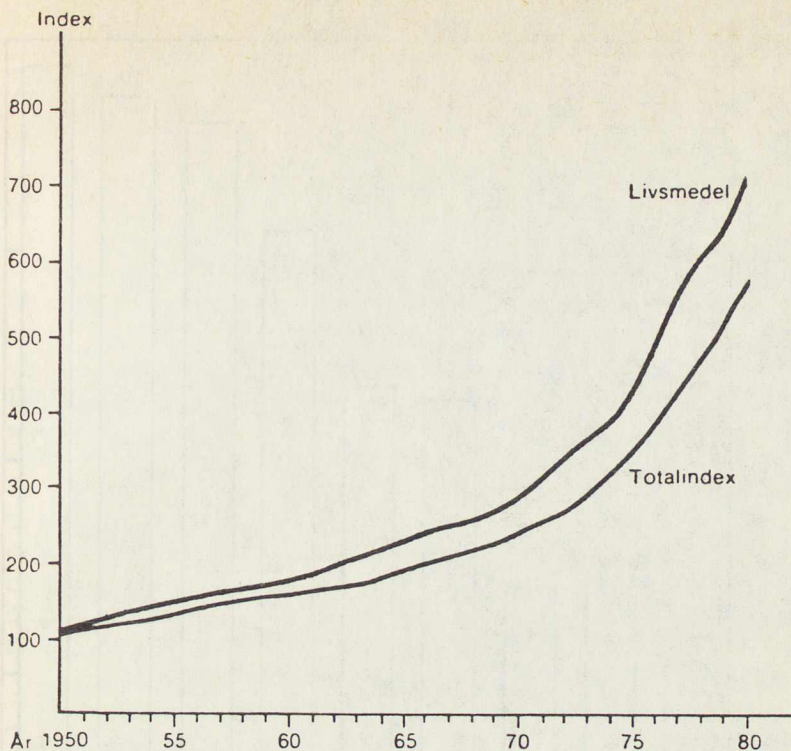
del kan också påverka kostnadsutvecklingen. I fråga om kompensation till förädlingsindustrin finns risk för kostnadsövervältring mellan olika verksamhetsgrenar och menlig inverkan på konkurrensen.

Statsmakterna förefaller att ha beaktat bl a dessa synpunkter. Automaten i kostnadskompensationen till lantbruket är för närvarande upphävd. Något definitivt beslut om riktlinjer för prisregleringen kommer dock inte att ske förrän livsmedelskommittén har avlämnat sitt slutbetänkande hösten 1984.

En del av prishöjningarna har tidvis betalats av budgetmedel i stället för med konsumentprishöjningar, d v s vissa baslivsmedel har subventionerats. År 1973 infördes subventioner för ett antal jordbruksprodukter; höjningar av subventionerna skedde t o m 1980. Dessutom har vissa subventioner på fisk införts. Sedan den 1 januari 1981 har subventionerna gradvis avvecklats och från 1983 subventioneras endast mjölk.

Statens pris- och kartellnämnd, SPK övervakar priserna i de förädlings- och handelsled som kommer efter det jordbruksreglerade ledet. Företag skall förhandsanmäla prishöjningar till SPK som analyserar prishöjningarna från kostnadssidan. Det bör nämnas att allmänt prisstopp rådde t o m februari 1983.

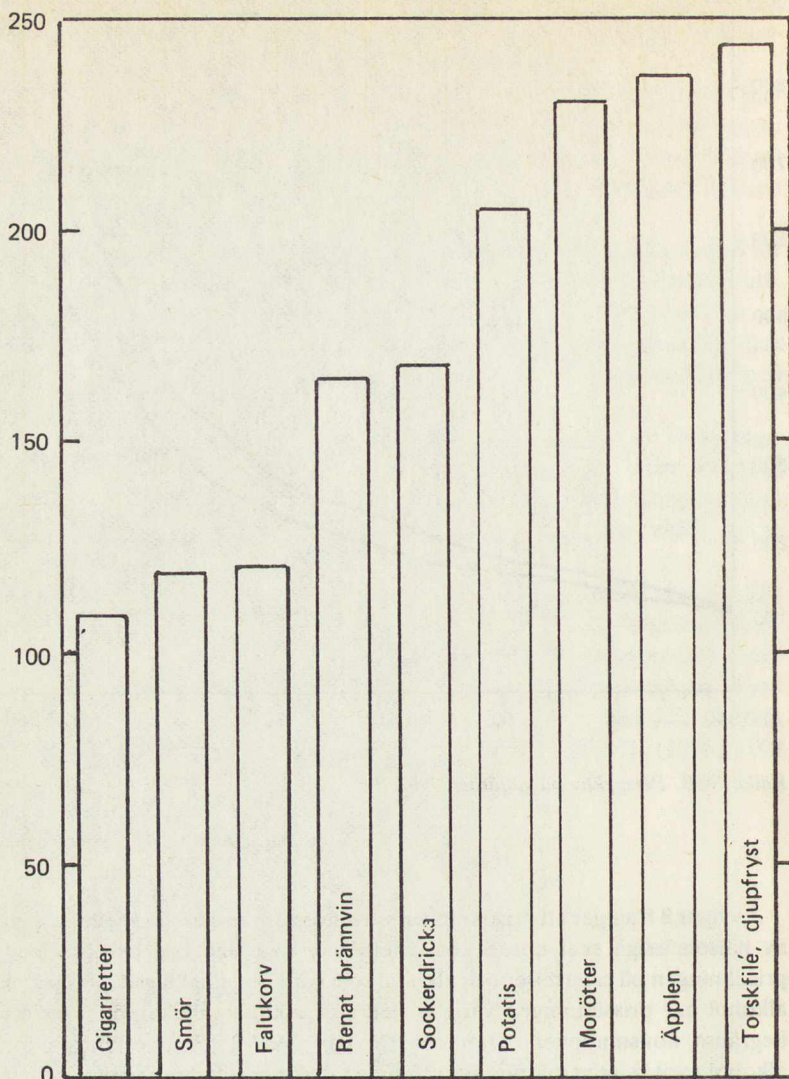
Prisregleringspolitiken för livsmedel berör således endast en del av livsmedlen och i endast obetydlig utsträckning de led i livsmedelskedjan som kommer efter primärproduktionen. Dessutom utgår regleringspolitiken mer från producenternas situation än från konsumenternas. Man kan konstatera att livsmedelsprisindex mellan åren 1968 och 1980 ökade från 252 till 705. Under samma tid ökade konsumentprisindex från 215 till 571. (1949=100)



Figur 2:
Konsumentprisindex
totalt och för livsmedel
1950-1980. (1949 =
100).

Källa: SCB. Perspektiv på välfärden 1982

Av figur 3 framgår att prisökningen varit störst för sådana livsmedel som vi av hälsomässiga skäl borde konsumera mer av. Man bör jämföra med prisökningen på cigaretter och alkohol som varit betydligt lägre. I fråga om alkohol har prissättningen varit ett led i en alkoholpolitik som avser att begränsa konsumtionen. Detta oaktat har således prisutvecklingen för alkohol varit relativt måttlig. Beträffande tobak har syftet med prissättningen varit att ge staten inkomster, varken producent- eller konsumentintressen har funnits med i bilden. Förutsättningarna för prisutvecklingen är således olika för livsmedel respektive alkohol och tobak.



Figur 3: Medelpris för vissa varor 1970 – 1981, prisökning i procent

En utredning om subventionernas effekter visar att dessa kan anses ha bidragit till en ökad konsumtion av sådana livsmedel för vilka ingen konsumtionsökning rekommenderats. Samtidigt har konsumtionen minskat av vissa livsmedel i fråga om vilka en ökning har rekommenderats av hälsoskäl.

Sammanfattningsvis torde man kunna konstatera att prisregleringspolitiken för livsmedel inte tillräckligt tillgodoser konsumenternas intressen och att prispolitiken inte använts för att förbättra kosthållet från närings- och hälsosynpunkt. Det är angeläget att livsmedelskommittén beaktar dessa förhållanden, vilket för övrigt bör kunna ske inom ramen för kommitténs direktiv.

7 Livsmedlens väg till konsumenten

De livsmedel som medborgarna konsumerar utgör sista länken i den kedja som det s k livsmedelssystemet utgör. Denna kedja omfattar fem olika länkar

- Tillverkning och försäljning av produktionsmedel till lantbruket
- Jordbruket som producerar råvaror
- Livsmedelsindustrin, som uppsamlar och vidareförädlar råvarorna
- Livsmedelsdistributionen, d v s parti- och detaljhandeln
- Konsumenterna.

7.1 Livsmedelssektorns struktur

De metoder som används för framställning av livsmedel har givetvis direkta hälsomässiga konsekvenser. Även livsmedelssektorns struktur är intressant då den påverkar konsumenternas möjligheter till insyn och inflytande.

Koncentrationen är stor inom livsmedelssektorn. Den dominerande ägaren är lantbrukskooperationen som har i det närmaste total kontroll över råvaruproduktionen, jordbruket, och därtill äger omkring 45 procent av livsmedelsindustrin. Mejeriföreningarna svarar för 100 procent av insamlingen av mjölk och tillverkning av flytande mejeriprodukter och de lantbrukskooperativa mejeriföreningarna har ca 1/3 av den totala fettmarknaden, d v s smör och margarin.

Inom charkuteritillverkningen svarar de lantbruksägda slakteriföreningarna för 63 procent, medan den omfattar 80 procent av all slakt. Inom kvarnindustrin svarar lantbrukskooperationen för 63 procent och ca 12 procent av bageriindustrin. I allmänhet kan man säga att ju mer man förädlar livsmedlen desto mindre är lantbrukskooperationens marknadsandelar. Utvecklingen inom lantbrukskooperationen har också inneburit att de många småföreningarna genom fusioner blivit storföreningar.

Konsumentkooperationen svarar för ca 12 procent av den totala livsmedelsproduktionen i Sverige. Dess marknadsandel av charkuteritillverkningen är 22 procent. Genom Kvarn- och bageri AB Juvel har KF 30 procent av marknaden för hushållsmjöl och genom bagerierna 15 procent av brödmarknaden. Dessutom tillverkar KF frukt- och grönsakskonserver, glass, margarin, öl, läskedrycker, fiskprodukter och konfektyrer m m.

Ett antal utlandsägda företag etablerades i Sverige under 1960-talet, oftast

genom köp av svenska företag. År 1978 var ca 10 procent av alla livsmedelsanställda sysselsatta i utlandsägda företag. De utlandsägda företagen har koncentrerat sig på tillverkning av mer förädlade livsmedel.

Även produktionen i olika led kännetecknas av koncentration. Det gäller jordbruket, där enheterna blir allt större och mer specialiserade på t ex kött, mjölk eller spannmål, och det gäller den fortsatta beredningen och produktionen av halv- och helfabrikat. Både mejerier och slakterier har minskat i antal och har också specialiserat sig på vissa produkter.

Ett annat område där centraliseringen gått långt är bageribranschen. Pågens i Malmö har med dotterbolag 1/5 av den svenska marknaden för mjukt bröd. År 1970 var denna andel endast 1/10. Koncernen har vuxit genom att köpa upp konkurrenter. En konkurrent är bagerikoncernen Skogaholm, som täcker ca 30 procent av matbrödsmarknaden och där lantbrukskooperationen har starka ägarintressen. Kooperativa förbundet har liksom Pågens 1/5 av marknaden. De standardiserade hamburgerbröden och korvbröden kommer till 90 procent från en av fabrikererna i Skogaholmsgruppen. När det gäller det hårda brödet har Wasabröd sedan länge en nära nog total dominans.

Även distributionen har kännetecknats av en stark strukturomvandling. I början på 1950-talet fanns det drygt 30 000 dagligvarubutiker i landet, år 1980 fanns det endast 9 000. Större och allt färre butiker med bredare sortiment har växt fram.

Den svenska dagligvaruhandeln domineras av tre stora block – ICA, konsumentkooperationen och DAGAB. Genom denna blockbildning har betydande stordriftsfördelar uppnåtts. Det gäller inköp och fysisk distribution, marknadsföring och butiksetablering.

Grossistföretagen, d v s egentligen koncentrationen till handelsblocken, spelar en allt viktigare roll. Distributionen, inte minst de energikrävande transportererna, har blivit en av de stora kostnaderna och utvecklingen inom grossistledet har lett till en mycket hög effektivitet. Som den förmedlande länken mellan industri och detaljhandel styr grossisterna i stor utsträckning butikernas sortiment och påverkar också produktutvecklingen inom livsmedelsindustrin.

7.2 Primärproduktionen

Det svenska jordbruket är ett av världens mest effektiva. År 1950 fanns ca 25 procent av befolkningen inom jordbruket med binärningar. Idag är det mindre än 5 procent medan produktionen snarast har ökat. Olika former av stöd till det svenska jordbruket har syftat till att bli ge jordbrukarna inkomstlikställighet med andra grupper och därmed vissa garantier för en önskvärd självförsörjningsgrad i landet. Ekonomiska incitament i kombination med en hög effektivitet leder periodvis till överproduktion och avsättningsproblem.

Även svensk trädgårdsnäring är internationellt sett effektiv. Förutsättningarna är dock sämre än för jordbruket. Bl a innebär klimatet avsevärda begränsningar, speciellt för frukt- och grönsaksodling. Dessutom är trädgårdsnäringen inte föremål för några mer omfattande samhälleliga stöd- eller

regleringsåtgärder. Ca 3/4 av de 700 000 ton frukt, bär och grönsaker som vi äter om året är importerade.

Det svenska fisket är otillräckligt för det inhemska behovet. En stor mängd fisk importeras därför, liksom skaldjur. Sammanfattningsvis är situationen för fisket ungefär denna

- havsfisket begränsas genom införande av fiskezoner
- energipriset ökar
- föroreningarna i hav och sjöar ökar
- efterfrågan ökar på fiskslag där tillgången är dålig
- medvetenheten om att fisk och skaldjur är nyttig mat har ökat.

I ett globalt perspektiv behövs mer fisk för att mätta en växande befolkning. Under senare år har man därför diskuterat och även i viss utsträckning infört sk vattenbruk, d v s odling av fisk och skaldjur i sjöar och kustområden. Detta är givetvis en intressant utveckling som av hälsoskäl bör uppmuntras.

7.3 Effekter av nya metoder

Utvecklingen inom lantbruksproduktionen kännetecknas som nämndes tidigare av en strukturförändring mot allt större enheter och av en långt gången mekanisering. Genom forskning och växtförädling har man fått fram hårdiga och högavkastande utsåden. Inom husdjursaveln har man på motsvarande sätt åstadkommit djurraser med vissa från ekonomisk synpunkt önskvärda egenskaper. Förutsättningar för en hög avkastning är dessutom en omfattande användning av handelsgödsel och en noggrant beräknad näringstillförsel till kreaturen. Därtill kommer användningen av kemiska medel för bekämpning av ogräs, skadedjur och växtsjukdomar. Inom animalieproduktionen används medel, t ex antibiotika, för att befrämja tillväxten och förebygga sjukdomar hos djuren.

Statens livsmedelsverk har yttrat sig kritiskt om tillsatsen av antibiotika och liknande preparat för att påskynda tillväxten. Tillsatserna har dock godkänts för användning till djurfoder. Budgetåret 1979/80 användes sammanlagt över 30 ton antibiotika till landets husdjur. Ett allvarligt problem är att den rikliga användningen av antibiotika kan skapa fram bakteriestammar som är resistent mot läkemedel som används inom hälso- och sjukvården.

Den rikliga användningen av handelsgödsel har blivit ett allvarligt miljöproblem. Överskottet av t ex nitrat och fosfat rinner ut i sjöar och vattendrag och har på sina håll gjort grundvattnet otjänligt som dricksvatten samt påverkat fiskbeståndet. Handelsgödseln är också förorenad av bl a tungmetaller, t ex kadmium, som redan i ganska små koncentrationer är mycket skadliga för människan. Åkerjord och betesmarker är dessutom förorenade av nedfall från industriutsläpp och trafik, t ex svavel, kvicksilver och bly.

Om och i vilken utsträckning alla dessa ämnen tas upp och lagras i grödor eller djurkroppar är ofullständigt känt, vilket därmed också gäller eventuella

risker för människan. Framför allt är långsiktiga effekter av även mycket små doser inte helt kända. Från hälso- och sjukvårdens sida bör ställas krav på restriktiv användning av kemikalier i råvaruproduktionen tills effekterna blivit tillräckligt kända, samt på en tillfredsställande kontroll av efterlevnaden av de föreskrifter som finns. Givetvis skall också krävas omfattande och säker kontroll av att inga kemikalierester finns kvar i råvarorna. Samma krav skall naturligtvis gälla både importerade och hemmaproducerade råvaror.

7.4 Förädling och beredning

De flesta livsmedelsråvaror förädlas eller bereds i någon grad. Även de vi använder som "råvaror" i hushållet, t ex mjölk som är standardiserad och pasteuriserad, mjöl som bereds av malda och siktade sädeskorn, raffinerat socker etc.

Denna förädling syftar till att ge råvarorna en jämn och specifik kvalitet och göra dem lätta att lagra och använda i hushållet. Annan beredning, t ex kokning, gör att vi lättare kan tillgodogöra oss näringsämnen och energin i livsmedlet. Men beredning kan också göra att viktiga ämnen förloras eller görs otillgängliga t ex när brödsäd mals och siktas till mjöl. Vid kokning eller annan värmebehandling kan vitaminer förstöras. C-vitamin är speciellt känsligt för upphettning. Vitaminer och även mineralämnena kan lakas ur i kokvattnet.

Förluster kan delvis ersättas genom berikning, där man återställer livsmedlens naturliga halt av olika näringsämnen, t ex järn och B-vitamin till siktat mjöl.

Berikning kan också användas om man anser att kosten som helhet riskerar att innehålla för litet av något viktigt näringsämne. Exempel på det senare är jodberikningen.

Man kan anta att flera faktorer är okända. Nu vet vi att järn, vitaminer och ett antal spårämnen mer eller mindre försvinner i t ex förädlingen av spannmål. Det är emellertid ganska nyligen som man överhuvud taget har fått metoder för att analysera förekomsten av även andra ämnen som förekommer i mycket låga koncentrationer.

Utvecklingen av nya livsmedelsprocesser är ett område där man kan befara systematiska näringsvärdesförsämringar. Speciellt gäller detta vid hållbarhetsbehandling där man kan bryta den mikrobiella livsmedelsförstörelsen men där andra lagringsprocesser pågår oförhindrat.

Så kallad extrudering för framställning av bl a nya typer av "knäckebröd" har visat sig leda till förändring av olika kolhydratsstrukturer. (Extrudering kommer från engelskans extrude=uttränga och avser tekniken att genom tryck tvinga en råvara eller ett livsmedel genom ett munstycke av speciell utformning för att på så sätt påverka dess form eller karaktär). Vissa typer av kostfibrer bryts ner och är således ej längre kostfibrer, medan stärkelse kan förändras kemiskt så att den ej kan smältas med hjälp av tarmkanalens enzymer. Överhuvud taget är extrudering en mycket ofysiologisk behandlingsmetod och resultatet är en produkt som aldrig tidigare ätits av människan.

Liknande processer används vid sk texturering av proteiner och även här

finns risk för förändring av näringsvärdet. (Texturering kommer från engelskans texture=struktur, uppbyggnad, beskaffenhet och avser tekniken att förändra ett livsmedels karaktär i dessa avseenden). Här kan också bildas nya föreningar mellan aminosyror och peptider som leder dels till ett försämrat näringsvärde, dels till risk för toxiska effekter (lysinoalanin).

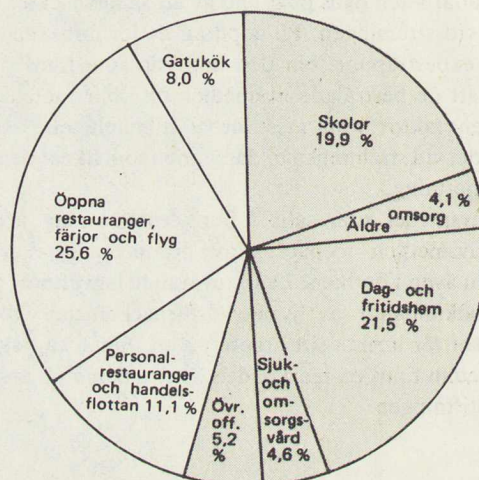
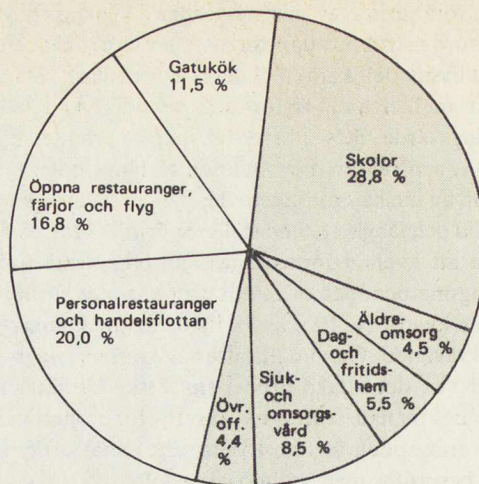
Med en starkt centraliserad produktion förlängs tiden mellan t ex skörd och konsumtion av färska grönsaker eller mellan bakningen och konsumtionen av bröd. Tid och långa avstånd ställer specifika krav på både lagring och transporter för att kvalitetsförlusterna skall bli så små som möjligt. Med speciella lagringsmetoder och olika tillsatser kan man förbättra lagringsdugligheten hos färskvarorna. Bl a krävs i stor utsträckning kyla, vilket ju är relativt energikrävande. Genom tillsatser av konserverings- och konsistensmedel behåller t ex det mjuka brödet sin färska karaktär mycket länge, i extrema fall många månader. Konsekvenserna för brödets näringsinnehåll av den långa förvaringstiden är inte kända. Ett annat exempel är frukt som doppas i eller besprutas med antimögemedel.

En ny konserveringsmetod som nu diskuteras är joniserande strålning av livsmedel. Hållbarheten ökas på grund av att skadeinsekter och mikroorganismer dödas vid strålningen. På uppdrag av jordbruksdepartementet har utarbetats en expertrapport om den kunskap som finns på området. En slutsats blev, att de bestrålade livsmedlen inte blir radioaktiva vilket kan antas vara den faktor som mest oroar allmänheten. Man konstaterar emellertid att det vid strålningen bildas ämnen som liknar dem som bildas vid t ex stark upphettning.

De flesta livsmedel som säljs i butikerna är idag förpackade, även färskvaror. Livsmedlen förpackas av producenten eller distributören/grossisten, men även i butiken. I vår nuvarande lagstiftning finns inget krav på förhandsgodkännande av livsmedelsförpackningar, vilket innebär att livsmedelsverket får inrikta sitt arbete på att upptäcka risker med förpackningar som redan finns på marknaden. Detta pekar på en viktig svaghet i livsmedelslagstiftningen.

7.5 Storhushåll

Ungefär 4,4 miljoner måltider per dag serveras enligt ISR, Institutet för storhushåll, utanför hemmen, i storhushåll av olika slag. Det finns ca 26 000 storhushåll som sysselsätter ca 120 000 personer. Storhushållens andel av den totala livsmedelsförbrukningen, mätt i grossistpriser, beräknas till ca 17 procent. Drygt hälften av storhushållen tillhör den offentliga sektorn – sjukhus, skolmåltidsrestauranger, militärrestauranger etc. Dit kan också räknas vissa personalrestauranger.



Figur 4: Storhushållen 1981

Källa: Storhushållen 1981,
ISR, Institutet för
storphushåll

År 1972 gjorde socialstyrelsens hälsovårdsupplysningsdelegation en intervjuundersökning av restaurangernas faktiska utbud och den ansvariga personalens kunskaper och inställning i näringsfrågor. Man konstaterade då att utbudet lämnade en del övrigt att önska från näringssynpunkt. Många av de tillfrågade trodde att införande av näringsriktigare mat skulle medföra ökade kostnader och merarbete. De flesta restauranger tillhandahöll inte några näringsberäknade måltider. En observationsundersökning som socialstyrelsen genomförde år 1982 tyder på att näringsriktigheten ännu inte är något säljargument för storphushållen.

Även gatuköken räknas som storphushåll. ISR har beräknat att gatuköken serverar ca 11,5 procent av de 4,4 miljoner måltider som serveras varje dag. Gatuköken erbjuder ett effektivt snabbmatsalternativ. Det är emellertid

starkt standardiserat och ensidigt sammansatt. Enligt en undersökning av konsumentverket varierar näringskvaliteten betydligt mellan olika gatukök. För den som dagligen äter en huvudmåltid i gatukök eller restauranger med motsvarande utbud, kan det finnas risker för felnäring.

Inom den offentliga sektorn finns i regel ambitionen att servera näringsriktiga måltider anpassade för olika målgrupper. Rapporter om "sjukhussvält" och om att skolbarn ofta avstår från skolmåltiderna tyder på att man delvis förfelar sitt syfte. Skäl till att maten inte äts kan vara att måltiderna serveras vid fel tidpunkt, i otrivsamt miljö eller att man av besparingsskäl tvingats dra ner den kulinariska standarden så att maten inte blir tillräckligt attraktiv för den som skall äta den. För sjuka människor gäller också att aptiten kan vara nedsatt av sjukdomen i sig eller av ängslan och tristess. Förhållanden inom den offentliga sektorns storhushåll kan tyda på bristande insikter och intresse för kostens betydelse för hälsan hos de ytterst ansvariga. Redan för friska människor krävs att måltiderna skall täcka en viss andel av energi- och näringsbehovet. Vid sjukdom ställs än större krav. Expertgruppen för samordning av sjukhuskost, ESS-gruppen, har utarbetat en ny upplaga av skriften Sjukhuskost. Huvudmännen och den ansvariga myndigheten, socialstyrelsen, bör verka för att ESS-gruppens rekommendationer kan förverkligas och att maten i högre grad beaktas som en del av omvårdnaden på sjukhus och andra institutioner.

Personalluncher subventioneras ofta. Det bör ligga i både arbetsgivares och anställdas intresse att maten under arbetsdagen blir hälsoriktig. För vissa är dock ett brett urval viktigare. För att underlätta valet kanske man kan tänka sig att subventionerna differentieras till förmån för de näringsriktiga måltiderna.

7.6 Marknadsföringens roll

Reklam och andra marknadsföringsmetoder inverkar på konsumentens livsmedelsval. Vissa förändringar av kostvanorna torde kunna förklaras av en mycket effektiv marknadsföring av olika produkter. Sedan 1971 finns en särskild marknadsföringslag. Dess efterlevnad övervakas av konsumentverket. Enligt lagen måste marknadsföring vara sanningsenlig och vederhäftig; konsumenten skall skyddas mot vilseledande reklam. Ett annat krav är informationsplikten, d v s företag m fl kan åläggas att lämna information som är av särskild betydelse för konsumenten, t ex pris och beskaffenhet hos en vara. Ett tredje krav är produktsäkerhet, vilket innebär att försäljning eller uthyrning av varor som medför särskild risk för skada på person eller egendom kan förbjudas. Det är också möjligt att förbjuda varor som visat sig vara uppenbart odugliga.

Marknadsföringslagen skulle i princip kunna användas som ett redskap i en livsmedelspolitik. Direktiv kunde ges om tillämpningen av informationsplikten och begreppet otillbörlig marknadsföring inom livsmedelsområdet. För konsumenten vore det intressant om kravet på produktsäkerhet eventuellt kunde tillämpas på t ex produkter som innehåller mycket energi utan att för den skull ge någon essentiell näring eller som kan vara direkt skadliga, t ex socker eller sockerrika produkter.

Sammanfattningsvis kan konstateras att strukturen inom livsmedelssektorn kännetecknas av en stark koncentration till olika ägargrupperingar och av både vertikal och horisontell integration inom framför allt lantbrukskooperationen. Detta kan antas påverka både konkurrensförhållanden och kostnadsmekanismer. Strukturen hindrar en tillfredsställande insyn och konsumenternas möjligheter till inflytande är mycket små. Att komma tillrätta med dessa förhållanden torde vara en av de viktigaste uppgifterna för den sittande livsmedelskommittén.

Man kan också konstatera att livsmedelsframställningen inte i första hand styrs av hälsomässiga hänsyn. Åtgärder bör inriktas på att främja produktion av sådana produkter som är mest lämpliga från hälso- och näringssynpunkt. Det är också angeläget att förbättra kunskaperna om de hälsomässiga konsekvenserna av t ex nya produktionsmetoder.

8 Sektorövergripande planering och samordning

Den svenska modellen i fråga om jordbruks- och livsmedelspolitiska åtgärder är splittrad. Hittills har inte heller de hälsopolitiska målen uttryckligen beaktats, med undantag för livsmedelslagen och dess tillämpning.

8.1 Nationell nivå

På nationell nivå har ett flertal departement och myndigheter någon form av ansvar inom livsmedelsområdet. Gränsdragningen mellan myndigheterna uppfattas ofta som oklar och ibland kan myndigheternas insatser överlappa varandra.

Jordbruksdepartementet handlägger de jordbrukspolitiska frågorna. Inom dess ansvarsområde finns ett flertal myndigheter och andra organ. Statens livsmedelsverk har tillsyn över livsmedelslagen och skall meddela föreskrifter och allmänna råd inom livsmedelsområdet och verkställa utredningar och undersökningar. Sammanfattningsvis skall SLV bevaka konsumenternas intressen inom livsmedelsområdet med tonvikt på hygien och redlighet i tillverkning och distribution.

Statens jordbruksnämnd företräder staten i överläggningarna med jordbrukarna om prissättning på jordbrukets produkter. En tredje part i överläggningarna är konsumentdelegationen som består av 11 ledamöter varav fyra representanter fackliga organisationer, två konsumentkooperationen, två näringslivet, en finansdepartementet och en riksdagen.

Lantbruksuniversitetet spelar en viktig roll för forskning och utbildning inom jordbruks- och livsmedelsområdet och anvisas medel för detta under bl a huvudtiteln för jordbruk.

Livsmedelsberedningen är ett rådgivande organ till jordbruksministern där även näringsexpertis ingår.

Inom socialdepartementets ansvarsområde har socialstyrelsen till uppgift att bevaka kostfrågorna ur ett folkhälsoperspektiv och att svara för hälsouppllysning inom bl a kostområdet.

Socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning är ett organ som inrättades år 1983 med uppgift att bl a följa hälsoutvecklingen och ge förslag om sektoriellt samarbete för att minska hälsorisker och förebygga ohälsa. I dess direktiv erinras bl a om att den nya hälso- och sjukvårdslagens (HSL:s) hälsopolitiska inriktning förutsätts ett tvärsektoriellt samarbete mellan olika

verksamheter i samhället för att minska hälsorisker och förebygga ohälsa. Det innebär bl a att kunskaper om hälsorisker och ohälsa i ökad utsträckning måste beaktas vid planeringen av exempelvis arbets- och boendemiljö vid utformningen av livsmedelspolitiken samt vid utarbetandet av arbetsmarknads- och näringspolitiska åtgärder.

Inom finansdepartementets verksamhetsfält finns t ex konsumentverket, konsumentombudsmannen, näringsfrihetsombudsmannen, marknadsdomstolen samt statens pris- och kartellnämnd. I förekommande fall handlägger alla dessa organ även livsmedelsfrågor.

Statens industriverk som sorterar under industridepartementet är centralt förvaltningsorgan för ärenden som rör industri, hantverk, m m. Industriverket gör för närvarande en utredning om vissa frågor inom livsmedelsindustrins område.

Det är angeläget att möjligheter skapas för överblick och samordning på nationell nivå i fråga om de hälsopolitiska aspekterna för livsmedelspolitiken.

8.2 Landstingens roll i kost- och livsmedelspolitiken

Landsting och primärkommuner kan på olika sätt påverka livsmedels- och nutritionspolitiken men framför allt bidra till dess förverkligande.

Enligt HSL har landstingen (och de landstingsfria kommunerna) som huvudmän för hälso- och sjukvården ett ansvar för att förebygga ohälsa och främja hälsa hos befolkningen. I detta ligger även att på olika sätt stimulera hälsofrämjande levnadsvanor. Detta kan ske genom utbildning och upplysning för att öka medborgarnas kunskaper och motivation för t ex goda kostvanor. Vidare kan landstingen bidra till att underlätta ett hälsoriktigt val för människor genom – där så möjligt är – påverka utvecklingen inom livsmedels- och nutritionsområdet.

Primärvården spelar en viktig roll. Först och främst kan man där bygga upp en lokal kunskap om kostvanor, riskfaktorer, riskgrupper, förekomst av näringsbrist, övervikt och kostbetingade sjukdomar etc. I preventionen och behandlingen av individer och familjer kan man aktualisera kostfrågorna och ge kostupplysning. Detta har varit naturligt inom barnhälsovården där barnavårdscentralerna rutinmässigt följer barnens näringsstatus och ger råd om kost och uppfödningfrågor. Här har man således sedan länge varit medveten om kostens betydelse för barns hälsa och sunda utveckling. Denna aspekt borde rimligen anläggas även i fråga om andra målgrupper än spädbarn. Utvecklingen av dietistfunktionen tyder för övrigt på att den insikten allt mer börjar vinna insteg.

En mycket angelägen uppgift är att sörja för att kosten inom landstingets olika institutioner betraktas som en viktig del av omvårdnaden. Det innebär bl a att den mat som serveras skall vara näringsanpassad för matgästerna i fråga och att den måste fylla högt ställda krav på kulinarisk kvalitet och tilltalande servering. Detsamma gäller också personalmaten vilken är av central betydelse med tanke på att landstingen på många håll i landet är den största arbetsgivaren. Sjukhuskosten berörs vidare under avsnitten om storkushåll samt om forskning och utveckling.

Landstingen är huvudmän för vårdskolor men också för lantbruksskolor och vissa folkhögskolor. En möjlighet för landstingen att medverka i förverkligandet av ett livsmedelspolitiskt program är att införa detta perspektiv inom sina egna utbildningsinstitutioner.

Hälsa- och sjukvården skall också ses som en resurs som kan ställas till förfogande för institutioner även utanför landstinget. Den kan också förväntas ta initiativ och svara för samordning av aktiviteter inom ett län. Givna samarbetsparter är primärkommunerna. HSL, men även socialtjänstlagen, föreskriver för övrigt samverkan mellan t ex hälso- och sjukvård och socialtjänst vilket med fördel kan tillämpas i fråga om kostupplysning och kostförsörjning. Landstingen kan också initiera hälsouppläsning och stödja skolans hälsofostran. I flertalet landsting har särskilda hälsouppläsare anstälts för denna utåtriktade verksamhet. I några landsting, bl a Skaraborgs, har även kommunbaserad hälsouppläsning utvecklats.

Samverkan mellan landsting och andra organ sker även inom det regionalpolitiska området. Detta samarbete kan utvecklas i fråga om de hälsopolitiska aspekterna.

Kost- och nutritionssituationen för befolkningen bör beaktas i de hälsoövervakningssystem som är under utveckling. Med kompetens inom det nutritionspolitiska området kan landstinget påverka utbudet från livsmedelsproducenter och distributörer. Detta kan ske på länsnivå eller i samverkan mellan län och inom de olika regionerna. Som en viktig avnämare kan landstinget också direkt påverka industrins utbud av livsmedel genom att utarbeta kravspecifikationer för de produkter som upphandlas till sjukhus och andra institutioner.

8.3 Primärkommunerna och kost- och livsmedelsfrågorna

Ett primärkommunalt organ med uppgifter inom livsmedelsområdet är miljö- och hälsoskyddsnämnden (tidigare hälsovårdsnämnden). Dess hälsovårdsinspektörer svarar bl a för övervakning och kontroll av hygien i livsmedelsbutiker, fabriker och storhushåll. Hälsovårdsinspektörerna samlar även in prover för att undersökas vid laboratorier. Miljö- och hälsoskyddsförvaltningarna samarbetar med länsstyrelserna men endast i ringa utsträckning med landstingen.

I de flesta kommuner finns konsumentvägledare på hel- eller deltid som svarar för vägledning och rådgivning till konsumenterna. Rådgivningsarbetet domineras av frågor före köp av kapitalvaror. Många kontakter avser konsumenträttsliga frågor. Ca 7 procent av frågorna berör hushållsekonomi och budgetrådgivning. Andra arbetsuppgifter är t ex att rapportera om överträdelse av marknadsföringslagen, konsumentkreditlagen etc, och att vara remissinstans i frågor som rör den kommersiella servicen i kommunen. Endast ett fåtal konsumentvägledare tycks ha kompetens för rådgivning i kost- och näringsfrågor. En utveckling här vore önskvärd.

Skolans roll för kostvanorna är tvåfaldig. Dels skall enligt läroplanen kostundervisning ges på olika stadier. Dessutom har skolöverstyrelsen antagit ett program för hälsofostran i skolan i vilket kostfrågorna naturligt

ingår. Dels skall skolmåltiderna innehålla en rekommenderad mängd energi och näring: de bör också vara så tilltalande att eleverna inte i stället väljer gatuköket eller kiosken. En rätt utformad skolmåltidsverksamhet skall även kunna fungera som ett pedagogiskt hjälpmedel i kostundervisningen.

Även inom barnomsorgen kan mathållningen bidra till bra kostvanor, dels genom att maten är näringsriktigt sammansatt och tillagad, dels genom att den också här används i pedagogiskt syfte. Utöver inom barnomsorgen kan primärkommunerna förbättra kostsituationen för flera olika målgrupper. Hemtjänsten t ex kan förmedla kostinformation. Vid hem för vård och boende skall kosten vara näringsriktig och anpassad efter gästernas behov etc.

Avslutningsvis kan påpekas ett tvärsektoriell samverkan i hälsopolitiskt syfte mellan landsting, primärkommun och statliga organ skulle främja arbetet på lokal och regional nivå.

9 Forskning, utveckling och utbildning

Kost och hälsa är ett tvärsektoriellt forskningsområde. Starkt förenklat kan tre kunskapsområden beskrivas. Grundläggande är kunskaperna om näringsbehov och om medicinskt-fysiologiska konsekvenser av ett visst kostintag. Hit hör även kunskaperna om livsmedlens beskaffenhet, om egenskaper hos specifika ämnen som naturligt finns i livsmedlen eller som tillförs på konstlad väg etc.

Ett annat område är konsumtionen. Inte minst för att kunna göra riskvärderingar måste man känna till t ex hur mycket av vissa livsmedel eller näringsämnen som konsumeras, vilken form konsumtionen har och hur den fördelar sig på individer eller grupper av konsumenter. Kunskap om konsumtionsvanorna är också helt nödvändiga för att man skall kunna iaktta eller förklara samband med hälsotillståndet i befolkningen.

Det tredje området avser faktorer som bestämmer kostvanorna: tradition, kostnader, tillgänglighet, sociala faktorer, kunskaper etc, och är kanske det mest komplicerade att angripa. Samtidigt är kunskaper på detta område oundgängliga som underlag för åtgärder som syftar till att påverka konsumtionen i bestämd riktning.

Kost och hälsoproblematiken har svårt att hävda sig i forskningssammanhang gentemot mer traditionella eller etablerade områden. Den tvärvetenskapliga karaktären gör också att många problem faller "mellan stolarna" samtidigt som en total överblick över situationen saknas. I detta läge tillsatte Forskningsrådsnämnden (FRN) i slutet av 1970-talet en arbetsgrupp med uppgiften att "ge en översikt över kunskapsläget inom området livsmedelsproduktion, konsumtion och kostvanor, bedöma behovet av ytterligare forskning och föreslå riktlinjer för forskningsverksamhet inom området". En första etapp i FRN-programmet redovisades i rapporten "Maten, makten och människan". Forskning har påbörjats inom tre programområden

- livsmedelskonsumtion i historisk belysning
- maten som social faktor
- metodik för kostundersökningar.

Forskningsresultaten kan förväntas ge underlag för vissa informationsinsatser eller andra åtgärder för att förändra kostvanorna i mer hälsovänlig riktning. De kommer knappast att direkt leda till några radikala metoder för förändring. Vid Riksbankens Jubileumsfonds symposium "Att förändra levnadssätt – ett symposium om metoder att förbättra folkhälsan" påvisades

att det knappast finns några universalmetoder för påverkan. Naturligtvis krävs det insatser för upplysning och information. Men för att dessa insatser skall ge effekt måste man genom hälsopolitiska åtgärder undanröja olika hinder eller faktorer i övrigt som motverkar människors egna ansträngningar för att främja sin hälsa. Detta är ju också en del av bakgrunden till att man i samband med planeringen inom hälso- och sjukvården vill fästa uppmärksamheten på behovet av en samlad livsmedelspolitik som syftar till bl a att underlätta ett hälsoriktigt val för konsumenten.

Forskningsresurserna för främst humannutritionen i Sverige är mycket blygsamma. De statliga anslagen till näringsforskningen uppgår till ca 10 miljoner kronor. Detta bör ses mot bakgrund av att de medel som totalt finns till förfogande för forskning inom livsmedelsområdet uppgår till 650 miljoner kronor varav 400 miljoner avser primärproduktionen.

Det finns fyra institutioner för näringslära med sinsemellan olika inriktning: Tjänster, material och undervisning finansieras av staten och forskningsråden finansierar särskilda projekt. Visst stöd ges till medicinsk grundforskning från Medicinska forskningsrådet. Institutionernas egna resurser för grundforskning och långsiktigare projekt är mycket begränsade.

I bl a en riksdagsmotion har föreslagits inrättandet av en statlig fond för human kostnäringforskning. Idén är intressant och möjligheterna för finansiering borde undersökas. För övrigt kan noteras att ett delbetänkande om livsmedelsforskning (SOU 1983:69) föreslår en kraftig uppräknning av anslagen för bl a human näringsforskning.

Hälso- och sjukvårdens kostpolitiska roll berördes i avsnittet om sektorövergripande planering och samordning. Hälso- och sjukvården har naturligtvis också en central roll för både forskning och utveckling inom kost-hälsaområdet. Folkhälsoansvaret kräver att hälso- och sjukvården skall följa hälsoutvecklingen, identifiera riskområden och riskgrupper och initiera åtgärder för att minska eller eliminera risker. Kosten som hälsofaktor skall givetvis uppmärksammas i detta syfte och iakttagelserna kan ligga till grund för forskningsinsatser vid olika institutioner eller för utvecklingsprojekt inom t ex ett landsting. Tillräckliga kunskaper om samband mellan kost och hälsa finns för att motivera olika åtgärder, även om den definitiva förklaringen av sambanden saknas. Metoder för såväl prevention som behandling och rådgivning kan utvecklas anpassade för lokala förhållanden.

Utvecklingen av kostfunktionen inom hälso- och sjukvården är också ett angeläget område. Sjukhuskosten planeras och tillagas i regel utifrån högt ställda ambitioner i fråga om anpassning till patienternas skiftande behov. Inte sällan saknas emellertid de organisatoriska förutsättningarna t ex för att maten distribueras på ett ändamålsenligt sätt och alltför ofta blir den serverade maten inte uppäten. Ibland bestäms kostfunktionens budget utifrån ett allmänt besparingsmål utan att någon standard eller specificerad målsättning fastställts. Beslut om kostdagordning, kostsortiment och kostkvalitet måste finnas och följas upp. När det gäller ansvaret för maten på sjukhus har Spri utvecklat en principmodell som kan vara en utgångspunkt för utvecklingsarbetet på lokal eller regional nivå. (Spri-rapport 101, 1982, Att ansvara för mat på sjukhus.)

En angelägen uppgift i omvårdnaden är rådgivning och upplysning om kost. Bristande kunskaper och förståelse för matens roll för hälsan är en vanlig anledning till att patienter inte äter det som serveras. Utveckling av dietistfunktionen är därför ytterligare en förutsättning för att vissa hälsopolitiska mål skall nås. Detta gäller även den öppna vården där dietisten kan göra viktiga förebyggande insatser. Dietisten kan för övrigt utgöra en stödfunktion inom hälso- och sjukvård och socialt omsorgsarbete bl a genom att medverka i information och fortbildning av andra personalgrupper eller i kostupplysningsaktiviteter.

9.1 Utbildning

Ytterligare en förutsättning för ett målinriktat hälsopolitiskt arbete är utbildning. Det gäller såväl den allmänna grundutbildningen som yrkes- och högre utbildning på olika områden. Tre områden kan anses speciellt angelägna för förverkligandet av en hälsopolitik på kost- och livsmedelsområdet nämligen utbildningen av yrkesgrupper inom livsmedels- och kostproduktion, inom hälso- och sjukvård samt forskarutbildningen.

Socialstyrelsen gjorde i slutet av 1970-talet en kartläggning över utbildningarna för restaurang och storhushåll. Området är tämligen svåröverskådligt men av kartläggningen framgår att utbildningen i näringskunskap inte är särskilt omfattande. Speciellt för restaurangområdet läggs tonvikten på ekonomiska och tekniska ämnen. Kvalitetsaspekterna avser i huvudsak kulinariska och hygieniska faktorer. Utbildningen för storhushåll tar i högre utsträckning upp näringskunskap, men proportionsvis i ganska ringa omfattning. För övrigt saknar en anmärkningsvärt stor del av restaurang- och storhushållspersonalen teoretisk utbildning, delvis beroende på det starka inslaget av invandrare, delvis beroende på att förlängningen av grundskolan ännu inte slagit igenom och äldre generationer fortfarande är yrkesverksamma. Bristen på grundutbildning ersätts i viss utsträckning av landstingens eller kommunernas egna kurser, ofta genom KomVux. Utbildningen inom detta område speciellt i kost- och näringsfrågor bör ses över och i framtiden borde tillfredsställande utbildning vara ett krav för anställning i storhushåll som svarar för stora grupper dagliga huvudmåltid och framför allt i sjukhusköken.

Den strukturella utvecklingen inom livsmedelsindustrin har minskat behovet av yrkeskunskaper hos livsmedelsarbetare. Ett citat ur Handlingsprogram och näringspolitik från Livsmedelsarbetareförbundets kongress 1981: "Inom bageriindustrin konstaterade en gång en bageridirektör att numera hämtar vi de bästa bageriarbetarna från pappersmasseindustrin. Det var ett uttryck för att tekniken helt tagit över. En processmaskin behandlar deg ungefär på samma sätt som pappersmassa. Den nya produktionslinjen vid Wasabröd i Filipstad är en omkonstruerad pappersmaskin." Liknande exempel kunde hämtas från andra branscher. Man kan ju tycka att det är onödigt att utbilda folk för yrken som knappast finns kvar, men trots allt är inte all livsmedelsproduktion helt automatiserad och kommer inte heller att bli det. I den utbildning som därför behöver finnas även i fortsättningen, bör näringskunskapen få en ökad betydelse. Inte bara de som arbetar direkt i

produktionen behöver för övrigt dessa kunskaper. De är minst lika viktiga för dem som på ansvarig eller ledande nivå utvecklar eller fattar beslut om t ex nya produktionsmetoder.

Hälsa- och sjukvårdspersonalen har idag otillräckliga kunskaper om näring och om kostens betydelse för hälsan. Särskilt allvarligt är detta med tanke på att vissa sjukdomar kräver kostbehandling. Men även i många andra fall är kosten en förutsättning för en framgångsrik behandling och rehabilitering. De förebyggande aspekterna får inte heller glömmas bort. Otillräckliga kunskaper kan leda till felaktiga eller icke ändamålsenliga ordinationer från läkare, bristande observans i fråga om förekomst av undernäring eller felnäring, felaktiga eller olämpliga rekvisitioner från vårdavdelningarna till sjukhusköken.

Grundutbildningen för olika personalgrupper bör ses över. I regel är utrymmet trångt, utbildningens längd kan inte ökas och en utökning av kost- och näringsundervisningen skulle ske på bekostnad av andra ämnen, vilket kan komma att stöta på motstånd från vederbörande ämnesföreträdare. Vi menar dock att det t ex i läkarutbildningen redan förekommer en stor del av de faktakunskaper som krävs och att det dels är fråga om att sätta in dessa kunskaper i rätt sammanhang, dels är fråga om ett nytt synsätt, nämligen att betrakta levnadsvanorna och bland dem kostvanorna som en hälsofaktor.

Forskarutbildning är naturligtvis helt nödvändig för en ändamålsenlig utveckling inom kost - hälsaområdet och inom livsmedelssektorn. Utbildningen är avhängig av resurserna för forskning som, vilka nämndes tidigare, är mycket blygsamma. Högre utbildning och forskarutbildning behövs för övrigt initialt för att utbilda kompetenta lärare och handledare på olika nivåer och med olika inriktning.

Så länge som grundutbildningen i kost- och näringsfrågor är otillfredsställande för behoven inom socialsektorn bör även här huvudmännen ansvara för att olika personalgrupper får en ändamålsenlig fortbildning.

10 Sammanfattning

Välfärds målet god hälsa för hela befolkningen förutsätter insatser från alla de sektorer i samhället vilkas verksamhet är av strategisk betydelse för folkhälsan. Hälsa- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen kan ge viktiga bidrag till en övergripande planering av samhällsutvecklingen.

Kostvanorna i det moderna samhället har länge ansetts innebära vissa hälsorisker. Under senare år har forskningen kunnat bekräfta tidigare iakttagelser och påvisat och förklarat samband mellan kostintag och ohälsa, t ex vissa cancerformer, ischemisk hjärtsjukdom etc. En viktig förebyggande åtgärd är därför att förbättra folkkosten från närings synpunkt.

Hälsouppllysning är *ett* medel, men erfarenheten har visat att det krävs andra åtgärder för att motivera konsumenterna till ett näringsriktigare kosthåll och underlätta ett hälsoneyttigt livsmedelsval. Utbudet av livsmedel, tillgänglighet, bekvämlighet, livsmedelspris är exempel på faktorer som påverkar konsumtionen. Det är också faktorer som kan och bör bli föremål för samhälls åtgärder i syfte att underlätta valet för konsumenterna. Många åtgärder ligger inom ramen för livsmedelspolitiken och från hälso- och sjukvårdens utgångspunkter bör livsmedelspolitiken beakta även de hälso- mässiga konsekvenserna av olika åtgärder.

Kunskaperna om sambanden kost – hälsa är tillräckliga för att föranleda ett antal åtgärder. Det finns dock fortfarande många oklara problem, inte minst i fråga om effekter av den snabba tekniska och biotekniska utvecklingen på livsmedelsområdet. En central bevakning av denna utveckling är i hög grad angelägen.

Mot denna bakgrund kan följande livsmedelspolitiska åtgärder eller överväganden anses angelägna:

De centrala myndigheterna, socialstyrelsen och livsmedelsverket, bör gemensamt följa kunskapsutvecklingen på kost – hälsaområdet och påtala eventuella behov av åtgärder. Hälsopolitiska mål bör vägas in vid utformningen av livsmedels- och nutritionspolitiken. En utgångspunkt bör vara de officiellt fastställda kost- och näringsrekommendationerna.

Då kunskapen om hur konsumtionen fördelas bland olika befolkningsgrupper är ofullständig bör ett system för återkommande kostvaneundersökningar inrättas. Även undersökningar av faktorer som styr kostvalet bör genomföras.

Prisreglerings- och prispolitiken för livsmedel har delvis kommit att bidra till en försämring av kosthålllet från hälsosynpunkt. Detta bör beaktas i utformningen av en framtida prispolitik.

Livsmedelssektorns struktur försvårar insyn och inflytande för konsumenterna. Bl a finns det små möjligheter att påverka livsmedelssortimentet från hälsomässig synpunkt. Det är angeläget med en förändring av detta förhållande.

Nya medel och metoder för produktion och förädling av livsmedel införs inte sällan utan att de hälsomässiga konsekvenserna utretts tillräckligt. Från hälsosynpunkt är det angeläget att otillräckligt kända metoder inte används och att det finns tillräckliga resurser för kontroll av livsmedel och av efterlevnaden av olika föreskrifter i t ex livsmedelslagen.

I konsumenternas intresse bör reklam för livsmedel vara måttfull och informativ, vilket inte alltid är fallet idag. Det kan för övrigt finnas anledning att utreda om marknadsföringslagen kan tillämpas på livsmedel på samma sätt som i fråga om t ex tobak.

Livsmedelsfrågor handläggs av olika departement och myndigheter. Detta försvårar en övergripande planering och samordning. Det behövs därför en förstärkt samordning av livsmedels- och nutritionsfrågor. Det gäller att utveckla samverkan på både politisk och förvaltningsmässig nivå. Enligt direktiven för hälso- och sjukvårdsberedningen ankommer det på denna beredning att åstadkomma en övergripande samordning såväl inom hälso- och sjukvården som mellan denna och de sektorer i samhället som är av betydelse för en samlad hälso- och sjukvårdspolitik. En sådan samordning står – fortsätter direktiven – i linje med vad som beslutats i Världshälsorganisationen (WHO). Sverige har där ställt sig bakom målsättningen att det i varje land skall finnas en fortlöpande samverkan mellan olika departement och fackområden, som sysslar med bl a föda, vatten, boende, utbildning, kommunikationer och miljö.

Angeläget är härutöver att en god samverkan etableras på statlig förvaltningsnivå mellan de myndigheter som har ansvar för planering och tillsyn inom hälso- och sjukvården och livsmedelsområdet, d v s mellan socialstyrelsen och livsmedelsverket. Dessa bör också ha tillgång till erforderlig bl a vetenskaplig expertis samt kunna utveckla ett gott samarbete med övriga berörda myndigheter och organisationer.

Landsting och primärkommuner kan på olika sätt bidra till livsmedelspolitikens förverkligande. Ett exempel är att svara för kosthåll med god kvalitet i de egna institutionerna, ett annat att främja kostupplysningen inom sitt ansvarsområde.

Forskning och utveckling inom kost- och livsmedelsområdet bör förstärkas och viktiga personalgrupper bör ha tillfredsställande utbildning i kost- och näringsfrågor.

VI Hälsopolitik i samhällsplaneringen – några avslutande kommentarer

1 Hälsoansvaret

En god hälsa är en central välfärdsfaktor. Mot den bakgrunden framstår det som självklart att såväl positiva som negativa hälsomässiga konsekvenser av samhällsplaneringen i vid mening tydliggörs i beslutsprocessen.

Detta förutsätter att alla samhällssektorer vars verksamhet är av betydelse för folkhälsan medvetet arbetar med hälsoaspekterna i sin planering och kunskapsutveckling. Hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen ökar möjligheterna för att hälsopolitiska aspekter vägs in i beslutsprocessen inom olika samhällssektorer på samma sätt som t ex regional- och sysselsättningspolitiska konsekvenser och samhällsekonomiska effekter.

Hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen förändrar dock inte – som betonats också inledningsvis i denna rapport – ansvarsfördelningen mellan olika sektorer. Den begränsar inte heller övriga sektors ansvar för att beakta hälsopolitiska konsekvenser av sin verksamhet. Den ger i stället ökade möjligheter för de ansvariga sektorerna att leva upp till detta hälsopolitiska ansvar och därmed till en mer fullständig, i egentlig mening övergripande, planering av samhällsutvecklingen.

Utgår man från individens perspektiv kan man samtidigt konstatera att de samhällsinriktade förebyggande insatserna aldrig kan ersätta individuella initiativ och insatser för att leva ett hälsosammare liv genom att t ex undvika tobak, alkohol, hälsoskadlig kost och andra livsstilsrelaterade riskfaktorer.

De samhällsinriktade insatserna kan däremot underlätta för enskilda individer att förändra sin livsstil i en för hälsan positiv riktning.

I andra fall saknar emellertid den enskilde individen direkta möjligheter att "välja bort" olika hälsorisker. Det kan gälla luften vi andas eller en arbetsmarknad med strukturell arbetslöshet och farliga arbetsmiljöer. I dessa fall krävs samhällsinriktade förebyggande insatser för att reducera dessa hälsorisker.

Det är mot denna bakgrund som hälso- och sjukvårdens individ- och samhällsinriktade förebyggande insatser också kan ses som kompletterande insatser i ett samlat hälsopolitiskt perspektiv.

2 Hälsa- och sjukvårdens samhällsinriktade arbete

Hälsa- och sjukvårdsarbetet har även i sina ursprungligaste och mest primitiva former lett till kunskaper och insikter om sjukdomarnas orsaker. Långt innan den avancerade kliniska forskningens genombrott gjordes väsentliga observationer i praktiskt hälsoarbete av förhållandet mellan den miljö i vilken människor levde och de hälsoproblem de drabbades av. Det var på sitt sätt naturliga och självklara iakttagelser under en epok då de stora hälsoriskerna hade att göra med förändringar i exempelvis hygien, nutritionen och boendemiljön.

Den fortsatta utvecklingen och utbyggnaden på sjukvårdens område medförde emellertid vissa hinder för samhällsinriktat hälsoarbete. Professionaliseringen samt specialiseringen av det kliniska arbetet jämsides med det ökande efterfrågetrycket på och utbyggnaden av slutna sjukvårdsresurser ledde successivt bort intresset för och möjligheterna till överblick och för samhällsorienterade analyser.

Den vård som bedrivs i privat regi har traditionellt i hög grad begränsats till sjukvårdande uppgifter. De formella möjligheterna saknas också för att utveckla någon form av samhällsinriktat förebyggande arbete inom ramen för t ex privatpraktiserande läkares verksamhet. Denna del av den offensiva hälsopolitiken kan därför endast utvecklas inom ramen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. En viss utveckling i det samhällsinriktade förebyggande arbetet har också skett under de senaste 10-15 åren med dess ökande insikt om samband mellan miljö och hälsa och ökande kunskaper om ohälsans ojämlika sociala och yrkesmässiga fördelning. Utvecklingen mot en helhetssyn inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten har också haft stor betydelse för att öka kunskaper och intresse för det samhällsinriktade förebyggande arbetet.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen kan ses som ett led i denna utveckling genom att den ger landstingen ett lagstadgat ansvar för medicinskt förebyggande insatser. Någon exakt definition av gränsen mellan att medicinskt förebygga och andra insatser för att reducera olika hälsorisker torde ej finnas. Tvärtom finns anledning betona att de kunskaper om ohälsans orsaker som finns inom hälso- och sjukvården generellt sett bör systematiseras, analyseras och föras vidare oberoende av om de kan klassificeras som specifikt medicinska kunskaper eller om de är riskfaktorer som påverkas av medicinska eller andra typer av insatser.

För att främja samordningen och betona ansvarsfördelningen mellan sektorerna behövs tvärssektoriella bedömningar och riktlinjer som utgår från

central politisk nivå. Här kan en parallell dras till de nuvarande långtidsutredningarna (LU). I fokus för dessa står samhällsekonomisk tillväxt och balans. Övriga variabler i samhällsbeskrivningarna har därför kunnat uppfattas som underordnade. Det framstår emellertid som angeläget att komplettera det samhällsekonomiska underlaget med angivelser av välfärds-mål mot bakgrund av ett socialt perspektiv och ett hälsoperspektiv. Att välfärdsmålen på detta sätt integreras och görs sektorsövergripande gör att de i likhet med LU kan vara till ledning för planering i statlig, kommunal och även näringslivsverksamhet på alla nivåer.

På nationell nivå är bl a mot denna bakgrund en vidareutveckling av hälso- och sjukvårdsberedningens tvärsektoriella hälsopolitiska roll av strategisk betydelse liksom väl fungerande samverkansformer mellan myndigheter vars verksamhet är av hälsopolitisk betydelse.

Det är vidare en väsentlig uppgift att på nationell nivå ta fram underlag och ge impulser och stöd till det utvecklingsarbete vad avser hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen som bedrivs exempelvis vid samhällsmedicinska enheter och inom primärvården.

En förutsättning för att detta arbete skall kunna utvecklas och förankras är att det finns kompetens och resurser inom hälso- och sjukvårdssektorn för det samhällsinriktade förebyggande arbetet. Kompetens måste utvecklas hos olika personalkategorier såväl inom ramen för såväl grund- som vidareutbildningen och fortbildningen. Det finns vidare anledning överväga hur personer med samhällsvetenskaplig bakgrund (t ex statistiker, planerare) i ökad utsträckning kan bidra till att bygga upp den erforderliga resursbasen såväl på lokal som regional och nationell nivå. Vidare är det angeläget att säkerställa en väl fungerande verksamhet vid de yrkes- och samhällsmedicinska enheterna så att de kan fungera som rådgivare för region-, läns- och primärvårdens samhällsinriktade och förebyggande arbete. Dessa frågor behandlas inom ramen för HS 90-projektet Primärvårdens förebyggande insatser (SOU 1984:46).

3 Kunskapsutveckling i samverkan

Det samhällsinriktade förebyggande arbetet baseras i hög grad på kunskaper om olika riskfaktors omfattning och fördelning.

En mer aktiv och systematisk bevakning av olika riskfaktorer utveckling inom exempelvis ett primärvårdsområdet är av minst lika strategisk betydelse som kunskaper om ohälsans omfattning och fördelning.

Samtidigt måste konstateras att epidemiologiska kartläggningar och analyser som görs utifrån ett riskperspektiv är relativt ovanliga i jämförelse med motsvarande beskrivningar av ohälsans omfattning och fördelning. Det framstår mot denna bakgrund som en mycket angelägen forsknings- och utvecklingsuppgift att utveckla riskepidemiologiska system och analysmetoder. Speciell uppmärksamhet bör därvid ägnas beskrivningar och analyser av sammansatta hälsorisker, dvs redovisningar av olika befolkningsgruppers sannolikhet att samtidigt utsättas för ett antal olika hälsorisker, exempelvis psykiskt och fysiskt påfrestande arbetsmiljöer, risk för arbetslöshet, torftiga boendemiljöer och sociala problem med konsekvenser för hälsa och vårdbehov.

Denna typ av utvecklingsarbete kan med fördel integreras inom ramen för existerande informationssystem inriktade på olika samhällssektorer planerings- och beslutssystem. Samtidigt kan därvid samverkansfrågor och former för informationsutbyte klarläggas.

Exempel på denna typ av studier är civildepartementets ADB-beredningsgrupp som i ett betänkande våren 1983 (Ds C 1983:5) diskuterat bl a samhällsplaneringens informationsförsörjning på regional nivå. I behandlingen av rollfördelningen mellan länsstyrelserna, andra statliga myndigheter och kommunerna har beredningen konstaterat att det bör finnas ett gemensamt intresse hos kommunerna och länsstyrelserna av informations-samverkan med utgångspunkt i bl a samhällsplaneringens behov. Man föreslår därför en "fördjupad studie av samverkansmöjligheter (informationsutbyte) mellan länsstyrelserna och övriga regionala och lokala myndigheter". Detta förslag tas upp i årets budgetproposition för civildepartementet och understryks bl a genom att länsstyrelsernas organisationsnämnd tillförs resurser för stöd till sådant utvecklingsarbete.

Behovet av offentlig statistik och den statliga statistikproduktionen har också granskats av statistikutredningen. I en delrapport behandlar utredningen frågan om "Framtida statistik för regional och kommunal planering m m" (Ds C 1983:12). Rapporten innehåller inte några direkta utredningsförslag utan lämnar allmänna synpunkter på bl a behovet av förbättrad information för samhällsplanering på regional och kommunal nivå och ökad samordning av statistik och analysinstrument.

Flera av förslagen i statistikutredningens rapport berör i väsentlig grad underlaget för välfärdspolitiken. Detta gäller särskilt förslagen om vidareutveckling av Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden (ULF), nya fördjupade hälsoundersökningar samt former för att öka användarnas inflytande över statistikproduktionen. I ett hälsopolitiskt perspektiv är det angeläget att dessa förändringar genomförs.

I andra delrapporter behandlas statistikbehov och -försörjning på sådana områden som mera direkt belyser välfärdsförhållandena i samhället och därmed utgör viktiga element i underlaget för samhällsplaneringen. Exempel på statistikområden som behandlats är hälsoförhållanden, hälso- och sjukvård, social service, bostäder och boende samt befolkningens levnadsförhållanden.

Industridepartementets "expertgrupp för forskning om regional utveckling" (ERU) har under senare år organisatoriskt arbetat genom sex regionala samverkansgrupper. I dessa organ är flera av regionalpolitikens intressenter företrädare – bl a staten, näringslivet och landstingen. ERU:s regionala FoU-program har i många fall kommit att innehålla projekt som haft klart hälsopolitisk relevans.

ERU har nyligen publicerat en forskarrapport med titeln "Sociala aspekter på regional planering" (SOU 1984:1). Rapporten har utarbetats av en arbetsgrupp av åtta forskare som utvecklat kunskap om regionala förhållanden med hjälp av olika socialt inriktade vetenskapliga ämnen.

ERU:s pågående och framtida forskningsprogram (ERU rapport 35) innefattar i mycket liten grad välfärdsorienterade studier. Det är angeläget att ERU får möjligheter att även fortsättningsvis belysa välfärdsaspekterna – inklusive hälsopolitiska effekter – i samband med regional utveckling.

Med utgångspunkt från huvudprincipen om varje sektors hälsopolitiska ansvar är det självklart att också på regional nivå betona sektorernas eget kunskapsansvar. Förbättrade former för kunskapssamarbete på landstingskommunal nivå måste också prövas och utvecklas bl a när det gäller de samhällsmedicinska funktionerna hos landstingen.

Utvecklingen av detta arbete är mycket olika i olika landsting bl a beroende på olika resurs- och kompetensmässiga förutsättningar. Vissa landsting har hittills i huvudsak satsat på kunskapsunderlag för hälso- och sjukvårdens eget planeringsbehov. Andra huvudmän har å andra sidan utvecklat ett hälsopolitiskt programarbete som omfattar all landstingsverksamhet och har vissa kopplingar till andra samhällssektorer (t ex Norrbotten och Värmland).

Det är viktigt att pågående utveckling ges erforderligt stöd och i viss mån samordnas. Särskilt angeläget är detta om man vill främja samverkan med sektorer utanför hälso- och sjukvårdssektorn. Behovet av stödinsatser kan anges med följande exempel

- Socialstyrelsen kan i samarbete med naturvårdsverket främja fördjupade former för samverkan på miljö/hälso-området mellan länsstyrelser, primärkommuner och landsting.
- Socialstyrelsen kan i samarbete med arbetsmarknadsstyrelsen främja kunskapssamarbete i ett hälsoperspektiv mellan länsarbetsnämnden, primärkommuner och landsting kring arbetslöshetens ohälsokonsekvenser.
- Socialstyrelsen kan stödja landstingen med utgångspunkt i det ovan nämnda samarbetet. Stödet bör i första hand omfatta modeller för samordnad kunskapsproduktion och analys som inkluderar länsorganen, landstinget, universitet och högskola och primärkommuner.

Dessutom skall nämnas att DSF:s (Delegationen för Social Forskning) initiativgrupp om socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen under våren 1984 har lagt fram en rapport. Initiativgruppens uppdrag är att ta initiativ som genom forskningsinsatser främjar formerna för de två sektorernas medverkan i samhällsplaneringen. Gruppen ger en bred översikt över sitt initiativområde, vilket i stor utsträckning

sammanfaller med HS 90-studiens ämnesområde. Ett av gruppens förslag är att DSF inrättar en prioriteringsgrupp för behandling av forskningsansökningar med anknytning till samhällsplaneringsområdet.

Vidare har NORDPLAN nyligen avslutat sitt sk "socialprojekt". Detta har resulterat i bl a ett förslag till vidareutveckling av den tvärvetenskapliga samhällsplaneringsutbildningen i Norden. För närvarande ligger också ett förslag att inrätta ett "hälsouniversitet" av tvärfacklig karaktär i Linköping. Båda dessa förslag till reformer förutsätter emellertid slutliga politiska beslut. I linje med den utveckling som här förespråkas är det väsentligt att denna typ av utvecklings- och forskningsarbete stöds och vidareutvecklas.

I årets forskningsproposition (1983/84:107) har civilministern föreslagit att en delegation för forskning om den offentliga sektorn skall inrättas. Civilministern kopplar behovet av forskning till pågående förändringsarbete inom den offentliga sektorn, då särskilt departementets egna insatser för att åstadkomma ökad samverkan mellan stat och kommun och att stimulera medborgarna och folkrörelserna till ökad delaktighet i den offentliga verksamheten.

Ett ur folkhälsosynpunkt viktigt utvecklingsarbete är också de insatser som görs lokalt och inom ramen för det reguljära hälso- och sjukvårdsarbetet för att identifiera, systematisera, analysera och söka bidra till att reducera och eliminera olika hälsorisker. Ett konsekvent arbete med denna orsakssökande inriktning förutsätter emellertid såväl utvecklingsarbete och stöd av den typ som ovan redovisats som insatser på nationell och regional nivå.

4 Hälsopolitisk utveckling genom förstärkt demokratiskt inflytande

Hälsopolitiken utgör en central del av den allmänna välfärdspolitiken och formas i hög grad inom ramen för demokratiska beslutsprocesser.

Samtidigt utvecklas ett ökat medborgarinflytande i delvis nya former.

1983 års demokratiberedning skall enligt sina direktiv studera de hinder som finns för medborgarna att delta i kommunernas samhällsarbete och lämna förslag till hur medborgare, partier och andra folkrörelser kan ta större del i och ansvar för den kommunala verksamheten. Beredningen skall också genom försöksverksamhet stimulera och utvärdera ny verksamhet – bl a lokala organ och brukarmedverkan – i kommuner och landsting.

Inom ramen för civildepartementets allmänna arbete med att åstadkomma förändringar och förenklingar inom statsförvaltningen har behovet av sektorövergripande samverkan på regional nivå uppmärksammats. I Norrbottens län kommer därför försök med en "samlad statlig länsförvaltning" att genomföras. Inom ramen för försöksverksamheten bör det vara möjligt att pröva sektorgemensamma kunskapsunderlag och riktlinjer för planering. Förutsättningarna för en förbättrad samverkan med kommuner och landsting bör också kunna prövas.

Demokratiberedningens direktiv är så vida att ett stort antal av de frågeställningar av demokratikaraktär som väckts i denna rapport ryms inom dessa ramar. Med denna underlagsstudies inriktning på välfärdsaspekter och hälsokonsekvenser är det angeläget att bevaka att dessa intressen ges tillfredsställande utrymme inom beredningens olika projekt. Det är naturligt att huvudintresset inom beredningens arbete kommer att fokuseras på övervägande tekniska modeller för demokratisk representation och medborgarinflytande. Detta bör dock kunna ske samtidigt med att ökad uppmärksamhet ges åt konsekvenserna för hälsa och välbefinnande och ökade möjligheter till engagemang, inflytande och kontroll när det gäller människornas egna livsvillkor.

Förutom denna koppling till demokratiberedningens nyligen inledda arbete finns det anledning att ur den här rapportens perspektiv understryka behovet av stöd för fortsatt utvecklingsarbete med

- primärvårdsnämnder och kommundelsnämnder,
- formerna för medborgaranknuten "social rapportering" och
- formerna för samverkan mellan den offentliga sektorn, folkrörelser och organisationer i ett hälsopolitiskt arbete.

Syftet med denna typ av insatser är att – inom ramen för den demokratiska processen – öka medborgarnas möjligheter att påverka hälsopolitiken och därmed sina egna möjligheter att leva ett hälsosamt liv och undvika "onödiga" sjukdomar.

Hälsa- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen bör utformas så att detta demokratiska inflytande kan förstärkas.

Bilaga 1

Hälso- och sjukvårdsberedningen har följande sammansättning: statsrådet Gertrud Sigurdsen, ordförande, landstingsrådet Bertil Göransson t o m 1984-03-31, fr o m 1984-04-01 landstingsrådet Gunnar Hofring, Landstingsförbundet, statssekreteraren Sture Korpi och statssekreteraren Ingemar Lindberg, socialdepartementet, f. kommunalrådet Bengt Mollstedt, förbundsdirektören Walter Slunge och landstingsrådet Kurt Ward, Landstingsförbundet samt generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen.

För den direkta ledningen av HS 90-projektet svarar arbetsgruppen för långsiktig planering, som har följande sammansättning: statssekreteraren Ingemar Lindberg, ordförande, avdelningschefen Gustav Brynolfsson, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), sjukvårdsföreståndaren Ulrica Croné, Tjänstemännens centralorganisation, departementsrådet Göran Dahlgren, socialdepartementet (fr o m 1984-01-01), departementsrådet Bo Jonsson, finansdepartementet, avdelningschefen Gunilla Lamnevik, Landstingsförbundet, departementssekreteraren Ewa Lindqvist, utbildningsdepartementet, överläkaren Stig-Bertil Nilsson och hälso- och sjukvårdsdirektören Olle Orava, Landstingsförbundet, docenten Hans Rundcrantz, Centralorganisationen SACO/SR, utredningschefen Douglas Skalin, Landstingsförbundet, avdelningschefen Gunnar Wennström och generaldirektören Barbro Westerholm, socialstyrelsen samt ombudsmannen Rolf Wetterström, Landsorganisationen i Sverige. Departementssekreteraren Birgitta Bratthall är sekreterare i arbetsgruppen.

Utredningsarbetet har bedrivits inom socialstyrelsen. Det har letts av generaldirektören Barbro Westerholm samt med avdelningschefen Gunnar Wennström och byråchefen Göran Dahlgren som projektledare. Inom sekretariatet har vidare arbetat byrådirektören Marianne Rambro, byråchefen Lennart Rinder och byrådirektören Curt-Lennart Spetz. För administrativt arbete, redigering och utskrifter m m har svarat förste byråsekreteraren Märta Nordenfelt, assistenten Ulla Sjöman och byråassistenten Gunvor Unoson. Experter har biträtt i utarbetandet av rapporter och underlagsstudier.

Bilaga 2

Hälsorisker – en kunskapssammanställning (SOU 1981:1)

- Miljön och hälsoprocessen (Lennart Rinder)
- Arbetsmiljö – ohälsa (Anders Englund)
- Arbetslöshet – ohälsa (Urban Janlert)
- Psykosocial miljö och hälsa (Lennart Levi)
- Alkohol – ohälsa (Jacob Lindberg, Gunnar Ågren och Eva Bergström)
- Tobak – ohälsa (Paul Nordgren)
- Kost, motion och hälsa (Ingrid Lindvall) samt
- Hälsouppllysning (Nils Östby)

Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2)

- Allmänna hälsoindikatorer (Göran Dahlgren, Mari Ann Regen, Curt-Lennart Spetz)
- Vårdresurser och vårdutnyttjande (Gunnar Holmberg, Olle Östman) samt
- Sjukdomspanorama (Göran Dahlgren, Curt-Lennart Spetz, Jerzy Einhorn/avsnittet om cancer/)

Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv (SOU 1981:3)

- Svensk sjukvård i internationellt perspektiv (Björn Smedby)
- Hälso- och sjukvårdsplanering – några internationella jämförelser (Göran Dahlgren, Göran Härne och Johan Mellin) samt
- Primärvård – en internationell utblick (Göran Dahlgren)

Sekretariatspromemoria 1: Demografiska och socioekonomiska förhållanden inom befolkningen (Curt-Lennart Spetz) 1981.

Sekretariatspromemoria 2: Hälsa- och sjukvårdsplaneringen 1981

- Planerad och faktisk utveckling (Bengt Larsson)
- Sammanställning och analys av aktuella utredningar (Einar Fredriksson, Christer Lindmark, Marianne Rambro)
- Personalförsörjning och utbildning (Christer Lindmark, Gunnar Wennström)

Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet (SOU 1981:4)

Den långsiktiga tillgången och efterfrågan på läkararbetskraft (SOU 1982:11)

Narkotika och ohälsa. En kunskapsöversikt (Orvar Olsson, Kerstin Tunving) Särtryck 1983

I serien Socialstyrelsen redovisar:

Sjukdom – ett relativt begrepp (Lisbeth Sachs) 1980:5

Sjukfrånvaron i Sverige (Mari Ann Regen) 1981:6

Statens offentliga utredningar 1984

Kronologisk förteckning

1. Sociala aspekter på regional planering. I.
 2. Värdepappersmarknaden. Fi.
 3. Domstolar och eko-brott. Ju.
 4. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. Fi.
 5. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. Fi.
 6. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. Fi.
 7. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. Fi.
 8. Näringstillstånd. Ju.
 9. Förslag till lag om Kooperativa föreningar. I.
 10. Kompletterande motståndsformer. Fö.
 11. Rösträtt och medborgarskap. Ju.
 12. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. Ju.
 13. Samordnad narkotikapolitik. S.
 14. RF 10:5. Ju.
 15. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. Ju.
 16. Förvärv i god tro. Ju.
 17. Sveriges internationella transporter. K.
 18. Arbetsmarknadsstriden I. A.
 19. Arbetsmarknadsstriden II. A.
 20. Datorer och arbetslivets förändring. A.
 21. Förenklad självdeklaration. Fi.
 22. Panträtt. Ju.
 23. Folkbibliotek i Sverige. U.
 24. En bättre information om kemiska produkter. Jo.
 25. Ny konsumentköplag. Ju.
 26. Ny Banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. Fi.
 27. Ny Banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslag. Fi.
 28. Ny Banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. Fi.
 29. Ny Banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. Fi.
 30. LÄS MERA! U.
 31. Arbetsmarknadspolitik under omprövning. A.
 32. Nya alternativ till frihetsstraff. Ju.
 33. Handla med tjänster. Ud.
 34. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. Bo.
 35. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. Bo.
 36. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. Bo.
 37. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. Fi.
 38. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. Fi.
 39. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. [HS 90] Huvudrapport. S.
 40. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. S.
 41. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1-3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av slutna vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? S.
 42. Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
 43. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. S.
 44. Hälsopolitik i samhällsplaneringen – Boendemiljö – Arbetsmiljö – Arbetslöshet – Kost. Underlagsstudie. S.
-

Statens offentliga utredningar 1984

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Kommissionen mot ekonomisk brottslighet. 1. Domstolar och eko-brott. [3] 2. Näringsstillstånd. [8] 3. Ekonomisk brottslighet i Sverige. Bakgrund, övervägande, åtgärder. [15]
1983 års rösträttskommitté. 1. Rösträtt och medborgarskap. [11]
2. Rösträtt och medborgarskap. Bilaga. [12]
RF 10:5. [14]
Förvärv i god tro. [16]
Panträtt. [22]
Ny konsumentköplag. [25]
Nya alternativ till frihetsstraff. [32]

Utrikesdepartementet

Handla med tjänster. [33]

Försvarsdepartementet

Kompletterande motståndsformer. [10]

Socialdepartementet

Samordnad narkotikapolitik. [13]
Hälsa- och sjukvård inför 90-talet. (HS 90)
1. Hälsa- och sjukvård inför 90-talet, (HS 90) Huvudrapport. [39]
2. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie. [40] 3. Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1-3 Huvudbilaga 1: Fakta om ohälsans sociala och yrkesmässiga fördelning i Sverige, Huvudbilaga 2: Arbetsmiljö, yrke, utnyttjade av sluten vård, Huvudbilaga 3: Den jämlika sjukvården? [41] 4. Att förebygga skador - ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [42] 5. Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom - ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie. [43] 6. Hälsopolitik i samhällsplaneringen - Boendemiljö - Arbetsmiljö - Arbetslöshet - Kost. Underlagsstudie. [44]

Kommunikationsdepartementet

Sveriges internationella transporter. [17]

Finansdepartementet

Värdepappersmarknaden. [2]
Långtidsutredningen. 1. Långtidsutredningen. LU 84. Huvudrapport. [4] 2. Sektorstudier. LU 84. Bilagedel 1. [5] 3. Särskilda studier. LU 84. Bilagedel 2. [6] 4. Långtidsutredningen. LU 84. Bilagedel 3. [7]
Förenklad självdeklaration. [21]
Banklagsutredningen. 1. Ny banklagstiftning. Del 1. Bankrörelselag. [26] 2. Ny banklagstiftning. Del 2. Bankaktiebolagslagen. [27]. 3. Ny banklagstiftning. Del 3. Sparbankslag. [28] 4. Ny banklagstiftning. Del 4. Föreningsbankslag. [29]
Fastighetstaxeringskommittén. 1. Rullande fastighetstaxering m m Del 1. [37] 2. Rullande fastighetstaxering m m Del 2. [38]

Utbildningsdepartementet

Folkbibliotek i Sverige. [23]
LÄS MERA! [30]

Jordbruksdepartementet

En bättre information om kemiskprodukter. [24]

Arbetsmarknadsdepartementet

Konfliktutredningen. 1. Arbetsmarknadsstriden I. [18] 2. Arbetsmarknadsstriden II. [19]
Datorer och arbetslivets förändring. [20]
Arbetsmarknadspolitik under omprövning. [31]

Bostadsdepartementet

Bostadskommittén. 1. Bostadskommitténs delbetänkande. Sammanfattning. [34] 2. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 1. [35] 3. Bostadskommitténs delbetänkande. Del 2. [36]

Industridepartementet

Sociala aspekter på regional planering. [1]
Förslag till lag om Kooperativa föreningar. [9]

KUNGL. BIBL.
1984-09-17
STOCKHOLM



HS 90-Publikationer

- SOU 1984:39 Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS90). Huvudrapport
- SOU 1984:40 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Underlagsstudie.
- SOU 1984:41 Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering. Huvudbilaga 1–3.
● Fakta om ohälsans och vårdutnyttjandets socioekonomiska fördelning i Sverige
● Arbetsmiljö, yrke, utnyttjande av slutna vård
● Den jämlika sjukvården?
- SOU 1984:42 Att förebygga skador – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
- SOU 1984:43 Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom – ett hälsopolitiskt handlingsprogram. Underlagsstudie.
- SOU 1984:44 Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost. Underlagsstudie.
- SOU 1984:45 Invandrarna i hälso- och sjukvården. Underlagsstudie.
- SOU 1984:46 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Underlagsstudie.
- SOU 1984:47 Primärvårdens uppgifter i det förebyggande arbetet. Huvudbilaga ● Hälsouppllysning.
- SOU 1984:48 Länssjukvården – möjligheter till förändring. Underlagsstudie.
- SOU 1984:49 Hälsa – vård. Samhällsekonomi, sysselsättning, ekonomiska aspekter på förebyggande åtgärder. Expertrapport. (November 1984)
- SOU 1984:50 Personal för framtidens hälso- och sjukvård. Underlagsstudie. (November 1984)

Utdrag ur

- SOU 1984:44 Arbetslöshet och arbetsmarknadspolitik – några hälsopolitiska aspekter.
- SOU 1984:43 Att förebygga hjärt- och kärlsjukdom.
- SOU 1984:43 Prevention av hjärt- och kärlsjukdom.
- SOU 1984:43 Psykosociala faktorer och hjärt- och kärlsjukdom.
- SOU 1984:49 Vården och sysselsättningen.