

Regeringens proposition

2017/18:249



God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik

Prop.
2017/18:249

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 19 april 2018

Stefan Löfven

Annika Strandhäll
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen redogör regeringen för en utvecklad folkhälsopolitik. Hälsoläget i Sverige är i huvudsak gott men det finns påtagliga skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället som bör uppmärksammas. En medveten folkhälsopolitik kan och bör förbättra villkoren för de grupper som är socialt och ekonomiskt mest utsatta och som därmed löper störst risk att drabbas av ohälsa och för tidig död. En befolkning som är frisk och mår bra skapar bättre förutsättningar för välstånd och ökad tillväxt genom minskad sjukfrånvaro, ökad sysselsättning, högre produktivitet och minskade behov av vård och omsorg.

Folkhälsoarbetet är ett gemensamt ansvar och kräver insatser från de flesta sektorer i samhället – från det offentliga, från det privata och från de ideella organisationerna samt från individerna själva. En strävan att minska de ojämlika förutsättningarna för en god och jämlik folkhälsa bör vägleda folkhälsoarbetet inom alla sektorer och på alla samhällsnivåer. Regeringen vill med denna proposition uppmana alla dessa aktörer att aktivt arbeta med att främja en god och jämlik hälsa och verka för regeringens målsättning att minska de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Det är angeläget att hälsoskillnaderna uppmärksammas som ett problem för samhället som helhet, dels utifrån perspektivet hållbar utveckling, dels utifrån ett effektivt utnyttjande av allmänna resurser. Förslagen i propositionen syftar till att underlätta folkhälsoarbetet på samtliga samhällsnivåer genom en tydligare fördelning av ansvar på nationell nivå och förbättrad uppföljning av folkhälsan och utvärdering av folkhälsoarbetet med fokus på skillnader i fördelningen av hälsan i befolkningen.

Innehållsförteckning

1	Förslag till riksdagsbeslut	5
2	Ärendet och dess beredning	6
3	Folkhälsopolitikens utgångspunkter.....	6
3.1	Ojämligheten i hälsan måste motverkas	8
3.2	Hälsa är en förutsättning för hållbar utveckling	10
4	Hälsans ojämlika fördelning	11
4.1.1	Hälsan bland kvinnor och män	12
4.1.2	Hälsan bland personer med funktionsnedsättning	13
4.1.3	Hälsan bland utrikes födda	14
4.1.4	Hälsan bland hbtq-personer	15
4.1.5	Hälsan bland de nationella minoriteterna och urfolket samerna	15
5	Fokus på jämlik folkhälsa i det internationella arbetet.....	19
5.1.1	Agenda 2030	23
6	Utveckling av det samlade folkhälsoarbetet.....	25
6.1.1	Bakgrund	25
6.1.2	Aktörer av betydelse för folkhälsoarbetet.....	27
6.2	Målstruktur med stärkt fokus på jämlik hälsa	30
6.3	Ökat fokus på jämlik hälsa i uppföljning- och utvärderingssystemet.....	37
6.3.1	Struktur för strategiskt folkhälsoarbete	39
6.3.2	Uppföljning och utvärdering	42
7	Inriktning på arbete som främjar god och jämlik hälsa.....	47
7.1	Målområde 1: Det tidiga livets villkor	49
7.1.1	Inriktning på arbete inom målområdet Det tidiga livets villkor som främjar god och jämlik hälsa	51
7.1.2	Insatser	53
7.2	Målområde 2: Kunskaper, kompetenser och utbildning	55
7.2.1	Inriktning på arbete inom målområdet Kompetenser, kunskaper och utbildning som främjar god och jämlik hälsa.....	58
7.2.2	Insatser	60
7.3	Målområde 3: Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö.....	64
7.3.1	Inriktning på arbete inom målområdet Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö som främjar god och jämlik hälsa	67
7.3.2	Insatser	68
7.4	Målområde 4 Inkomster och försörjningsmöjligheter	70

7.4.1	Inriktning på arbete inom målområdet Inkomster och försörjningsmöjligheter som främjar god och jämlik hälsa.....	72
7.4.2	Insatser.....	72
7.5	Målområde 5: Boende och närmiljö	75
7.5.1	Inriktning på arbete inom målområdet Boende och närmiljö som främjar god och jämlik hälsa.....	78
7.5.2	Insatser.....	79
7.6	Målområde 6: Levnadsvanor	81
7.6.1	Inriktning på arbete inom målområdet Levnadsvanor som främjar god och jämlik hälsa.....	85
7.6.2	Insatser.....	89
7.7	Målområde 7: Kontroll, inflytande och delaktighet.....	94
7.7.1	Inriktning på arbete inom målområdet Kontroll, inflytande och delaktighet som främjar god och jämlik hälsa	97
7.7.2	Insatser.....	98
7.8	Målområde 8: En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård	102
7.8.1	Inriktning på arbete inom målområdet En hälsofrämjande hälso- och sjukvård som främjar god och jämlik hälsa	104
7.8.2	Insatser.....	105
8	Ekonomiska konsekvenser	109
Bilaga 1	Sammanfattning av SOU 2016:55 Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete	110
Bilaga 2	Sammanfattning av SOU 2017:4 För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket	113
Bilaga 3	Remissinstanser avseende SOU 2017:4 För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket	117
Bilaga 4	Sammanfattning av SOU 2017:47 Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för god och jämlik hälsa.....	119
Bilaga 5	Remissinstanser avseende SOU 2017:47 Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för god och jämlik hälsa.....	128
Bilaga 6	Nedan redovisas de av den statliga verksamhetens politikområden som i propositionen Mål för folkhälsa bedömdes ha betydelse för att nå det övergripande folkhälsomålet uppdelat på de 11 målområdena	130

1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2017/18:249

Regeringen föreslår att riksdagen godkänner vad regeringen föreslår om omformulering av det övergripande nationella folkhälsomålet och omvandling av folkhälsoarbetets målstruktur (avsnitt 6.2).

2 Ärendet och dess beredning

Regeringen beslutade den 4 juni 2015 att tillsätta en kommitté – en kommission för jämlik hälsa – med uppgift att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar (Dir. 2015:60). I augusti 2016 överlämnade kommissionen sitt delbetänkande Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för kommissionens arbete (SOU 2016:55). En sammanfattning av betänkandet finns i bilaga 1. I januari 2017 överlämnade kommissionen sitt delbetänkande För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket (SOU 2017:4). En sammanfattning av förslagen i betänkandet finns i bilaga 2. Betänkandet har remissbehandlats och en sammanställning av inkomna remissyttranden finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2017/00671/FS). I juni 2017 överlämnade kommissionen sitt slutbetänkande Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47). En sammanfattning av förslagen i betänkandet finns i bilaga 4. Betänkandet har remissbehandlats och en sammanställning av inkomna remissyttranden finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2017/03553/FS). Den 12 maj 2016 gav regeringen Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket i uppdrag att ta fram underlag till insatser för att främja hälsa som är relaterad till matvanor och fysisk aktivitet. Myndigheternas rapport Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2016/03245/FS).

I denna proposition behandlar regeringen kommissionens förslag på ett förtydligande av det nationella folkhälsomålet och omvandling av folkhälsoarbetets målstruktur och dess förslag när det gäller folkhälsoarbetets uppföljnings- och utvärderingssystem. Vidare behandlas kommissionens förslag på inriktning på arbete som främjar en god och jämlik hälsa inom respektive målområde.

Förslagen i delbetänkandet För en god och jämlik hälsa rörande en utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket (SOU 2017:4) behandlas i kapitel 6. I kapitel 7 behandlas dels översiktliga beskrivningar av det vetenskapliga stödet för respektive målområden från delbetänkande Utgångspunkter för kommissionens arbete (SOU 2016:55), dels kommissionens bedömningar om inriktningar rörande åtgärder inom respektive målområde från slutbetänkandet Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa (SOU 2017:47).

3 Folkhälsopolitikens utgångspunkter

Hälsa är en av de högst värderade aspekterna av livet. Omkring 90 procent av befolkning i Sverige uppger att hälsa är mycket viktigt (SOM-undersökning 2016.) Att vara frisk, fri från sjukdomar, hälsoproblem och lidande är centralt och viktigt för människor. Till detta kommer att en god hälsa också är en viktig förutsättning och resurs för att kunna göra

det man vill i livet. Detta gäller inte minst möjligheten att utbilda sig, arbeta och försörja sig, liksom att delta i samhällslivet i övrigt.

En grundläggande utgångspunkt för folkhälsopolitiken är att alla ska ha samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv. Så är inte fallet i verkligheten. För även om folkhälsan i Sverige utvecklas positivt för befolkningen som helhet har hälsoklyftorna ökat under de senaste decennierna. Att hälsan är ojämnt fördelad över befolkningen hänger till stor del samman med människors socioekonomiska förhållanden och sociala position. Till exempel är den återstående medellivslängden vid trettio års ålder nästan sex år kortare bland både kvinnor och män med kort utbildning jämfört med kvinnor och män med lång utbildning. Ett samhälles välfärd och hållbarhet har således direkt samband med folkhälsan och hur den är fördelad. Samhällets struktur kan i sig vara den negativa faktor som utlöser ohälsa. Såväl socioekonomiska skillnader som skillnader i hälsa och livslängd utgör alltså potentiella problem för en hållbar utveckling. En central utgångspunkt i folkhälsoarbetet är att människors livsvillkor och levnadsvanor går att påverka politiskt. Insatser som riktar sig mot de faktorer som leder till de vanligaste folksjukdomarna och hälso problemen bör prioriteras och insatserna bör vara såväl generella som riktade mot specifika problem, grupper eller individer.

Hälsa har ofta setts som en individuell angelägenhet som den enskilde i första hand påverkar genom eget val av livsstil. Den sociala positionens och socioekonomiska tillhörighetens inverkan på hälsan talar emellertid för att det är strukturella förhållanden och livsvillkor som bör påverkas. Detsamma gäller för miljön som också har stor betydelse för hälsan. Därutöver påverkas matvanor, alkohol- och tobakskonsumtion och andra levnadsvanor i hög grad av faktorer som tillgänglighet, prissättning och marknadsföring. Hälsa är inte enbart en fråga för den enskilda individen, utan det är en fråga för samhället i stort.

Utgångspunkten för allt folkhälsoarbete är alla människors lika värde, och att den rådande ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper i befolkningen måste motverkas och särskilt sårbara grupper uppmärksammas.

Hälsa är en mänsklig rättighet, var och en har rätt till bästa uppnåeliga fysiska och mentala hälsa. Varje individ ska ha rätt att utvecklas efter sina förutsättningar och ges möjligheter att nå den hälsa som är individuellt möjlig. Alla, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, klasstillhörighet, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller ålder ska ges samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor.

I ett gott och jämlikt samhälle ska inte medborgarna leva under så olika villkor att konsekvenserna blir stora skillnader i livslängd och sjuklighet. En medveten folkhälsopolitik kan och bör förbättra villkoren för de grupper som är socialt och ekonomiskt mest utsatta och som därmed löper störst risk att drabbas av ohälsa och för tidig död. En befolkning som är frisk och mår bra skapar bättre förutsättningar för välbästand och ökad tillväxt genom minskad sjukfrånvaro, ökad sysselsättning, högre produktivitet och minskade behov av vård och omsorg. Samtidigt skapar den ekonomiska utvecklingen utrymme för en förbättrad folkhälsa.

Alla offentliga verksamheter och institutioner har ett gemensamt och grundlagsstadgat ansvar och syfte. I 1 kap. § 2 regeringsformen slås det fast att ”Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska

Prop. 2017/18:249 vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.” Detta är det grundläggande mål som alla offentliga system och organisationer ska arbeta för och hela tiden vägas mot, oavsett inom vilken sektor eller nivå av det allmänna man verkar. Folkhälsoarbetet är ett gemensamt ansvar och kräver insatser från de flesta sektorer i samhället – från det offentliga, från det privata och från de ideella organisationerna samt från individerna själva. En strävan att minska de ojämlika förutsättningarna för en god och jämlik folkhälsa bör vägleda folkhälsoarbetet inom alla sektorer och på alla samhällsnivåer.

Regeringen vill med denna proposition uppmana aktörer på alla samhällsnivåer att aktivt arbeta med att främja en god och jämlik hälsa och verka för regeringens målsättning att minska de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Det är angeläget att hälsoskillnaderna uppmärksammas som ett problem för samhället som helhet, dels utifrån perspektivet hållbar utveckling dels utifrån ett effektivt utnyttjande av allmänna resurser. Förslagen i propositionen syftar till att underlätta folkhälsoarbetet för dessa aktörer genom en tydligare fördelning av ansvar på nationell nivå och förbättrad uppföljning av folkhälsan och utvärdering av folkhälsoarbetet med fokus på skillnader i fördelningen av hälsan i befolkningen.

3.1 Ojämligheten i hälsan måste motverkas

Folkhälsa är ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsan. Folkhälsa handlar alltså inte enbart om att befolkningens hälsa bör vara så bra som möjligt. Det handlar även om att hälsan i befolkningen bör vara så jämnt fördelad som möjligt d.v.s. att det inte förekommer systematiska skillnader i dödlighet och sjuklighet mellan olika socioekonomiska grupper, mellan kvinnor och män mellan utrikes och inrikes födda, mellan personer med funktionsnedsättning och befolkningen i sin helhet samt mellan personer med olika sexuell läggning. Folkhälsan är därmed av stor betydelse för samhällsutvecklingen och insatserna för en bättre folkhälsa ingår som en viktig del i arbetet för en god välfärd och ett hållbart Sverige.

Folkhälsan i Sverige har ständigt förbättrats under de senaste århundrandena mätt i ökad medellivslängd och minskad förtida dödlighet. Denna utveckling går att tillskriva en mångfald av specifika folkhälso-politiska insatser men också, och kanske främst, en ökad levnadsstandard till följd av övergripande social- och välfärdspolitiska åtgärder. Som exempel kan nämnas sociala trygghetsnät, hög utbildningsnivå, högt arbetskraftsdeltagande för kvinnor, fri mödra- och barnavård, bostads-subventioner, kommunalt utjämningsystem, en restriktiv alkoholpolitik, aktiva insatser mot tobak, framgångsrika skadeförebyggande insatser och ett effektivt arbetsmiljöarbete. Trots en hög levnadsstandard och utbyggda trygghetssystem och en stadigt förbättrad hälsa i befolkningen i sin helhet finns det emellertid påtagliga skillnader i hälsa, sjukdomsrisik

och förväntad livslängd som har tenderat att öka snarare än minska under de senaste 30 åren.

Hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen. Ju lägre en persons sociala position är, desto sämre är hans eller hennes hälsa. Den ojämlika hälsan handlar alltså om systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper. På ett övergripande plan uppkommer ojämlikhet i hälsa genom skillnader mellan sociala grupper i tillgänglighet till ett antal sammankopplade och ömsesidigt förstärkande resurser över hela livet. Dessa sammankopplade processer – sjukdomsrelaterade villkor och förhållanden och den sociala fördelningen av dessa – pågår under hela livet och samspelar dessutom med varandra. Exempelvis tenderar sämre förhållanden under barndomen, socialt eller ekonomiskt, att även ge sämre förutsättningar för en god kognitiv, social och emotionell utveckling. Detta ger i sin tur både sämre chanser till utbildning, arbete och inkomster senare i livet och högre risk för ohälsa, samtidigt som hälsan i vuxen ålder även hänger samman med de livsvillkor, de inkomster och det arbete man då har. De flesta av dessa faktorer är socialt skiktade dvs. de som har en starkare socioekonomisk position är i lägre grad utsatta för problem och hälsorisker och i högre grad utrustade med resurser att hantera sina liv. I arbetet för en mer jämlik hälsa är det därför viktigt att uppmärksamma vilka grupper i samhället som generellt sett är överrepresenterade bland dem som har en svagare socioekonomisk position, t.ex. kvinnor, utrikes födda och personer med utländsk bakgrund.

Hälsan i allmänhet lika väl som specifika åkommor och sjukdomar påverkas av de förhållanden och villkor som människor lever i och egenskaper i de miljöer de vistas i. Dessa förhållanden, villkor och miljöer skiljer sig dessutom påtagligt åt för människor i olika sociala grupper. Välfärdspolitiken utgör därmed ett centralt verktyg i arbetet för en mer jämlik hälsa då en mer jämlik hälsa kan uppnås om människors resurser inom ett antal viktiga livsområden blir mer jämnt fördelade. Den centrala utgångspunkten i folkhälsoarbetet är därför de faktorer som beror på samhällseliga förutsättningar, s.k. bestämningsfaktorer för hälsan, och som är möjliga att påverka genom politiska beslut. Att sätta fokus på bestämningsfaktorer betonar att olika samhällssektorer bidrar till sjukdom och/eller främjar hälsa. Det är även lättare att följa utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer än att följa sjukdomsutvecklingen eftersom den tid som förflyter fram till att sjukdom eller annan ohälsa visar sig ibland kan vara flera decennier.

Samhället har ett ansvar för att skapa likvärdiga förutsättningar för människor att göra sina egna val. Individen har ett grundläggande ansvar för sin egen och sina närmastes hälsa men behöver samtidigt stöd av samhällseliga åtgärder. Detta är viktigt både för att individen ska kunna vidta individuella förändringar, exempelvis att sluta röka, och för förhållanden som ligger bakom den enskildes möjligheter, till exempel tillgången till säkra livsmedel och rent vatten.

Det är centralt att se den sociala kontextens betydelse för individers hälsa, men detta innebär varken att individer saknar ansvar för sin hälsa eller att åtgärder enbart ska vara generella. Tvärtom, det handlar om en mer sammansatt förståelse av hälsoskillnader och hur de kan åtgärdas. Det är viktigt att se samspelet mellan individ och samhälle, där alla individer har ett ansvar för den egna hälsan inom ramen för den enskildes

Prop. 2017/18:249 beslutsutrymme, medan det allmänna har ett ansvar för att människor får ett rimligt beslutsutrymme och att ge stöd för att kunna fatta hälsosamma beslut.

Alla offentliga verksamheter och institutioner har ett gemensamt, och grundlagsstadgat, ansvar och syfte. Dessa olika verksamheter och system är medel för att stärka människors välfärd och utjämna skillnader i villkor och möjligheter över livets olika faser liksom mellan grupper i samhället. Ojämligheten är en gemensam nämnare för de flesta stora välfärdsfrågor, inte minst ojämlikhet i hälsa och livslängd i befolkningen.

Folkhälsoarbetet är allas ansvar och syftar till att åstadkomma en god och jämlik hälsa för hela befolkningen genom ett systematiskt och målriktat arbete och en levande process, en ömsesidig interaktion mellan samhället och individen.

3.2 Hälsa är en förutsättning för hållbar utveckling

Sambandet mellan människors hälsa och den sociala, ekonomiska och miljömässigt hållbara utvecklingen har haft stor betydelse i ett historiskt perspektiv och är fortfarande av stor betydelse. Begreppet hållbar utveckling fick internationell spridning i samband med Förenta nationernas rapport *Our common future*, den så kallade Brundtlandrapporten från 1987. I rapporten konstaterades att den då, och ännu i dag gällande, ekonomiska utvecklingen är ohållbar. Produktions- och konsumtionsmönster är inte varaktigt hållbara, särskilt inte i industriländer som svarar för merparten av de miljöföroreningar som hotar jordens livsuppehållande system. Förbrukningen av naturresurser överstiger med bred marginal tillväxten av desamma. Den mest citerade definitionen av hållbar utveckling, ”utveckling som tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov”, myntades i Brundtlandrapporten. Begreppet hållbar utveckling finns sedan 2003 med i grundlagen. I 1 kap. 2 § regeringsformen står att ”det allmänna ska främja en hållbar utveckling som leder till en god miljö för nuvarande och kommande generationer.”

Hållbarheten gäller tre olika dimensioner:

- Social hållbarhet, som handlar om att sträva mot ett samhälle där grundläggande mänskliga rättigheter uppfylls.
- Miljömässig hållbarhet, som handlar om att hushålla med mänskliga och materiella resurser på lång sikt.¹
- Ekonomisk hållbarhet, som handlar om att motverka fattigdom, och om att alla ska ha råd att tillgodose sina grundläggande behov i relation till jordklotets ändliga resurser dvs. en ekonomisk utveckling som inte medför negativa konsekvenser för den ekologiska eller sociala hållbarheten.

¹ Sveriges 16 miljömålskvalitetsmål uttrycker den miljömässiga dimensionen och konkretiserar även miljöbalkens mål om att främja en hållbar utveckling (prop. 2009/10:155).

En god och jämlik folkhälsa påverkar tillväxten, främst genom ökad produktivitet. Människor som har god fysisk och psykisk hälsa utför arbetsuppgifter på ett effektivare sätt, har lägre sjukfrånvaro och råkar ut för färre arbetsskador. De blir mindre sårbara för omställningar i arbetslivet och klarar påfrestningar på dagens flexibla och rörliga arbetsmarknad bättre. Den ekonomiska utvecklingen skapar även utrymme för en förbättrad folkhälsa genom att hälsan hos utsatta grupper kan förbättras.

Den huvudsakliga orsaken till att människor inte arbetar är bristande arbetsförmåga på grund av sjukdom, men arbetsutbudet påverkas även på andra sätt. Bättre hälsa påverkar tidpunkten för när individer väljer att gå i pension och sjuka personer kan behöva hjälp med vård hemma vilket påverkar arbetsutbudet för anhöriga. Arbetet för en god och jämlik folkhälsa och hållbar utveckling går hand i hand, men det kräver ett långsiktigt agerande. Om hälsoklyftorna ska kunna slutas, måste de olika perspektiv och processer som i grunden handlar om att utjämna ojämlika villkor och möjligheter förstärka och berika varandra. Arbetet med att främja hälsa och förebygga ohälsa har en nyckelroll när det gäller att säkra den framtida välfärden. Insatser för att främja en god och jämlik hälsa och förebygga sjukdom kan ge den enskilda individen fler år med hälsa och livskvalitet, vilket i sin tur ger ett samhälle med en frisk befolkning.

Sambandet mellan människors hälsa och en miljömässigt hållbar utveckling är av grundläggande betydelse. En god livsmiljö med ett rikt växt- och djurliv bidrar till livskvalitet och kan främja folkhälsan. Föroreningar, såsom luftföroreningar och farliga kemikalier, är ett av de största (globala) hälsoproblemen och effekterna spänner från störd fortplantning till förtidigt åldrande och död. Andra miljöfaktorer, som en försämrad biodiversitet och klimatförändringar, kan ha en negativ effekt på människors hälsa. En förutsättning för att naturen ska leverera ekosystemtjänster för samhällets och människors välfärd är att den biologiska mångfalden bevaras. Naturens förmåga att rena luft, sänka temperaturer, erbjuda rekreativa och hälsosamma miljöer och pollinering är några exempel på sådana tjänster. Arbetet för att nå de av riksdagen beslutade nationella miljömålen har därför stor betydelse för folkhälsan.

4 Hälsans ojämlika fördelning

Medellivslängden i Sverige skiljer sig mellan olika sociala grupper. Personer med kort utbildning har kortare medellivslängd och högre förtida dödlighet än personer med lång utbildning. Medelåldern vid död skiljer sig cirka 5,5 år för kvinnor och 5,8 år för män under perioden 2013–2015. Under de senaste 15 åren har medelåldern vid död varit i stort sett oförändrad bland kvinnor med förgymnasial utbildning, men ökat för kvinnor med längre utbildning. Bland männen ökar medelåldern i alla utbildningsgrupper.

Det finns även geografiska skillnader i hälsa. De geografiska skillnaderna i hälsa handlar dels om skillnader mellan norra och södra Sverige, dels om skillnader mellan olika samhällen beroende på deras

Prop. 2017/18:249 storlek och struktur. Hälsan är generellt bättre i södra Sverige än i norra. Befolkningen i större samhällen eller samhällen med pendlingsavstånd till stora samhällen har generellt en bättre hälsa än befolkningen i små och mer isolerade samhällen. Framför allt har personer i förortskommuner en god hälsa, medan hälsan är sämre i glesbygdskommuner. Man bör dock tänka på att förortskommuner inte är detsamma som det vardagliga uttrycket ”förort” – förorter är ofta inte en egen kommun utan del av en större stads kommun. Även inom storstäder finns stora skillnader i hälsa, ofta mellan olika stadsdelar. Det finns stadsdelar där hälsan är utomordentligt god, medan den i andra stadsdelar är betydligt sämre, till exempel i förorterna. Glesbygdskommunerna har sammantaget den lägsta medellivslängden i landet, medan förortskommuner till storstäder har den högsta medellivslängden. Även om hälsan generellt sett är sämre i norra Sverige, är den även där bättre i kommuner med medelstora städer och deras pendlingskommuner än i glesbefolkade områden. Skillnaderna mellan storstäder respektive förortskommuner är stora. I vissa av dessa kommuner är medellivslängden bland de högsta i Sverige och i andra bland de lägsta. I Danderyd, Lidingö, Sollentuna och Täby är exempelvis medellivslängden bland de högsta i landet, detsamma gäller Kungsbacka, Lerum och Vellinge. Medellivslängden i Stockholms förortskommuner Botkyrka, Nynäshamn (kvinnor), Sundbyberg (män) och Södertälje är å andra sidan betydligt lägre. I storstadskommunerna Malmö och Göteborg är medellivslängden lägre än i landet som helhet, men inte i Stockholm. Skillnaderna grundar sig på faktorer såsom utbildningsnivå och inkomst, som generellt är lägre i glesbygd och mindre kommuner än i städer, samt lägre inom vissa områden i städerna².

Det finns även hälsoskillnader mellan personer i särskilt utsatta situationer och den övriga befolkningen. Särskilt tydliga är dessa skillnader för personer med funktionsnedsättning, hbtq-personer och vissa nationella minoriteter.

4.1.1 Hälsan bland kvinnor och män

Skillnaderna i hälsa mellan kvinnor och män är betydande. Kvinnor lever i genomsnitt längre än män. Samtidigt uppvisar fler kvinnor symptom på sjuklighet och gapet minskar något beroende på att mäns medellivslängd ökar snabbare än kvinnors. År 2014 var medellivslängden i Sverige 84,1 år för kvinnor och 80,4 år för män. Nivåer på självskattat gott hälsotillstånd skiljer sig åt mellan könen och mellan utbildningsgrupper. Kvinnor upplever inte lika god hälsa som män. När det gäller sammanfattande mått på hälsa som ”långvarig sjukdom eller hälsobesvär”, men även specifika åkommor, olika former av värk, sömnbesvär och nedsatt rörelseförmåga finns en könsskillnad såtillvida att det är betydligt större andelar av kvinnorna som rapporterar besvär (Statistiska centralbyrån 2016). Det motsatta gäller för tandhälsan. Kvinnor uppger sig generellt sett ha bättre tandhälsa än män (Folkhälsomyndigheten 2015).

² Folkhälsopolitisk rapport 2010 Framtidens folkhälsa – allas ansvar. Statens Folkhälsoinstitut (2010).

Kvinnor med kort utbildning har haft sämst utveckling över tid. Både bland kvinnor och män har dödligheten i såväl cancer som hjärt- och kärlsjukdomar minskat betydligt mer bland dem med eftergymnasial utbildning än bland dem med endast förgymnasial utbildning. År 2015 rapporterade 37 procent av kvinnorna och 24 procent av männen lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Vid en uppdelning på olika åldersgrupper var besvär med ängslan, oro och ångest vanligast i den yngsta åldersgruppen 16–29 år.

Ett viktigt folkhälsoproblem är det våld och de övergrepp som kvinnor utsätts för av framför allt närstående män. Detta är en tydlig orsak till ohälsa bland kvinnor och även bland de barn som tvingas bevittna, och ofta själva bli utsatta för, misshandel och övergrepp. Mörkertalet kring förekomsten av våld riktat mot kvinnor antas vara stort och hälsokonsekvenserna är omfattande.

4.1.2 Hälsan bland personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning³ är en viktig grupp att synliggöra då det i en rad studier framkommit att de rapporterar sämre hälsa, men också har sämre förutsättningar för hälsa jämfört med den övriga befolkningen. I Folkhälsomyndighetens senaste kartläggningen (2016) konstateras att personer med funktionsnedsättning under perioden 2005–2015 genomgående rapporterade sämre hälsa än befolkningen i övrigt. Endast 42 procent av personer med funktionsnedsättning uppger att hälsan är god, vilket kan jämföras med den övriga befolkningen där andelen ligger på 82 procent. Det är tio gånger vanligare att personer med funktionsnedsättning upplever sin hälsa som dålig, cirka 20 procent jämfört med cirka två procent bland den övriga befolkningen (Myndigheten för delaktighet 2015). Samtidigt har andelen kvinnor och män med funktionsnedsättning som rapporterat god hälsa ökat under perioden. Denna utveckling följer emellertid den allmänna trenden, vilket innebär att gapet mellan dem utan respektive med funktionsnedsättning kvarstår. Myndigheten för delaktighet ansvarar för uppföljningen av funktionshinderspolitiken och följer årligen upp samhällsaktörernas arbete med att integrera funktionshinderperspektivet samt levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning. Viktiga bestämningsfaktorer för hälsa, t.ex. utbildning, fysisk tillgänglighet, kultur, delaktighet, idrott, mänskliga rättigheter och faktorer som medier och rättsväsendet visar att skillnaderna är påtagliga (Myndigheten för delaktighet 2016). En del av dessa skillnader kan förklaras av funktionsnedsättningen i sig men en betydande del hänger ihop med välkända riskfaktorer för ohälsa kopplade till livsvillkor. Exempelvis förvärvsarbetar personer med funktionsnedsättning i lägre utsträckning och detta är särskilt utmärkande bland kvinnor, 55 procent att jämföra med den övriga befolkningen där motsvarande andel är 80 pro-

³ Funktionsnedsättning definieras som nedsättning av en fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd, eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller övergående natur (Socialstyrelsen).

Prop. 2017/18:249 cent. Personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga står för mer än en fjärdedel av alla inskrivna på Arbetsförmedlingen. Trenden är emellertid positiv och fler får sysselsättning varje år. Det är också en högre andel personer med funktionsnedsättning som känner oro för att förlora arbetet och anger att de saknar ekonomisk marginal. Personer med funktionsnedsättning har dessutom genomgående lägre inkomster än befolkningen i övrigt. Även levnadsvanorna skiljer sig åt för personer som har respektive inte har en funktionsnedsättning. Stillasittande fritid, fetma, daglig rökning och låg konsumtion av frukt och grönsaker är vanligare bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning. Resultaten för stillasittande fritid har inte förändrats under tioårsperioden, varken bland personer med eller utan funktionsnedsättning. Fetma har däremot ökat bland män med respektive utan funktionsnedsättning i åldern 30–64 år (Folkhälsomyndigheten 2016). Fler personer med funktionsnedsättning, 16 procent, uppger att de röker dagligen jämfört med tio procent i den övriga befolkningen (Myndigheten för delaktighet 2015). Rökning har minskat bland personer med respektive utan funktionsnedsättning i ungefär lika stor utsträckning. Det är betydligt vanligare bland personer med funktionsnedsättning att önska stöd för att ändra dessa levnadsvanor än bland den övriga befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2016).

4.1.3 Hälsan bland utrikes födda

Omkring en femtedel av Sveriges befolkning består i dag av personer som är födda i ett annat land och andelen växer. Utrikes födda kommer till Sverige av olika anledningar och med olika bakgrunder och förutsättningar vilket kan påverka hälsan. Personer som flytt sitt hemland kan ha levt en tid under stor stress innan de flyr och själva flykten kan ha varit omgärdad av olika svårigheter. Efter ankomsten till Sverige väntar också en tid av osäkerhet under asylprocessen. Sammantaget leder detta till större psykisk ohälsa – särskilt hos nyanlända flyktingar – än hos andra grupper av migranter (Socialstyrelsen 2015). En sammanställning från 2013 av Statistiska centralbyrån (SCB) av data från ULF-undersökningarna (perioden 2011–2012) visar att när utrikes födda personer som var 20–64 år tillfrågades om hur de bedömde sitt allmänna hälsotillstånd svarade 83 procent att hälsotillståndet var gott och fem procent att det var dåligt. Av de utrikes födda kvinnorna har 11 procent bedömt sitt hälsotillstånd som dåligt jämfört med fyra procent av de inrikes födda kvinnorna. Av de utrikes och inrikes födda männen har sju respektive tre procent bedömt sitt hälsotillstånd som dåligt. Utrikes födda bedömer sitt hälsotillstånd som sämre än inrikes födda. Att den självskattade hälsan skiljer sig mellan inrikes och utrikes födda har rimligtvis en rad olika förklaringsfaktorer. En sådan är utbildningsnivå. Utbildningsnivån är lägre bland utrikes födda. Omkring tio procent av de utrikes födda 16–64 år har förgymnasial utbildning som är kortare än nio år dvs. de saknar grundskolekompetens enligt SCB. Bland annat skillnaderna i utbildningsbakgrund visar att utrikes födda är en påtagligt heterogen grupp.

4.1.4 Hälsan bland hbtq-personer

Skillnaderna i hälsa mellan hbtq-personer och den övriga befolkningen gäller i synnerhet psykisk hälsa. Att den psykiska hälsan är sämre bland hbtq-personer konstaterades redan i Folkhälsoinstitutets kartläggning 2005, vilket också regeringens strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck (2014) utgår från. Av rapporten framgår att andelen som anger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande är dubbelt så stor bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande. Att någon gång ha övervägt att ta sitt liv är dubbelt så vanligt bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Hälften av dem som identifierar sig som transpersoner har någon gång övervägt att ta sitt eget liv och cirka 20 procent har försökt att ta sitt eget liv. Det ska jämföras med genomsnittet för befolkningen där fem procent någon gång har försökt att ta sitt eget liv. Socialstyrelsen har i en nyligen publicerad rapport (2016) analyserat förekomsten av psykisk ohälsa genom användning av psykofarmaka och mortalitet utifrån registeruppgifter om personer i samkönade äktenskap. Detta är de enda registeruppgifter som finns som till stora delar kan spegla hbtq-gruppens hälsa, även om inte hela gruppen fångas av urvalet. Analysen visar att riskbruk och beroende var särskilt vanligt bland kvinnor i samkönade äktenskap. Bland unga kvinnor i 30-årsåldern var förekomsten upp till sex⁴ gånger högre än bland övriga gifta kvinnor i samma ålder. Riskbruket utgjordes framför allt av alkohol. Bland männen i samkönade äktenskap fanns en ökad förekomst av allvarlig psykisk sjukdom som exempelvis schizofreni eller liknande tillstånd. I rapporten konstateras även att hbtq-gruppen löpte högre risk att dö i förtid, vilket särskilt gällde männen. Självmorden var vanligare i samkönade äktenskap. Vad gäller fysiska sjukdomar förklaras den högre risken att dö i förtid till stor del av hiv/aids. Personer som befinner sig i minoritetsposition på grund av sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck riskerar i större utsträckning än övriga befolkningen att utsättas för olika stressfaktorer, till exempel diskriminering och negativt bemötande. Socialstyrelsen tolkar den högre förekomsten av psykisk ohälsa och användning av psykofarmaka bland hbtq-personer som ett tecken på stressrelaterad ohälsa i gruppen.

4.1.5 Hälsan bland de nationella minoriteterna och urfolket samerna

I Sverige tillhör judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar nationella minoriteter. Samerna är dessutom urfolk i Sverige. Riksdagen uttalade 1977 att samerna är ett urfolk som har folkrättsliga krav på en kulturell särbehandling i Sverige. (prop. 1976/77:80, bet. 1976/77:

⁴ I studien ingår totalt omkring 1,3 miljoner personer i ollickönade äktenskap och 10 000 personer i samkönade äktenskap som gift sig 1995–2012. Uppgifter om psykiatriska diagnoser, psykofarmaka och mortalitet kommer från Socialstyrelsens nationella register.

Prop. 2017/18:249 KrU43, rskr. 1976/77:289). Sedan 2011 anges även i 1 kap. 2 § rege-
ringsformen att det samiska folkets möjligheter att behålla och utveckla
ett eget kultur- och samfundsliv ska främjas.

Det är svårt att få en rättvisande bild av skillnader i hälsa bland de
nationella minoriteterna och urfolket samerna eftersom det inte görs data-
insamlingar baserade på etnisk tillhörighet. Rapporten Hur mår Sveriges
nationella minoriteter? av Folkhälsainstitutet (2010) är den enda i sitt
slag. Rapporten – som bygger på enkätstudier – sammanfattar hälsositua-
tionen bland alla Sveriges nationella minoriteter. Då det finns metod-
svårigheter i genomförandet av denna typ av undersökningar måste
resultaten ses som en ögonblicksbild och inte som en fullödig representa-
tion. Resultaten visar att det finns en bristande kunskap hos majoritets-
befolkningen och bland myndigheterna om minoriteterna och deras
kultur, rättigheter och hälsosituation. Det är även tydligt att hälsopro-
blemen är olika bland olika minoritetsgrupper. Ett tydligt resultat är
också bristen på data om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor bland indi-
vider och grupper som tillhör de nationella minoriteterna. Redovisningen
av hälsoläget bland sverigefinnar, tornedalingar, tomer och judar nedan
är baserad på den ovan nämnda rapporten Hur mår Sveriges nationella
minoriteter? från 2010.

Sverigefinnar

När det gäller självskattad hälsa uppgav finlandsfödda kvinnor och män i
mindre utsträckning att de hade en bra hälsa jämfört både med hela
befolkningen och i relation till relevant referensgrupp (boende, ej
finlandsfödda, i finska förvaltningskommuner). Både män och kvinnor
uppvisade högre andel med långvarig sjukdom och svår värk jämfört
med hela befolkningen, och finlandsfödda män angav i större utsträck-
ning att de hade högt blodtryck jämfört med hela befolkningen. En högre
andel finlandsfödda män angav att de hade nedsatt psykiskt välbef-
innande, medan situationen var den omvända för kvinnor. En högre
andel män, men en lägre andel kvinnor, uppgav att de var stillasittande
på fritiden jämfört med hela befolkningen. En högre andel kvinnor rökte
jämfört med befolkningen i stort. En högre andel män upplevde sig eko-
nomiskt utsatta jämfört med hela befolkningen, men däremot upplevde
både män och kvinnor att de i mindre utsträckning kände sig otrygga och
utsatta för hot och våld jämfört med befolkningen i stort. Både män och
kvinnor upplevde lågt socialt deltagande jämfört med hela befolkningen.
När det gäller förtroende för offentliga institutioner upplevde både män
och kvinnor ett lågt förtroende för sjukvården, Arbetsförmedlingen och
Försäkringskassan i större utsträckning än hela befolkningen.

Tornedalingar

När det gäller centrala hälsoutfall var det endast psykisk hälsa bland män
som uppvisade signifikant skillnad gentemot hela befolkningen, där män
boende i Tornedalen i större utsträckning uppgav fler dagar med en god
psykisk hälsa. Såväl för självskattad hälsa och som kroppslig hälsa fanns
skillnader, men inga större, gentemot övriga befolkningen. Kvinnor upp-
visade högre andel med långvarig sjukdom och svår värk jämfört med
hela befolkningen, och män angav också i större utsträckning att de hade

høgt blodtryck jämfört med hela befolkningen. En mindre andel män och en högre andel kvinnor uppgav att de under de senaste tre månaderna besökt sjukvården jämfört med hela befolkningen. Såväl män som kvinnor uppgav i större utsträckning att de hade dålig tandhälsa jämfört med hela befolkningen. En högre andel kvinnor angav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Däremot upplevde en lägre andel, både män och kvinnor, svår trötthet och stress jämfört med befolkningen i stort. En lägre andel kvinnor led av sömnsvårigheter jämfört med befolkningen i stort. En högre andel män uppgav att de var stillasittande på fritiden jämfört med hela befolkningen. En lägre andel av både män och kvinnor rökte jämfört med befolkningen i stort. En högre andel män upplevde sig ekonomiskt utsatta jämfört med hela befolkningen, men däremot upplevde både män och kvinnor att de i mindre utsträckning kände sig otrygga. En lägre andel män och en högre andel kvinnor upplevde sig utsatt för diskriminering. Både män och kvinnor upplevde lågt socialt deltagande jämfört med hela befolkningen. När det gäller förtroende för offentliga institutioner upplevde både män och kvinnor ett lägre förtroende för sjukvården, landstings- och kommunpolitiker jämfört med hela befolkningen, men ett högre förtroende för fackföreningar jämfört med befolkningen i stort.

Judar

När det gäller självsattad hälsa uppgav både judiska män och kvinnor i större utsträckning att de hade en bra hälsa och god psykisk hälsa jämfört både med hela befolkningen, men också i relation till relevanta referensgrupper (boende i storstadskommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö). För kroppslig hälsa uppgav en större andel kvinnor fler dagar med god kroppslig hälsa jämfört med hela befolkningen. Både män och kvinnor uppvisade lägre andel med långvarig sjukdom jämfört med hela befolkningen, och en lägre andel kvinnor uppgav svår värk jämfört med hela befolkningen. En lägre andel av männen uppgav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. En lägre andel av både män och kvinnor uppgav att de röker och männen uppgav även i mindre utsträckning att de snusar dagligen. En mindre andel av både män och kvinnor upplevde sig ekonomiskt utsatta jämfört med hela befolkningen, och både män och kvinnor upplevde att de i mindre utsträckning kände sig otrygga jämfört med befolkningen i stort. Däremot upplevde en högre andel män att de blivit utsatta för diskriminering jämfört med hela befolkningen. Både män och kvinnor uppgav i mindre utsträckning ett lågt socialt deltagande jämfört med hela befolkningen. När det gäller förtroende för offentliga institutioner upplevde kvinnor ett högre förtroende för sjukvården, och både män och kvinnor upplevde ett högre förtroende för både kommun- och landstingspolitiker jämfört med hela befolkningen.

Romer

Romernas hälsosituation påverkas starkt av deras livssituation, som kännetecknas av hög arbetslöshet, känsla av utanförskap, maktlöshet och diskriminering. Dessa faktorer bidrar sannolikt till ett levnadssätt som exponerar dem för ökade risker för ohälsa. Romerna uppger att det förekommer en hög alkoholkonsumtion bland framför allt män och ung-

Prop. 2017/18:249 domar. De ser också spelberoende, tablett- och drogmisbruk som ett ökande problem. Romska kvinnor upplever mycket stress, som förknippas med en hög arbetsbelastning i hemmet. Hjärt- och kärlsjukdomar, fysisk inaktivitet och en kosthållning med hög andel fett är vanligare förekommande bland romer än befolkningen i stort, enligt dem själva. Sjukdomstillstånd hos den romska befolkningen kan sättas i samband med deras utsatta situation i samhällets utkant, understimulering, dåliga kost- och motionsvanor och dåligt vaccinationsskydd. Delegationen för romska frågor behandlar Folkhälsomyndighetens kartläggning i sitt betänkande (SOU 2010:55) och drar två slutsatser. För det första att romers sämre hälsa framför allt beror på en utsatt socioekonomisk situation. En förutsättning för bättre hälsa i gruppen är därför att ”de strukturella problemen med romers ekonomiska och sociala marginalisering upphör”. För det andra finns det ett tillitsproblem till hälso- och sjukvården hos den romska gruppen, som bör hanteras.

Samer

En stor grupp forskare har för första gången i en nyligen publicerad studie⁵ försökt skapa en global urfolkshälsoöversikt där 23 länder och 28 urfolk ingår. Studien bygger på befolkningsdata och undersöker nyckelvariabler som förväntad livslängd, spädbarnsdödlighet, utbildningsnivå, socioekonomisk utsatthet m.m. Den generella slutsatsen i studien är att urfolk har sämre hälsa och kortare livslängd än personer tillhörande majoritetsbefolkningen. Det gäller emellertid inte på samma sätt för den samiska gruppen i Sverige. I en annan omfattande kunskapssammansättning om samers psykosociala hälsa⁶ framträder en något mer komplex bild. Av rapporten framgår att samiska skolungdomar (12–18 år) rapporterar något sämre hälsorelaterad livskvalitet än svenska skolungdomar och att unga vuxna samer (18–28 år) rapporterar sämre mental hälsa (stress och oro) än unga vuxna svenskar. Det finns även skillnader vad gäller t.ex. livströtthet och dödsönskan jämfört med jämnåriga norrländska män och kvinnor i referensgruppen. Även bland vuxna renskötande samer finns en påtaglig skillnad i självmordstankar och självmordsplaner mellan samer och andra invånare i norra Sverige. Var femte vuxen renskötare i åldrarna 18+ rapporterar sig ha haft självmordsplaner, jämfört med var tionde norrlänning. Däremot skiljer inte självmordsförsöken mellan grupperna. Även ångest- och depressionssymtom är betydligt vanligare bland renskötande samer jämfört med andra norrländska män och kvinnor. Två av fem manliga renskötande samer rapporterar en ångeststörning, och bland medelålders män (30–49 år) rapporterar varannan sådana problem. Detta kan jämföras med andra norrländska män, där ungefär var femte (19–23 procent) har ångestproblem i samma omfattning. I översiktsstudien framgår att unga vuxna samer och renskötande samer inte i allmänhet konsumerar mer alkohol än andra norrlänningar. I studien bedöms den mest centrala förklaringen till de specifika psykosociala hälsoproblem som identifierats vara

⁵ Anderson et al. 2016

⁶ Stoor 2016

kopplade till sociokulturella faktorer, strukturell rasism och diskriminering samt problem kopplade till dessa. Studier visar även att enskilda samer många gånger möts av okunskap och fördomar om samer och samiska förhållanden hos vårdpersonal tillhörande majoritetsbefolkningen, vilket kan öka risken för att samer upplever sig etniskt diskriminerade, och att de måste försvara sig och sin identitet samt att de får problem exempelvis i vårdmöten.

5 Fokus på jämlik folkhälsa i det internationella arbetet

Sverige har förbundit sig att följa ett antal internationella konventioner som stadgar såväl grundläggande medborgerliga och politiska rättigheter som ekonomiska, sociala och kulturella samt miljömässiga rättigheter, liksom särskilda gruppers rättigheter. Utöver regeringsformen och andra svenska lagar finns internationella överenskommelser och åtaganden som pekar på att ojämlikhet är ett problem som det allmänna bör och ska engagera sig i och försöka minska.

Internationellt har området en god och jämlik folkhälsa prioriterats högt under de senaste tre decennierna. Inom Förenta nationerna (FN), World Health Organization (WHO), Europeiska unionen (EU) och även i Nordiska ministerrådet (NMR) finns starkt stöd för en mer jämlik hälsa i befolkningen i både beslutade resolutioner och i policyramverk och internationellt samarbete.

De mänskliga rättigheterna reglerar förhållandet mellan staten och enskilda människor. De utgör en begränsning av statens makt över individen och slår samtidigt fast vissa skyldigheter för staten gentemot individen. Det internationella arbetet för mänskliga rättigheter tar sin utgångspunkt i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948. De rättigheter som inryms i förklaringen har senare förts in och vidareutvecklats i ett antal konventioner som är bindande för de anslutna staterna. En stor majoritet av världens länder, inklusive Sverige, har anslutit sig till konventionerna. Tillsammans utgör de ett universellt ramverk för arbetet med mänskliga rättigheter.

Den allmänna förklaringen och konventionerna berör hälsa och hälsans bestämningsfaktorer på olika sätt. Den övergripande tanken i den allmänna förklaringen är att alla människor föds fria och har samma rättigheter oavsett kön (artikel 1). Rätten till liv och frihet framgår av artikel 2 och i artikel 25 i konventionen konstateras att: ”Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll”. I konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter preciseras rätten till arbete, gynnsamma arbetsvillkor, social trygghet, bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa, utbildning m.m. i konventionens

Prop. 2017/18:249 tredje del. I konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (kvinnokonventionen) preciseras bl.a. att de stater som har ratificerat konventionen ska vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor när det gäller exempelvis deltagande i landets politiska och offentliga liv, i utbildning och på arbetsmarknaden. Det samma gäller hälsovård och att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive sådan som avser familjeplanering.

I konventionen om barnets rättigheter (barnkonventionen) fastställs barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa och att konventionsstaterna ska sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt (artikel 24). I detta ingår att vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa. Barn har också rätt till den levnadsstandard som krävs för barnets fysiska, psykiska, andliga, moraliska och sociala utveckling. Föräldrarna har det huvudsakliga ansvaret för att säkerställa barns levnadsvillkor, men staten ska bistå dem och vid behov tillhandahålla materiellt bistånd och stöd (artikel 27). Staten ska även säkerställa barnets sociala trygghet genom t.ex. socialförsäkringar (artikel 26). Regeringen avser att under våren 2018 besluta en proposition med förslag om hur barnkonventionen ska inkorporeras i svensk rätt.

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning syftar till att stärka skyddet av de mänskliga rättigheterna för personer med funktionsnedsättning. Den fokuserar på icke-diskriminering och listar nödvändiga åtgärder för att personer med funktionsnedsättning ska kunna åtnjuta sina mänskliga rättigheter. Vidare föreskrivs att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa.

Sverige har anslutit sig till ett 40-tal internationella miljökonventioner och internationella avtal för att skydda miljön och hushålla med naturresurserna. Miljökonventionerna har fokus på olika frågor, till exempel klimat, luftvård, avfall, kemikalier och naturvård. Konventionen om biologisk mångfald, CBD, är en global konvention om naturvård och artskydd som har mål för tillgång till fungerande ekosystem som bidrar till hälsa för alla med hänsyn särskilt till kvinnor, urbefolkningar och svaga grupper. År 2010 antog världens länder en strategisk plan för biologisk mångfald under perioden 2011–2020. Denna plan innehåller 20 delmål som kallas Aichimålen. Planen siktar mot att hejda förlusten av biologisk mångfald så att ekosystemen år 2020 är motståndskraftiga och har bra återhämningsförmåga, vilket är förutsättningar för att ekosystemen ska kunna fortsätta att tillhandahålla de varor och tjänster som människor är beroende av.

Agenda 21

Utgångspunkten för hållbar utveckling i internationella politiska sammanhang var den s.k. Brundtlandsrapporten (se avsnitt 3.2 Hälsa är en förutsättning för hållbar utveckling) vars konsekvens blev att FN:s generalförsamling beslöt att ordna en konferens i Rio de Janeiro 1992. Huvuduppgiften, att göra en plan för den omställning som måste ske om utvecklingen ska bli hållbar, resulterade i en handlingsplan – Agenda 21. Målet var att skapa en utveckling som tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov.

Fokus i Agenda 21 är miljöomställning men den innehåller också en social dimension. I Riiodokumenten definierades denna dimension som klyftan mellan rika och fattiga länder. Denna orättvisa relation måste förändras om utvecklingen ska bli långsiktigt hållbar.

Förenade nationerna och World Health Organization

Ett av de mest tongivande bidragen när det gäller området jämlik hälsa gjordes av den av WHO tillsatta Commission on Social Determinants of Health (CSDH), som 2008 publicerade sin slutrapport Closing the Gap in a Generation. Rapporten innehöll tre övergripande rekommendationer för att minska hälsoklyftorna:

- förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv,
- motverka den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser och
- mät och följ upp effekterna av olika politiska åtgärder.

Rapporten behandlades av World Health Assembly, WHO:s högsta beslutande organ, som år 2009 antog en resolution (WHA 62.14) genom vilken medlemsstaterna åtog sig att minska ojämlikheten i hälsa genom aktiva insatser som syftar till att fokusera på hälsans bestämningsfaktorer. Ett hälsoperspektiv ska genomsyra alla politiska områden ”Health in All Policies” vilket WHO beskriver som ett tvärsektorielt angreppssätt i officiella policyer som på ett systematiskt sätt beaktar hälsokonsekvenser av beslut, söker synergier och där skadliga hälsokonsekvenser undviks i syfte att förbättra befolkningens hälsa och jämlikhet i hälsa. Som ett led i detta arbete anordnades en global konferens i Rio de Janeiro 2011, där 124 av WHO:s medlemsländer samlades och antog den s.k. Rio-deklarationen, vilken senare alla medlemsländer ställde sig bakom i en resolution antagen vid World Health Assembly 2012 (WHA 65.8). Rio-deklarationens ramverk för arbetet med att sluta hälsogapen är därmed även en utgångspunkt för det svenska folkhälsoarbetet.

FN:s deklaration om icke smittsamma sjukdomar (NCD)

År 2011 riktades den internationella uppmärksamheten på allvar mot epidemin av icke smittsamma sjukdomar och de främsta riskfaktorerna alkohol- och tobakskonsumtion, bristande fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Det högnivåmöte som FN då höll resulterade i en deklaration där länderna förklarar sig beredda att prioritera de stora förebyggande folkhälsoinsatser som krävs för att vända utvecklingen. Senare kom en global handlingsplan för NCD-bekämpningen 2013–2020. Under 2017 förberedde sig regeringar och organisationer världen runt för 2018 års högnivåmöte om det globala NCD-arbetet. Högnivåmötet är en kontrollstation där NCD-läget och NCD-arbetet ska utvärderas.

Hälsa 2020: Ett policyramverk för sektorsövergripande insatser för hälsa och välbefinnande

De 53 medlemsländerna inom WHO:s europeiska region enades i september 2012 om ett nytt evidensbaserat gemensamt policyramverk, Hälsa 2020. Deras gemensamma mål är att “påtagligt förbättra befolkningens hälsa och välbefinnande, minska ojämlikhet i hälsa, stärka folkhälsan och

Prop. 2017/18:249 garantera människocentrerade hälsosystem som är universella, rättvisa, hållbara och av hög kvalitet.”

Hälsa 2020 beskriver hur man genom bättre ledarskap och styrning kan förbättra hälsan för alla och göra den mindre ojämlig och bygger på fyra prioriterade områden för åtgärder:

- Att investera i hälsa ur ett livscykelerspektiv och ge människor inflytande över sina liv.
- Att ta itu med regionens största hälsoutmaningar i fråga om icke smittsamma och smittsamma sjukdomar.
- Att stärka människocentrerade hälso- och sjukvårdssystem, folkhälsokapacitet och beredskap, övervakning och svarsåtgärder vid nödsituationer.
- Att skapa motståndskraftiga samhällen och stödjande miljöer.

De fyra prioriterade områdena är sammanlänkade, beroende av och stöder varandra samt kräver en kombination av angreppssätt som främjar hälsa, rättvisa och välfärd. Ramverket lyfter fram, på alla nivåer och inom alla sektorer, utvecklingsbara tillgångar och krafter i samhället, liksom vikten av självbestämmande och stödjande miljöer som främjar hälsa och på att förebygga sjukdomar. Angreppssätten kommer att omfatta styrning genom politiska beslut och regleringar och nya former av samarbete med organisationer i det civila samhället, oberoende organisationer och expertorgan. Det finns ett ökande behov av att inom policy och i praktiken utgå från evidens, ta hänsyn till etiska gränser, öka öppenheten och stärka ansvarsskyldigheten inom områden som personlig integritet, riskbedömning och bedömning av hälsopåverkan.

Hälsa 2020:s övergripande policyramverk för hälsa och välbefinnande är ett i stöd i regeringens arbete med att minska de påverkbara hälso-klyftorna i Sverige. De två övergripande strategiska målen för Hälsa 2020, att förbättra hälsan för alla och minska ojämligheten i hälsa samt att förbättra ledarskap och delaktighet i styrning av hälsa är viktiga utgångspunkter för att vända utvecklingen.

Europeiska unionen

Inom ramen för EU har ojämlighet under lång tid pekats ut som en av de stora framtidsutmaningarna. EU:s folkhälsostrategi Tillsammans för hälsa gällde formellt fram till 2013, men ska fortsatt stödja unionens tillväxtstrategi EU 2020. I denna betraktas strategier för hälsa och jämlik hälsa som investeringar som bidrar till stärkt social sammanhållning för att minska ohälsa, fattigdom och social utestängning.

År 2009 presenterade Europeiska kommissionen meddelandet Solidaritet i hälsa: att minska ojämligheten i hälsa i EU. I meddelandet konstateras att skillnaderna inom och mellan EU:s medlemsstater är stora med tecken på ökad ojämlighet, särskilt bland utsatta grupper, som t.ex. etniska minoriteter. Skillnaderna i hälsa är kopplade till socioekonomiska faktorer som påverkar många aspekter av människors levnadsförhållanden, vilket i sin tur påverkar människors hälsa.

Europaparlamentet antog resolutionen Reducing health inequalities in the EU 2010. I resolutionen uppmanade Europaparlamentet medlems-

staterna att ta till sig av rekommendationerna och verka för att utjämna sociala och ekonomiska skillnader i hälsa mellan och inom medlemsstaterna.

I november 2016 inleddes den nya tvååriga hälsocykeln (State of Health in the EU) initierad av Europeiska kommissionen, med publiceringen av rapporten Health at a Glance: Europe i samarbete med Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

Nordiska ministerrådet – Folkhälsoarena

Inom ramen för det nordiska folkhälsosamarbetet antogs 2016 en deklARATION med målet att minska ojämlikheten i hälsa genom att underlätta kunskapsdelning, utvecklingsprojekt, policyutveckling och genomförande av åtgärder för en god och jämlik hälsa. Det nordiska samarbetet ska verka för att prioritera erfarenhetsutbyte och gemensamma utvecklingsprojekt om goda förebyggande och hälsofrämjande åtgärder och i detta samarbete underlätta kunskapsdelning och utvecklingsprojekt som kan bidra till att stärka policyutveckling och genomförande av åtgärder för en god och jämlik folkhälsa. De nordiska ministrarna för social- och hälsopolitik har även etablerat en nordisk arena för samarbete på folkhälsoområdet med Nordens Välfärdscenter (NVC) som sekretariat för arenan. Ett tvärsektorielt perspektiv ska vara ledstjärna för arenan som också ska samverka med befintliga arbetsgrupper, nätverk, institutioner etc. på den nordiska nivån inom folkhälsoområdet. Som ett exempel på det tvärsektorielle arbetssättet och andra politikområdens betydelse för folkhälsan kan nämnas ett nordiskt kartläggningsprojekt om kultur och hälsa som genomförts av Region Skåne på uppdrag av Nordiska Ministerrådet.

5.1.1 Agenda 2030

I september 2015 antog FN:s generalförsamling en resolution med en 15-årig agenda för en långsiktigt hållbar utveckling, Agenda 2030 för hållbar utveckling. Agendan, som började gälla den 1 januari 2016, omfattar alla världens länder och ska gälla fram till 2030. Agendans globala mål ersätter de tidigare millenniemålen, men är mer omfattande. Till skillnad från millenniemålen, som i praktiken blev relevanta enbart för låg- och medelinkomstländer, är Agenda 2030 också menad att appliceras i alla världens länder. Agenda 2030 tydliggör att hållbar utveckling är avgörande för en gemensam framtid och att alla tre dimensionerna av hållbar utveckling, den ekonomiska, den miljömässiga och den sociala, måste samverka.

De 17 globala målen och 169 delmålen för hållbar utveckling är universella, integrerade och odelbara. Agendan underlättar och stödjer ett sektorsövergripande arbete på alla nivåer i samhället, något som i flera sammanhang lyfts av Världshälsoorganisationen som nödvändigt för en god utveckling av hälsan. Synergierna och den integrerade karaktären på de globala målen är av avgörande betydelse för att säkerställa syftet med Agenda 2030. Kopplingar görs mellan dessa utmaningar, och behovet av att hantera dem i ett gemensamt sammanhang pekas ut. Också i Sverige påverkas samhällen, städer, kommuner och landsting av den globala

Prop. 2017/18:249 utvecklingen. Förhållanden och villkor som är centrala i människors liv och hälsa, och därmed för samhällets ekonomiska, sociala och miljömässiga utveckling, är på olika sätt kopplade till den nationella, internationella och globala utvecklingen. De förhållanden och villkor som på detta sätt är länkade till såväl den ojämlika hälsan i Sverige som till den globala utvecklingen, inkluderar tillgång till och skillnader i utbildning, arbete, försörjning, boende och inflytande samt livsmiljö. En otillräcklig tillgång och ojämlik fördelning av sådana centrala resurser riskerar att bidra till ekonomisk och social instabilitet och ojämlik hälsa, globalt men även lokalt i Sverige.

Regeringens ambition är att Sverige ska vara ledande i genomförandet av agendan, både nationellt och globalt. Grundläggande för arbetet är att det finns ett brett ägarskap för Agenda 2030 bland alla aktörer i samhället. Det nationella genomförandet inkluderar kommuner och landsting liksom statliga myndigheter och Regeringskansliet och ska så långt som möjligt genomföras genom ordinarie nationella mål, strategier och handlingsplaner.

Flera av Agenda 2030:s globala mål har direkt bäring på jämlik hälsa och de sociala bestämningsfaktorerna med ett brett tvärsektorielt fokus på livsvillkor. Detta inkluderar mål 3 (Hälsa och välbefinnande), mål 5 (Jämställdhet) och mål 10 (Minskad ojämlikhet). Därutöver är mål 1 och 2 kopplade till inkomster och försörjning, mål 4 behandlar utbildning, mål 8 och i viss mån mål 9 behandlar arbete och arbetsmiljö och mål 11 inbegriper boende och närmiljö. Agendan utgör därför en plattform för att få andra aktörer i samhället att se sin roll för en god hälsoutveckling och lyfter hälsoaspekten i alla politikområden.

Agenda 2030 och de globala målen, liksom folkhälsopolitiken, berör ett stort antal områden som svenska kommuner och landsting arbetar med. Folkhälsoarbetet är sammankopplat med andra sektorsövergripande områdens arbete med integrering av sina olika perspektiv, exempelvis jämställdhet, mänskliga rättigheter, miljö, barn, ungdomar, integration, funktionshinder m.m. Det är angeläget att alla dessa aktörer aktivt arbetar för att skapa synergier mellan olika perspektiv snarare än att bli konkurrenter. De flesta perspektiv handlar i grunden om mer jämlika villkor och förutsättningar vilket är centrala aspekter för folkhälsans och välfärdens utveckling. Det breda arbetet med frågor som kan bidra till god och jämlik folkhälsa kan således samsas med flera andra mer eller mindre överlappande processer och initiativ.

I mars 2016 tillsatte regeringen en delegation för Sveriges genomförande av Agenda 2030. Delegationens uppdrag är att stödja och stimulera det svenska genomförandet av agendan och i dialog med olika samhällsaktörer ta fram ett förslag till handlingsplan samt sprida information om goda exempel på social, ekonomisk och miljömässigt hållbar utveckling och verka för att dessa ges uppmärksamhet. Förslaget till handlingsplan presenterades den 1 juni 2017 och omfattar sex prioriterade områden. Dessa är: ett jämlikt och jämställt samhälle, hållbara städer, en samhällsnyttig och cirkulär ekonomi, ett starkt näringsliv och hållbara affärsmodeller, hållbara och hälsosamma livsmedel och stärkt kunskap och innovation. Barn- och ungdomsperspektivet är centralt i delegationens arbete och för att uppnå en hållbar utveckling.

Kärnan i Sveriges politik för global utveckling (PGU) är att de politiska beslut som fattas i Sverige ska bidra till en rättvis och hållbar global utveckling. Det handlar om att granska åtgärder och beslut för att identifiera vilka positiva eller negativa effekter de har på hållbar utveckling och mänskliga rättigheter, i synnerhet fattiga människors rättigheter. PGU antogs av riksdagen 2003 med det övergripande målet att bidra till en rättvis och hållbar global utveckling. PGU omfattar samtliga politikområden.

Hela regeringen har ett ansvar att bidra till den globala politikens mål om en rättvis och hållbar utveckling. PGU är ett verktyg för att effektivisera det gemensamma arbetet mot de globala målen och Agenda 2030 samt minimera risken för att olika områden för regeringens arbete motverkar varandra. Syftet är att identifiera områden där samverkan är möjligt och synliggöra mål- och intressekonflikter för att de ska kunna avdömas politiskt.

De globala målen och Agenda 2030 utgör ett unikt ramverk för ett ökat internationellt och globalt samarbete.

Regeringen aviserade en nystart av PGU 2014. Nystarten innebär bland annat att alla departement tar fram handlingsplaner med konkreta mål för hur de ska bidra till Agenda 2030 och de globala målen genom en samstämmig politik. Handlingsplanerna började genomföras i mars 2018 och ska uppdateras årligen.

EU:s samstämmighetspolitik

Policy Coherence for Development (PCD) kan beskrivas som EU:s motsvarighet till Sveriges PGU. Det handlar om att alla politikområden samstämmigt ska bidra till utvecklingsmål och till hållbar utveckling. EU:s PCD-arbete är juridiskt bindande för EU genom Lissabonfördraget. Arbetet med PCD bedrivs sedan 2009 med en inriktning på fem prioriterade utmaningar: handel och finans, klimatförändringar, global livsmedelsförsörjning, migration och säkerhet.

Kommissionen, Europaparlamentet och rådet har ett gemensamt ansvar för att främja EU:s samstämmighetspolitik. Även medlemsstaterna och det civila samhället har viktiga roller att fylla. Medlemsstaternas ansvar är att samstämmighetspolitik för utveckling säkerställs på den nationella arenan. I kommissionens senaste PCD-rapport framkommer att medlemsstaterna har gjort framsteg i sin nationella samstämmighetspolitik.

6 Utveckling av det samlade folkhälsoarbetet

6.1.1 Bakgrund

År 2003 överlämnade regeringen propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) till riksdagen. I propositionen gjorde regeringen bedömningen att folkhälsan måste förbättras och att skillnaderna i hälsa mellan

Prop. 2017/18:249 olika grupper i samhället måste motverkas. Riksdagen antog regeringens förslag om ett övergripande nationellt mål för folkhälsoarbetet, att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen och en sektorsövergripande målstruktur med elva målområden. Målet förtydligar samhällets ansvar för människors hälsa genom att det visar på sambandet mellan samhälleliga förutsättningar, som kan påverkas genom politiska beslut, och hälsoutvecklingen i befolkningen.

Underlaget för propositionen Mål för folkhälsan var Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan (SOU 2000:91). Kommitténs förslag var baserade på det faktum att flertalet av dagens sjukdomar och hälsoproblem beror på flera samverkande faktorer, och att det sällan finns en enda faktor som är tillräcklig för att en individ ska bli sjuk. Dessutom är exponering för en och samma riskfaktor ofta en bidragande orsak till flera olika sjukdomar och skador. Detta innebär att det är mer effektivt att inrikta folkhälsoarbetet på s.k. bestämningsfaktorer för hälsan – de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar folkhälsan – än på enskilda sjukdomar. Regeringen bedömde att de 18 nationella folkhälsomål som kommittén föreslog var relevanta för folkhälsoarbetet, men att det inte fanns något generellt behov av att formulera nya mål för regeringens politikområden eller att lägga förslag om en ändrad statlig verksamhetsindelning eftersom de nationella målen för politikområdena i den statliga verksamheten väl överensstämde med kommitténs föreslagna folkhälsomål. Regeringen definierade i stället elva målområden för det samlade folkhälsoarbetet.

Folkhälsoarbetet är sektorsövergripande eftersom det fokuserar på bestämningsfaktorer för hälsan – de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar folkhälsan. Dessa faktorer återfinns inom olika sektorer och områden. Det sektorsövergripande perspektivet innebär att resultat inte uppnås enbart genom verksamhet i ett politikområde, utan resultat uppnås genom att hälsoperspektivet integreras i och utgör en del av andra sektorer och politikområden. Andra kända sektorsövergripande områden är jämställdhet, integration och miljöfrågor.

De elva målområdena i den folkhälsopolitiska målstrukturen valdes för att det inom dessa områden finns vetenskapligt underlag som visar att avsaknaden av i första hand insatser från samhällets sida kan leda till ohälsa i befolkningen. Inom dessa områden återfinns de bestämningsfaktorer som både kan främja hälsa och leda till ohälsa. De elva målområdena omfattar ett varierande antal politikområden vars mål har betydelse för att nå det övergripande folkhälsomålet. Totalt redovisades 31 (av 49) politikområdesmål som relevanta. Genom att redan fastställda mål inom andra politikområden knyts till folkhälsoarbetet undviks målkonflikter och avgränsningsproblem. Centralt för uppfyllelsen av folkhälsomålet blir därmed insatser inom t.ex. demokrati-, segregations-, jämställdhets-, barn-, ungdoms-, funktionshinders-, äldre-, hälso- och sjukvårds-, arbetsmarknads- och arbetslivs-, bostads-, utbildnings-, miljö- och kulturpolitik. Sedan år 2001 finns politikområdet folkhälsa med sakområdena tobak, alkohol, narkotika, dopning, smittskydd och hälsoskydd, förebyggande av hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar, matvanor och fysisk aktivitet samt spelberoende. Resultat uppnås alltså genom att folkhälsa integreras i och utgör del av andra politikområden.

Folkhälsoinstitutet fick ansvar för den sektorsövergripande uppföljningen och analysen av bestämningsfaktorernas utveckling och för att utvärdera insatser inom folkhälsopolitikens målområden i en folkhälsopolitisk rapport. Bestämningsfaktorernas utveckling (omkring 40 stycken) beskrivs i de folkhälsopolitiska rapporterna från 2005 respektive 2010 genom cirka 120 – 80 indikatorer.

Rubrikerna till målområdena innehöll värdeord t.ex. ”goda” och ”trygga” samt ord som indikerar en riktning såsom ”ökad” och ”minskad” och riskerades därför att uppfattas som mål i sig. För att tydliggöra att så inte var fallet bedömde regeringen att värde- och riktningorden skulle tas bort (prop. 2007/08:110). De elva målområden för det samlade folkhälsoarbetet är alltsedan 2008:

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

6.1.2 Aktörer av betydelse för folkhälsoarbetet

Folkhälsoarbetet kännetecknas, liksom andra sektorsövergripande frågor, av att resultat uppnås genom att frågorna integreras i och utgör del av andra politikområden än folkhälsopolitiken. För att nå det övergripande målet för folkhälsoarbetet krävs insatser från de flesta sektorerna i samhället – från det offentliga, från näringslivet och folkrörelserna.

Den folkhälsopolitiska målstrukturen och uppföljnings- och utvärderingssystemet kräver att myndigheter vars verksamhet påverkar folkhälsan också arbetar aktivt för att den egna verksamheten eller det egna ansvarsområdet bidrar till en positiv hälsoutveckling. Det gäller såväl statliga myndigheter som landsting och kommuner samt andra viktiga aktörer.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten bildades 2014 genom en sammanslagning av Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet. Sammanslagningen syftade till att förbättra förutsättningarna för ett mer effektivt kunskapsbaserat arbete inom folkhälsoområdet och att ge ett bättre kunskapsstöd till ansvariga huvudmän (prop. 2012/13:116, bet. 2012/13: SoU27, rskr. 2012/13:280). I samband med sammanslagningen övertog myndigheten vissa uppgifter från Socialstyrelsen gällande folkhälsorapportering.

Folkhälsomyndigheten har enligt sin instruktion (SFS 2013:1020) till uppgift att verka för god folkhälsa och att utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsoområdet, följa hälsoläget i befolk-

Prop. 2017/18:249 ningen och faktorer som påverkar detta samt genom kunskapsuppbyggnad och kunskapspridning främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Verksamheten ska stå på vetenskaplig grund och särskild vikt ska fästas vid de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa. Vidare ansvarar Folkhälsomyndigheten för övergripande tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdena. Folkhälsomyndigheten fördelar även statsbidrag till civilsamhällesorganisationer för bl.a. tobaksförebyggande arbete, hiv/STI-preventivt arbete och för verksamhet mot överdrivet spelande.

Andra statliga myndigheter

Det övergripande målet för folkhälsoarbetet innebär att myndigheter vars verksamhet påverkar folkhälsan också bör arbeta för att den egna verksamheten bidrar till en positiv hälsoutveckling. Av de myndigheter som är särskilt centrala för folkhälsoarbetet kan nämnas Arbetsmiljöverket, Boverket, Delegationen mot segregation, Försäkringskassan, Konsumentverket, Livsmedelsverket, Statens skolverk, Kemikalieinspektionen, Statens Kulturråd, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor och Naturvårdsverket samt Socialstyrelsen.

Länsstyrelserna

Länsstyrelserna ska verka för att nationella mål får genomslagskraft i länet, samtidigt som hänsyn ska tas till regionala förhållanden och förutsättningar, och utifrån ett helhetsperspektiv arbeta sektorsövergripande inom de egna ansvarsområdena och samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters intressen (SFS 2017:868). Länsstyrelserna är en viktig aktör i folkhälsoarbetet på regional nivå. De har i uppdrag att verka för att det av riksdagen fastställda nationella folkhälsomålet uppnås genom att folkhälsan beaktas inom länsstyrelsernas arbete med bl.a. regional tillväxt, samhällsplanering, krishantering samt alkohol och tobak. Länsstyrelserna ansvarar även för samordning av ANDT-frågor och vid varje länsstyrelse finns det en särskild samordningsfunktion för detta (SFS 2012:606).

Landstingen

Landstingen har en självklar roll i folkhälsoarbetet med hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård, primärvård inklusive mödra- och barnhälsovård och tandvård för barn och ungdomar upp till 20 års ålder. Även landstingens övriga verksamhet har betydelse ur ett folkhälsoperspektiv. De är bl.a. kunskapscentrum och stöder kommunerna. Liksom kommunerna kan landstingen utföra frivilliga uppgifter. Dessa är bl.a. kultur, utbildning och turism. En gemensam, obligatorisk uppgift för kommuner och landsting är regional och lokal kollektivtrafik.

Sedan 2017 finns även inom landstingen regionala resurscentrum för ökad kunskapspridning och kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa. Sex resurscentrum har upprättats inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för att motverka psykisk ohälsa och för att främja psykisk hälsa. De regionala resurscentrumen ska bl.a. fokusera på primärvårdens möjligheter att förebygga psykisk ohälsa. Därutöver finns sex regionala

cancercentrum (RCC) i varje sjukvårdsregion. Det övergripande syftet med RCC är bl.a. att nå en ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat samt ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Regeringen har sedan 2010 stöttat etableringen av resurscentrumen som skett utifrån 10 kriterier. Ett kriterium är att RCC ska arbeta med förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer.

Kommuner

Kommunerna är folkhälsoarbetets nyckelaktörer då de ansvarar för flera verksamheter som är viktiga ur folkhälsosynpunkt. Kommunerna ansvarar för verksamheter som påverkar viktiga bestämningsfaktorer för hälsa t.ex. skola och barnomsorg, fysisk planering och bostadsförsörjning, vatten och avlopp, hälso- och miljöskydd, vård- och omsorgsverksamheter för äldre och personer med funktionsnedsättning samt räddningstjänst. Dessutom kan kommuner fatta beslut om att utföra olika frivilliga uppgifter. Dessa är fritid och kultur, energi, sysselsättning och näringslivsutveckling. Deras befogenheter, organisation och verksamhetsformer regleras i kommunallagen (2017:725) samt i särskilda föreskrifter om deras befogenheter och skyldigheter på vissa områden.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) stöder kommunernas och landstingens hälsofrämjande och förebyggande arbete inom folkhälsoområdet. SKL har fattat beslut om att inriktningsmålen för kongressperioden 2016–2019 ska vara att verka dels för att kommunerna och landstingen arbetar hälsofrämjande och förebyggande för att stärka social hållbarhet och minska skillnader i hälsa, dels för att kommuner och landsting arbetar för att uppnå målet om att sluta folkhälsoklyftan inom en generation.

Civila samhället

Ett stort antal organisationer har spelat och spelar en viktig roll inte minst i det lokala folkhälsoarbetet. Förutom det direkta folkhälsoarbete som bedrivs inom en stor mängd civilsamhällesorganisationer har forskning pekats på ett positivt samband mellan engagemang i det civila samhället och hälsa. Ideella organisationer har ofta ”örat närmare marken” än det offentliga och kan därför i vissa avseenden snabbare identifiera nya utmaningar och även nya lösningar på problem i nära dialog med organisationernas målgrupper.

Civilsamhällets insatser spänner över ett brett fält, från kvinnojourer och andra organisationer som stöder utsatta människor till organisationer som skapar en meningsfull fritid för människor i alla åldrar. Samtliga dessa typer av organisationer gör insatser som är viktiga ur ett folkhälso-perspektiv. Många föreningar, studiecirklar m.m. skapar ett mervärde genom att medlemmarna får nätverk som ökar deras sociala deltagande och deras sociala stöd. Det finns även ett stort antal personer som gör frivilliga insatser för någon annan utan att vara engagerad i någon organisation. Ett exempel är volontärbyrån, en internetbaserad tjänst som förmedlar kontakter mellan individer som vill göra en insats och olika ideella och offentliga verksamheter. Idrottsrörelsen spelar exempelvis en viktig roll för att förmedla en aktiv livsstil och ge barn och ungdomar tillgång till meningsfullt socialt deltagande.

Om de offentliga krafterna samverkar med ideella och privata aktörer ökar möjligheterna att se och synliggöra den enskildes och olika gruppers behov. Likaså ökar möjligheterna att utveckla bättre och fler metoder för att förstå och påverka det egna hälsotillståndet samt att utveckla fler hälsofrämjande arenor där dessa metoder kan tillämpas.

Vikten av det civila samhällets insatser och arbete understryks genom att staten och kommunerna, stöder organisationernas verksamhet med betydande resurser. I statligt stöd fördelades sammanlagt drygt 12 miljarder kronor under 2016 till det civila samhällets organisationer.

Näringslivet

Näringslivets erfarenheter, kunskap och engagemang inom folkhälsoområdet är en viktig förutsättning för att få till stånd den rörelse, utveckling och förankring av folkhälsofrågorna som behövs för att allmänt förbättra hälsan och för att hälsoskillnaderna i befolkningen långsiktigt ska minska. Genom att involvera näringslivet i folkhälsoarbetet, t. ex. genom frivilliga initiativ och åtaganden för att främja folkhälsan samt medverka i nätverksbyggande och erfarenhetsutbyte, ökar möjligheten att etablera medvetenhet och sammanhang i folkhälsoarbetet.

Arbetslivet har stor betydelse för folkhälsan

Arbetsgivare inom näringsliv, myndigheter, landsting och kommuner är viktiga aktörer för folkhälsoarbetet genom att de kan främja hälsa hos sina anställda. Arbetsmiljön, men också exempelvis anställningsformer och möjligheter att skapa balans mellan arbete och fritid, har betydelse för god hälsa. Arbetsplatsen kan vara en utgångspunkt för förebyggande och hälsofrämjande insatser som också kan omfatta hälsorelaterade levnadsvanor och livsvillkor.

6.2 Målstruktur med stärkt fokus på jämlik hälsa

Regeringens förslag: Det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken ska vara att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Detta innebär att statliga myndigheter som har uppgifter eller verksamhet som påverkar folkhälsan ska beakta effekterna på folkhälsan.

Folkhälsopolitikens sektorsövergripande mål- och uppföljningsstruktur med elva målområden omvandlas till åtta målområden. Följande målområden ska fastställas för det samlade folkhälsoarbetet:

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Regeringens bedömning: För att stärka det långsiktiga arbetet med att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet bör politikområdet Folkhälsa ha delmålet Ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla.

Kommissionen för jämlik hälsas förslag: Kommissionen föreslår ett förtydligat övergripande mål, integrering av regeringens långsiktiga mål om att sluta hälsoklyftorna inom en generation i den formella målstrukturen, åtta nya målområden samt att strategier för målområdena ska tas fram senare. Kommissionen föreslår att det övergripande målet ska vara att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och följande målområden för en god och jämlik hälsa:

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Kommissionen föreslår även att regeringen tar fram strategier för att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen på de åtta prioriterade målområdena. Strategierna ska innehålla konkreta delmål och etappmål för respektive målområde, gälla hela eller delar av målområdena eller flera målområden tillsammans, vara tidsbestämda (3–5 år) och regelbundet följas upp och utvärderas i slutet av strategiperioden samt vara på plats senast 2020 och då vara förankrade i riksdagen. Utarbetning av strategier bör ske i samarbete med alla relevanta aktörer på nationell, regional och lokal nivå.

Remissinstanserna: En stor majoritet av remissinstanserna är positiva till att ändra det nationella folkhälsomålet. Ett fåtal instanser, bl.a. *Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering* och *Uppsala universitetet* anser att det saknas en noggrann konsekvensanalys *Länsstyrelsen i Uppsala län* och *Länsstyrelsen i Västernorrland* anser att för att ytterligare tydliggöra kopplingen till det nya målet för jämställdhetspolitiken om en jämställd hälsa behöver formuleringen av det övergripande målet justeras till god, jämställd och jämlik hälsa i hela befolkningen. Även en stor majoritet av remissinstanserna är positiva till omvandling av målstrukturen. Ett fåtal av instanserna menar att den föreslagna strukturen riskerar att tappa viktiga dimensioner och att aspekter blir otydliga. Framför allt förs det fram att målområde 6 Levnadsvanor är allt för omfattande och riskerar att på sikt bli väldigt vagt, och att det nuvarande målområdet Sexualitet och reproduktiv hälsa löper risk att osynliggöras i det nya målområdet. När det gäller målområde 7 påpekas att begreppet kontroll många gånger ges en negativ innebörd och oftare används om samhället än om individer. Ett fåtal instanser bl.a. *länsstyrelserna i Kronobergs* och *Kalmar län* är emot omvandlingen av målområdesindelningen. Man menar att regionala och lokala aktörer har

Prop. 2017/18:249 organiserat sig, både avseende internt arbete samt samverkan, efter de befintliga målområdena. En stor majoritet av remissinstanserna är positiva till att ta fram strategier inom respektive målområden. *Folkhälsomyndigheten, länsstyrelserna i Jönköpings, Jämtlands och Kalmar län* och några till av instanserna föreslår i stället att en strategi för samtliga målområden tas fram. *Uppsala universitet* bedömer tidsplanen för framtagande av strategier för målområdena som orealistisk, särskilt då det inte framgår hur strategierna ska se ut, hur de ska tas fram och om de ska anpassas för olika aktörer. Även *Socialstyrelsen* saknar en beskrivning av hur processen ska se ut för att ta fram strategierna.

Skälen för regeringens förslag och bedömning: Jämlikhetskomponenten i folkhälsomålet bör förtydligas. Kommissionens förslag ”att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen” fokuserar främst på lika utfall och innebär ett starkare åtagande om jämlik hälsa utan att förlora fokus på nivån på hälsotillståndet i befolkningen. Ett förtydligt jämlikhetsfokus på hälsoutfall innebär att det blir tydligare att åtgärder för att påverka den sociala gradienten i hälsa bör vara såväl generella som riktade, så att nivån och intensiteten i stödet motsvarar nivån på utsatthet, s.k. proportionell universalism⁷. Vidare bedömer regeringen att den föreslagna förändringen inte utgör en förändring i sak och därmed inte har någon negativ inverkan vare sig på planering eller uppföljning av verksamhet i de kommuner och landsting som i sitt nuvarande arbete utgår från folkhälsomålet⁸.

Regeringen instämmer i kommissionens förslag om att målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation bör integreras, men inte i målstrukturen utan som ett tillägg till det nationella folkhälsomålet. Målstrukturen omfattar målområdena som vart och ett omfattar ett varierande antal politikområden som anses ha bakomliggande samband med folkhälsans utveckling. Regeringens mål att sluta de påverkbara hälsoklyftorna är ett förtydligande, en kvantifiering, av det övergripande målet och bör integreras i det övergripande målet för folkhälsoarbetet. Regeringen föreslår därför att det övergripande målet för folkhälsoarbetet ska vara *att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation*⁹. Det övergripande nationella målet förtydligar samhällets ansvar för människors hälsa genom att det visar på sambandet mellan

⁷ Marmot et al. 2010.

⁸ Resultat från en kartläggning genomförd av Kommissionen för jämlik hälsa och redovisad i SOU 2017:4 visar att 71 procent av kommunerna använder det övergripande målet i planeringen av sin verksamhet i ”mycket eller ganska stor utsträckning”. Motsvarande siffra för landstingen och regionerna är 76 procent, och för myndigheterna 19 procent (ingen av de senare svarade emellertid i ”mycket hög utsträckning”). I uppföljningen av folkhälsoarbetet använder 45 procent av kommunerna och 33 procent av landstingen och regionerna det i ”mycket eller ganska stor utsträckning”. Motsvarande siffra för myndigheterna var 11 procent (inte heller på denna fråga svarade någon myndighet i ”mycket hög utsträckning”).

⁹ en generation är ca 30 år (en tidrymd som motsvarar ålderskillnaden mellan en generation och den följande).

samhälleliga förutsättningar, som kan påverkas genom politiska beslut, och hälsoutvecklingen i befolkningen. Förutsättningar för att nå målet är tvärsektorielt långsiktigt agerande från de flesta sektorer i samhället – från det offentliga, från det privata och från det civila samhället samt från individerna själva. Att tidsätta måluppfyllelsen av det nationella målet för folkhälsoarbetet till 2048 kan ge ytterligare motivation och inspiration till alla dem som arbetar för att sluta hälsoklyftorna i befolkningen.

Åtta målområden i stället för elva

Kommissionen föreslår att dagens elva målområden omvandlas till åtta prioriterade målområden. Regeringen ställer sig bakom kommissionens förslag. De föreslagna målområdena förstärker jämlikhetsaspekten inom folkhälsopolitiken och ligger i linje med förändringen av det nationella målet för folkhälsoarbetet. De föreslagna målområdena tydliggör även vilka bestämningsfaktorer som är mest centrala för hälsan i befolkningen.

De första sju målområdena utgör centrala områden där resursbrister och sårbarhet är särskilt avgörande för jämlik hälsa. Resurser inom dessa områden genereras dels av individer själva, inom utbildningssystemet, på arbetsmarknaden, i familjen och tillsammans med andra inom civilsamhällets olika sammanslutningar, dels via välfärdsstatens olika institutioner och verksamheter. Skillnader i resurser inom dessa livsområden leder till ojämlikhet i hälsa genom dels skillnader i risker, dels i sårbarhet/mottaglighet och i de sociala och ekonomiska konsekvenserna av ohälsa. Den ojämlika hälsan drivs dessutom av skillnader i handlingsutrymme och socialt bestämda handlingsmönster, vilka i sin tur kan påverkas negativt av resursbrist.

Det åttonde och sista målområdet – En hälsofrämjande hälso- och sjukvård – markerar att hälso- och sjukvårdens verksamhet bör bli bättre på att möta de skillnader som finns mellan sociala grupper vad gäller insjuknande, behandling och konsekvenser av sjukdom och ohälsa. Hälso- och sjukvården har en särställning i och med att den påverkar människors hälsa direkt genom hälsofrämjande och förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. Det är emellertid viktigt att ha i minnet att alla de välfärdsinstitutioner och verksamheter som har betydelse för att skapa jämlika förutsättningar för god och jämlik folkhälsa i befolkningen är aktörer inom ramen för ett tvärsektorielt folkhälsoarbete.

Samtliga av dagens målområden ryms inom dessa åtta målområden men ett antal aspekter – i huvudsak ekonomiska och sociala villkor – betonas tydligare i förslaget till nya målområden. I tabell 6.1 görs en schematisk beskrivning av hur dagens målområden i huvudsak förhåller sig till de åtta målområdena. Liksom i nuvarande indelning av målområden hänger de flesta av områdena ihop på olika sätt och det finns inte – och bör inte heller finnas – några vattentäta skott dem emellan.

Tabell 6.1 11 målområden blir 8

Regeringens förslag till 8 målområden	Dagens 11 målområden
1. Det tidiga livets villkor	3. Barns och ungas uppväxtvillkor
2. Kompetenser, kunskaper och utbildning	2. Ekonomiska och sociala förutsättningar 3. Barns och ungas uppväxtvillkor
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö	2. Ekonomiska och sociala förutsättningar 4. Hälsa i arbetslivet
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter	2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
5. Boende och närmiljö	2. Ekonomiska och sociala förutsättningar 5. Miljöer och produkter 7. Skydd mot smittspridning
6. Levnadsvanor	7. Skydd mot smittspridning 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa 9. Fysisk aktivitet 10. Matvanor och livsmedel 11. Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel
7. Kontroll, inflytande och delaktighet	1. Delaktighet och inflytande i samhället 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård	6. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård

I bilaga 6 redovisas de av den statliga verksamhetens politikområden som i propositionen Mål för folkhälsa (prop. 2002/03:110) bedömdes ha betydelse för att nå det nationella målet för folkhälsoarbetet uppdelat på de 11 målområdena. I och med omvandlingen av målstrukturen bör en översyn genomföras av vilka politikområden med respektive mål som idag omfattas av de åtta föreslagna målområdena (se avsnittet Översyn av politikområdets mål, bestämningsfaktorer och indikatorer).

Strategier, nationella mål och delmål

Kommissionen föreslår att strategier, inkluderande mål och delmål, ska tas fram som täcker samtliga målområden och att dessa bör vara på plats senast 2020. Regeringen håller i huvudsak fast vid kommissionens förslag men gör justeringar som innebär bättre anpassning till rådande struktur inom statsförvaltningen.

Regeringen bedömer att antalet strategier riskerar att bli alltför omfattande vilket kan skapa en överbelastning i det sektorsövergripande arbetet och bidra till ökad perspektivträngsel. Vidare finns risk för att separata strategier kan komma att undergräva den sektorsövergripande samverkan som präglar folkhälsoarbetet och förstärka det s.k. stuprörsarbetet genom rangordning av målområdena. Därutöver är den föreslagna arbetsprocess som ska leda till en strategi mycket tidskrävande. En strategi framtagen av alla berörda departement, nationella myndigheter, länsstyrelser, SKL, kommuner, landsting och forskare, relevanta professioner samt representanter från det civila samhället, arbetsmarknadens parter och näringslivet kommer förvisso att vara gediget förankrad i sam-

hället. Det är emellertid regeringens bedömning att med så många inblandade är det stor risk att arbetsprocessen drar ut på tiden, och att den omvärldsanalys som ligger till grund för strategin är inaktuell när den är klar. Detsamma gäller för de insatser som föreslås i strategin. De riskerar att vara åtgärdade av andra politikområden i andra sammanhang och därmed inaktuella när riksdagen ska fastställa strategin.

Kommuner och landsting är centrala aktörer i folkhälsoarbetet och ett strukturerat och långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa är därför särskilt viktigt på regional och lokal nivå. Regionala strategier kan i hög grad ta hänsyn till specifika regionala faktorer som behöver åtgärdas såväl inom socialt utsatta områden som inom glesbygder. En regional och/eller lokal folkhälsostrategi kan även tjäna som en plattform i folkhälsoarbetet för politiker och verksamhetsföreträdare, utgöra underlag vid fördelning av resurser, synliggöra hälsans bestämningsfaktorer för kommuninvånarna samt bidra till att skapa en organisation och uthållighet för det hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet. Samordning på regional och lokal nivå kan stärkas av samarbete kring hälsokonsekvensbedömningar – ett verktyg för det tvärsektorieella folkhälsoarbetet som kan främja jämlikhet i hälsa. Hälsokonsekvensbedömningar tydliggör inte bara hälsokonsekvenserna utan även hur hälsans fördelning i befolkningen påverkas (se avsnittet Utvärdera effekter av politiska beslut). Mot denna bakgrund är det regeringens bedömning att folkhälsostrategier är viktiga verktyg för att få till stånd ett sektorsövergripande och långsiktigt folkhälsoarbete men att dessa med fördel kan utarbetas på regional och/eller lokal nivå och att de bör tas fram på frivillig väg.

I kommissionens förslag om nationella strategier ingår att ta fram konkreta delmål och etappmål. Kommissionen menar att dagens elva målområden inte är kopplade till tydliga delmål och att det därför är svårt att följa upp det nationella folkhälsomålet samt att styrsignalen till relevanta aktörer därmed blir väl allmän. Kommissionens resonemang refererar dels till ett riksdagsbeslut från 2008 om att upphäva den statliga verksamhetsstrukturen i statsbudgeten med indelning i politik- och verksamhetsområden till förmån för en lösare och mer flexibel rapporteringsstruktur (SOU 2007:75), dels till en utvärdering av folkhälsopolitikens uppföljningssystem som Statskontoret genomförde 2013.¹⁰ I utvärderingen anför Statskontoret att politikområdesmålen upphörde 2009 även om de delvis finns kvar i form av mål för utgiftsområdena. Vidare anförs att regeringen inte tagit ställning till om uppföljningen fortfarande ska utgå ifrån målen men att företrädare för Socialdepartementet rapporterat att de nuvarande utgiftsområdesmålen i relevanta delar fortfarande ligger i linje med ambitionerna för folkhälsopolitiken. Den förändrade verksamhetsstrukturen i statsbudgeten fick emellertid ingen reell effekt på det samlade folkhälsoarbetet.

En översyn av den förändrade budgetstrukturen – som började gälla fr.o.m. budgetpropositionen 2009 (prop. 2008/09:1) – visar att 38 av de

¹⁰ Utvärdering av uppföljningssystemet för den nationella folkhälsopolitiken, rapport 2013:4, Statskontoret.

Prop. 2017/18:249 49 politikområdesmålen kvarstod oförändrade i sak. Av de åtta politikområdena där målet utgick ändrades det enbart i två områden medan det i fem områden tillkom nya mål och i ett område tillkom ytterligare ett mål (dnr 2008:1484, Utredningstjänsten, Sveriges riksdag). Drygt 80 procent av de indikatorer som Folkhälsomyndigheten redovisade 2003 ligger till grund för den folkhälsopolitiska rapporten 2010.

Regeringens bedömning är att indelning i politikområden med tillhörande mål även fortsättningsvis fungerar väl som utgångspunkt för det samlade folkhälsoarbetet. Genom att använda redan beslutade mål inom andra politikområden som delmål i folkhälsoarbetet undviks målkonflikter och avgränsningsproblem. Med anledning av detta, och förslag om omvandling av målstrukturen, bör det genomföras en översyn av vilka politikområden och respektive mål som i dag är av betydelse för folkhälsoarbetet uppdelat på de åtta föreslagna målområdena (se avsnittet Översyn av politikområdets mål, bestämningsfaktorer och indikatorer).

Delmål bör inte kopplas till målområdena i sin helhet. Skillnaden mellan begreppen målområden och mål då blir otydlig. Ett delmål bör relatera till ett specifikt politikområde. Om ett politikområdes mål inte anses vara tillräckligt adekvat ur ett folkhälsoperspektiv, har regeringen möjlighet att besluta om delmål knutna till det aktuella politikområdet (prop. 2002/03:35). I regeringens skrivelse Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid (skr. 2016/17:10) aviserade regeringen sin avsikt att i beredningen av kommissionens samlade förslag bl.a. att överväga ett folkhälsopolitiskt mål om frihet från våld. I och med att målstrukturen även fortsättningsvis utgår från politikområdesmålen är det, i enlighet med resonemanget ovan, inte aktuellt med ett sådant mål då politikområdet folkhälsa berör områdena tobak, alkohol, narkotika, dopning, smittskydd och hälsoskydd, förebyggande av hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar, matvanor och fysisk aktivitet samt spelberoende.

Ett samhälle som främjar fysisk aktivitet och bra matvanor för alla

Ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet är de viktigaste bidragande orsakerna till våra vanligaste folksjukdomar. Övervikt och fetma innebär en ökad risk för flera sjukdomar, bl.a. hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes samt vissa former av cancer.¹¹ Även ett allt för högt saltintag är en stor riskfaktor för ohälsa och för tidig död i Sverige. Det höga saltintaget är det som bidrar mest följt av lågt intag av grönsaker, frukt och fullkorn. Det finns tydliga socioekonomiska skillnader i befolkningen när det gäller fetma och övervikt. Arbetet för att påverka och förebygga ohälsa relaterad till dåliga matvanor och fysisk inaktivitet, såsom t.ex. övervikt, kräver insatser inom flera sektorer och av många aktörer.

Inom politikområdet Folkhälsa finns särskilda mål för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken: ett samhälle fritt från narkotika och

¹¹ GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1659-724. DOI:10.1016/s0140-6736(16)31679-8.

dopning, minskade medicinska skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk. Målet för samhällets insatser mot spelberoende är att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande. Inom politikområdet ingår även områdena matvanor och fysisk aktivitet. Regeringen anser att det, liksom i fallet med alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken behövs en tydlig politisk målbild för ett långsiktigt arbete för att främja hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet i befolkningen. Regeringen anser att delmålet som rör områdena matvanor och fysisk aktivitet inom politikområdet Folkhälsa bör vara: Ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla.

Det nya målet kompletterar andra mål som har bäring på området, t.ex. ett av regeringens mål i friluftslivspolitiken – Friluftsliv för god folkhälsa (Mål för friluftslivspolitiken, regeringens skr. 2012/13:51, bet. 2012/13:KrU4, rskr. 2012/13:278). Detta mål handlar bl.a. om att skapa goda förutsättningar så att människor regelbundet kan vara fysiskt aktiva i natur- och kulturlandskapet. Den nationella idrottspolitiken bygger på en tydlig strävan att i samhällsplanering, i skolans arbete och i andra sammanhang uppmuntra och ge möjligheter till barns, ungdomars och vuxnas motion och idrott i syfte att främja en god folkhälsa. Sådana möjligheter bör skapas genom samverkan mellan staten, kommunerna, idrottsrörelsen och organisationer som bedriver friluftsliv- och främjandeverksamhet.

6.3 Ökat fokus på jämlik hälsa i uppföljning- och utvärderingssystemet

Regeringens bedömning: Folkhälsomyndigheten bör verka för att det av riksdagen fastställda nationella folkhälsomålet uppnås, och verksamheten bör således omfatta samtliga åtta målområden. Målgrupperna bör vara berörda statliga myndigheter och landsting samt kommuner. Vidare bör myndigheten:

- vara samordningsansvarig för folkhälsoarbetet på statlig nivå och bidra till samverkan av insatser för en god och jämlik hälsa,
- stödja målgrupperna i genomförande och uppföljning av folkhälsoarbetet,
- publicera folkhälsopolitiska rapporter,
- genomföra kontinuerliga uppföljningar av hälsan i grupper i särskilt utsatta situationer.

För att skapa bättre förutsättningar för det lokala främjande och förebyggande folkhälsoarbetet avser regeringen att ta initiativ till ett pilotprojekt på regional nivå.

Kommissionen för jämlik hälsas förslag: Kommissionen föreslår att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att ytterligare utveckla sitt arbete med uppföljningen av folkhälsopolitiken. Dessutom föreslås en stärkt tvärssektoriell struktur för arbetet för en god och jämlik hälsa i Regeringskansliet genom inrättandet av en nationell GD-grupp. Därutöver föreslås

Prop. 2017/18:249 stärkt roll för Folkhälsomyndigheten när det gäller samordning och stöd till aktörer med avseende på att målen uppnås, att jämlik hälsa-perspektivet integreras i statliga myndigheters verksamhet, att länsstyrelserna får ett förtydligat uppdrag, samt att kommuner, landsting och länsstyrelser får stöd i sina folkhälsopolitiska uppdrag. För detta föreslås att Folkhälsomyndigheten tilldelas nödvändiga resurser.

Remissinstanserna: Den stora majoriteten av remissinstanserna är positiva till samtliga förslag. Ett fåtal menar att förslagen är ofullständiga och därför svåra att ta ställning till. *Socialstyrelsen* anser att Folkhälsomyndighetens roll i uppföljningen av hälsan, dess bestämningsfaktorer och de folkhälsopolitiska målen behöver klargöras liksom avgränsningen till andra myndigheters ansvar och andra politikområden. Några av instanserna för fram att behovet av stöd inte enbart handlar om aspekter av uppföljning. *Länsstyrelsen i Gotlands län* anser att det är viktigt att Folkhälsomyndigheten även ska vara ett stöd till aktörer på regional och lokal nivå med metod- och kunskapsstöd och tillgång till utbildning och implementeringsstöd. Ett fåtal instanser påpekar att GD-gruppens myndigheter själva bör bestämma vem som ska representera dem. *Socialstyrelsen* är tveksam till att GD-gruppen ska ersätta den ANDT-grupp som aviserats i ANDT-strategin. Deltagarna i den föreslagna ANDT-gruppen representerar inte bara myndigheter utan även forskning och det civila samhället vilket enligt *Socialstyrelsen* är en styrka.

Skälen för regeringens bedömning: På ett övergripande plan är det den folkhälsopolitiska målstrukturen som bör utnyttjas för att det nationella folkhälsomålet ska uppnås i praktiken. Det betyder samtidigt att ansvaret för folkhälsopolitikens genomförande är uppdelat på ett stort antal aktörer och sker på ett flertal olika arenor. Statliga myndigheter har i dag ansvar för olika områden och verksamheter i enlighet med lagar, förordningar, instruktioner, regleringsbrev och särskilda regeringsbeslut. Det övergripande nationella folkhälsomålet innebär att de myndigheter som har uppgifter eller verksamhet som direkt påverkar folkhälsan också ska beakta deras effekter på folkhälsan samt aktivt arbeta för att den egna verksamheten eller ansvarsområdet bidrar till en positiv hälsoutveckling. Folkhälsoarbetet behöver bl.a. en god infrastruktur för uppföljning, utvärdering och kunskapsuppbyggnad. Det finns också ett behov av utvärdering och uppföljning av samhällspolitiska insatser och reformer då det saknas kunskap om mekanismer och processer som bidrar till ojämlik fördelning av hälsan i befolkningen.

Arbetet för att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa måste bedrivas uthålligt och långsiktigt över hela välfärdsområdet.

För landsting och kommuner är det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet och målstrukturen vägledande och bör fungera som stöd och inspiration i arbetet på regional och lokal nivå, till exempel i arbetet med att utarbeta regionalt/lokalt anpassade strategier och system för uppföljning. Folkhälsostrategier är viktiga verktyg för att få till stånd ett sektorsövergripande och långsiktigt folkhälsoarbete, men dessa planer bör tas fram på frivillig väg.

För att nå det övergripande folkhälsomålet krävs ett långsiktigt, målinriktat och sektorsövergripande arbete inom samtliga sektorer som har ett avgörande inflytande på folkhälsans utveckling. För att uppnå god och jämlik hälsa måste fokus läggas på samtliga målområden genom ett brett sektorsövergripande arbete. För att möjliggöra detta krävs en bättre samordning på samtliga nivåer i syfte att uppnå större effektivitet samt ökade kunskaper om olika åtgärders samlade effekter på folkhälsan.

Folkhälsomyndigheten samordningsansvarig på statlig nivå

Folkhälsomyndigheten bör verka för att det av riksdagen fastställda nationella folkhälsomålet uppnås och verksamheten bör således omfatta samtliga åtta målområden. Folkhälsomyndigheten bör utveckla en stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet som möjliggör systematiska och samordnade insatser. Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att redovisa en samlad strategi för hur detta arbete ska ske. Myndigheten bör förutom statliga myndigheter även rikta sig till landstingen och kommunerna.

För att nå målet om att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa behöver Folkhälsomyndighetens samtliga målgrupper stöd med att integrera ett jämlik hälsa-perspektiv i sina respektive verksamheter. Folkhälsomyndigheten bör därför även fortsättningsvis ha ansvar för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling av folkhälsans bestämningsfaktorer och bidra till utvecklingen av främjande och förebyggande metoder samt stödja målgrupperna i deras genomförande av arbetsformer, metoder och insatser som kan användas för att främja jämlik hälsa inom alla målområden.

Ett exempel på stöd som regeringen vill föra fram i detta sammanhang är ett utbildningsmaterial – *Equity in Health in All Policies* – framtaget av WHO¹². Utbildningsmaterialet baseras på erfarenheter av lokalt arbete för jämlik hälsa i Sverige, Norge och Danmark. Folkhälsomyndigheten och SKL har i samarbete översatt och anpassat utbildningsmaterialet till svenska förhållanden. Det syftar till att förstärka olika strategiska färdigheter för att kunna arbeta tvärdisciplinärt och sektorsövergripande. Utbildningsmaterialet tar fasta på hur tjänstemän och beslutsfattare, med särskilt eller samordnande uppdrag för folkhälsofrågor, kan fungera som brobyggare eller förändringsagenter mellan olika verksamheter genom att t. ex. utgå från förutsättningarna i intressenternas specifika verksamheter, samarbeta genom partnerskap och använda medskapande metoder i arbetet för jämlik hälsa.

Vidare bör Folkhälsomyndigheten bidra till att behovet av utbildningar som gäller kunskapsbaserat främjande och förebyggande (folkhälso) arbete tillgodoses. Dessa kan med fördel ske via distans och finnas tillgängligt på myndighetens webbplats. Ett certifieringssystem knutet till utbildningen skulle kunna ge information om den generella kunskapsnivån i landet när det gäller folkhälsoarbetet. Utbildningar om över-

¹² Tackling Health Inequality Locally: The Scandinavian Experience.

Prop. 2017/18:249 gripande preventionskunskaper bör samordnas med utbildningar som andra myndigheter har tagit fram alternativt planerar och som fokuserar på det förebyggande perspektivet. Exempelvis har Brottsförebyggande rådet tagit fram en webbutbildning i hur man förebygger brott. Folkhälsomyndigheten kan även överväga möjligheten att arbetat med kortfattade sammanställningar av aktuell vetenskaplig kunskap, med kommentarer till viktiga händelser och användbara rekommendationer (s.k. policy briefs). De utarbetas exempelvis i England och Norge av forskare på uppdrag av ansvarig myndighet (se SOU 2016:55). Folkhälsomyndigheten bör även kunna ge andra former av stöd till sina målgrupper, exempelvis olika typer av erfarenhetsutbyten och nätverk. Mot bakgrund av de föreslagna förändringarna av Folkhälsomyndighetens verksamhet avser regeringen att under 2018 genomföra en samlad översyn och vid behov göra förändringar av myndighetens instruktion.

Hälsokonsekvensbedömningar

Ett effektivt arbete med att skapa samhälleliga förutsättningar för en jämlik och god folkhälsa förutsätter goda kunskaper om hur folkhälsa påverkas av beslut inom olika samhällssektorer. Förslag till beslut som bedöms ha en påtaglig hälsoeffekt bör granskas och diskuteras ur ett folkhälsoperspektiv. Granskningen bör ha ett fokus på jämlikhet i hälsa. I detta sammanhang är hälsokonsekvensbedömningar (HKB) en lämplig metod. De kan fylla en viktig funktion genom att bidra till en mer allsidig belysning av olika förslag som primärt inte förknippas med hälsa. HKB är en kombination av metoder genom vilka politiska beslut, program eller projekt bedöms utifrån sina möjliga effekter på hälsan i en befolkning samt hur kvinnor och män i olika grupper påverkas. Det övergripande syftet med en HKB är att ge beslutsfattare kunskap om de samlade hälsoeffekterna av förslag till ett politiskt beslut. En HKB ska bidra till en förbättring av beslutsunderlaget och kunna användas för att påverka beslutet till förmån för folkhälsan. Såväl WHO som Europeiska kommissionen förordar tillämpning av HKB och har genom eget och gemensamt utvecklingsarbete bidragit till att utveckla metodiken. I flera europeiska länder som Nederländerna, Finland, England och Irland tillämpas HKB i olika sammanhang. Folkhälsomyndigheten har utarbetat en principmodell för hur HKB kan tillämpas som ett stöd för genomförandet av den svenska folkhälsopolitiken och som bör spridas till myndighetens målgrupper.

Folkhälsomyndigheten bör stödja länsstyrelserna i deras folkhälsopolitiska uppdrag

Kombinationen av regional förankring, inte minst kontakten med kommunerna, samt länsstyrelsernas breda kompetens inom många olika sakområden som är relevanta för folkhälsan gör länsstyrelserna till nyckelaktörer i folkhälsoarbetet. Det är angeläget att Folkhälsomyndigheten ger stöd och samarbetar med länsstyrelserna i deras folkhälsopolitiska uppdrag och att de får samma stöd och insatser anpassade efter sina villkor som övriga myndigheter, kommuner och landsting. När det gäller kunskapsöverföring och uppföljning av folkhälsan och folkhälsoarbetet på lokal nivå bör det finnas synergier och andra effektivitetsvinster att göra

Pilotförsök i två län

Flera länsstyrelser har intern samordning av tvärssektoriella uppdrag från olika politikområden som har bäring på varandra – de adresserar alla bestämningsfaktorer för hälsan och fokuserar på det förebyggande perspektivet. En av dessa länsstyrelser är Länsstyrelsen i Stockholms län som lanserat Preventionspaketet. Upptakten till denna samordningsmetod var att allt fler kommuner i länet arbetar brett med olika preventionsfrågor t.ex. att förebygga ANDT-användning, våld, psykisk ohälsa och kriminalitet och därför började efterfråga ett samlat stöd från länsstyrelsen i stället för ett sakområde i taget. Genom Preventionspaketet har man bättre kontroll på perspektivträngseln och kan undvika överbelastning av oftast begränsade personella resurser. Denna form av ett samlat och strukturerat sektorsövergripande preventionsarbete ser regeringen positivt på och vill uppmuntra till en fortsatt sådan utveckling. Regeringen avser därför att ta initiativ till ett pilotprojekt som syftar till att utveckla metoder och arbetssätt för samordning av ett regionalt arbete för en god och jämlik folkhälsa utifrån bestämningsfaktorerna i de åtta målområdena. Målet med piloten är skapa bättre förutsättningar för det lokala främjande och förebyggande folkhälsoarbetet. Förutsättningar för ett långsiktigt systematiskt och tvärssektoriellt folkhälsoarbete handlar bl.a. om kompetens hos beslutsfattare om förutsättningar att bedriva och genomföra ett folkhälsoarbete med fokus på jämlikhetsaspekten, genomförande och sammanställning av lokala kartläggningar, datainsamling, kunskap om insatser och metoder för att kunna välja utifrån lokala behov samt att följa upp, analysera och utvärdera arbetet. Både länsstyrelsen och kommunerna är Folkhälsomyndighetens målgrupper och myndigheten bör därför ingå i projektet. Projektet bör pågå under perioden 2019–2020 och utvärderas av en oberoende aktör.

Ett nationellt råd för en god och jämlik folkhälsa

För att åstadkomma en önskad kraftsamling behöver också Regeringskansliet och myndigheter samverka bättre än tidigare. Ett sätt att göra detta är att tillsätta ett nationellt råd för en god och jämlik folkhälsa med folkhälsoministern som sammankallande. Representanter från berörda departement och generaldirektörer från de myndigheter vars kärnuppdrag har störst bäring på folkhälsoarbetet med god och jämlik hälsa bör i första hand ingå som ledamöter. Även andra myndigheter bör kunna bjudas in efter behov vid särskilda tillfällen. Mot bakgrund av kommunernas och landstingens viktiga roll i arbetet för en god och jämlik hälsa bör även Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) inbjudas att ingå. Kommissionen föreslår att det bör inrättas ett dialogforum där regeringen löpande samråder med företrädare för civilsamhället om frågor kring en god och jämlik hälsa. Regeringen bedömer att denna dialog kan ske inom ramen för det nationella rådet. Representanter från forskning, näringsliv och civilsamhället bör därför ingå i gruppen.

Det nationella rådet för en god och jämlik folkhälsa bör främst ha en stödande roll på övergripande policynivå i utvecklingen av folkhälso-

Prop. 2017/18:249 arbetet genom informations- och erfarenhetsutbyte. Ett nationellt råd kan inte ha någon beslutande funktion gentemot enskilda myndigheter eller kommuner och landsting. Det bör inte heller ha samordningsuppgifter när det gäller insatser, uppföljning och utvärdering som ligger på Folkhälsomyndigheten.

Regeringen har i den nu gällande nationella strategin för alkohol-, narkotika-, dopning- och tobakspolitiken (ANDT-strategin) aviserat intentionen att återinrätta ett ANDT-råd. När en nationell ledningsgrupp för en god och jämlik hälsa inrättas bör ett sådant ANDT-råd ingå i det nya rådet eftersom rådet bör ansvara för samtliga åtta målområden inom folkhälsopolitiken.

6.3.2 Uppföljning och utvärdering

För att stärka förutsättningarna för ett förebyggande och långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa bör kunskapen ökas om hur politiska beslut och olika verksamheter påverkar hälsan och dess bestämningsfaktorer i olika sociala grupper. Detta kräver i sin tur bättre kunskaper om de mekanismer och processer som bidrar till ojämlikhet i hälsa samt en utvecklad uppföljning och utvärdering av åtgärder som har konsekvenser för en god och jämlik hälsa.

Översyn av politikområdets mål, bestämningsfaktorer och indikatorer

En omvandling av den folkhälsopolitiska målstrukturen innebär att uppföljnings- och utvärderingssystemet bör ses över. I samband med att målstrukturen för folkhälsoarbetet fastställdes av riksdagen 2003 preciserade Folkhälsomyndigheten ett 40-tal bestämningsfaktorer fördelade över de elva målområdena och 120 indikatorer som mäter sambanden mellan respektive bestämningsfaktor och deras effekter på hälsa¹³ med undantag för målområde 6 Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård där inga bestämningsfaktorer eller indikatorer preciserades. Varken bestämningsfaktorerna eller indikatorerna har uppdaterats sedan dess. Då det gått 15 år har det sannolikt skett en del förändringar i den statliga verksamheten – politikområdesvis och/eller beträffande målen sedan dess. Exempelvis beslutade regeringen 2016 om ett nytt delmål inom jämställdhetspolitiken – Jämlik hälsa.

Regeringen avser därför att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att se över och ange vilka av politikområdesmålen som har betydelse för att nå det övergripande folkhälsomålet och om de är adekvata ur ett jämlik hälsa-perspektiv uppdelat på de åtta målområdena. Vidare ingår i uppdraget att föreslå bestämningsfaktorer och indikatorer inom respektive målområde. Arbetet ska ske i nära samråd med relevanta myndigheter. Vad gäller arbetet med bra matvanor ska det ske tillsammans med Livsmedelsverket. För att tydliggöra ramarna för uppföljning och utvärdering och för att göra uppföljningssystemet mer ändamålsenligt, bör det totala

¹³ Redovisades för första gången i Folkhälsopolitisk rapport 2005, Folkhälsomyndigheten.

antalet indikatorer minska¹⁴. Folkhälsomyndigheten bör identifiera indikatorer med bristande evidens för att dessa ska kunna avvecklas och ersättas. Det folkhälsopolitiska uppföljningssystemet bör utgå från bestämningsfaktorerna och hälsoutfall. Myndigheten bör därför prioritera indikatorer med hög evidens för koppling till samhällsliga förutsättningar för en jämlik hälsa och till folkhälsans utveckling. Den politiska målsättningen är att systemet innehåller ett överkomligt antal indikatorer. Arbetet bör ske i brett samråd med relevanta aktörer på alla samhällsnivåer. Den här typen av systematisk översyn av indikatorerna bör göras kontinuerligt. Vid översynen av bestämningsfaktorerna bör samtliga diskrimineringsgrunder beaktas. De föreslagna indikatorerna bör kunna användas för uppföljning av folkhälsopolitiken från och med år 2020. Så långt som det är möjligt bör man använda indikatorer som också används i den internationella uppföljningen, t.ex. Agenda 2030, för att underlätta jämförelser och rapportering till internationella organ – förutsatt att indikatorerna är bra ur svensk synpunkt. Med det avses att indikatorerna bör kunna användas för att följa utvecklingen av folkhälsopolitiken på olika samhällsnivåer – lokalt, regionalt och nationellt och möjliggöra en analys av socioekonomiska skillnader. I detta sammanhang bör Statistiska centralbyråns förslag på nationell rapporteringsstruktur för nationella och globala indikatorer inom ramen för Agenda 2030 vara intressant att ta del av.¹⁵

Folkhälsopolitisk rapportering

Sedan folkhälsopolitikens tillblivelse har det publicerats två sektorsövergripande rapporter, 2005 och 2010, som fullödigt lyfter fram både utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer och de insatser som görs med inriktning på att förbättra folkhälsan och minska hälsoskillnader. Den folkhälsopolitiska rapporteringen innehöll tre delar: en redovisning av indikatorerna för folkhälsans viktigaste bestämningsfaktorer, en redovisning av vidtagna insatser på nationell, och så långt det är möjligt, regional och lokal nivå, som bedöms väsentligen ha bidragit till eller som kan komma att bidra till att nå det övergripande folkhälsomålet och en bedömning av resultaten och de mer långsiktiga effekterna av genomförda insatser samt rekommendationer om åtgärder.

Av den utvärdering av folkhälsopolitikens uppföljningssystem som Statskontoret genomförde 2013 framgår att mervärdet av Folkhälsopolitisk rapport 2010 uppfattades som stort eller ganska stort av en majoritet i kommuner och landsting, såväl tjänstemän som politiker. Av samma åsikt var fem av de sju ledamöterna i socialutskottet liksom sju av

¹⁴ Utvärdering av uppföljningssystemet för den nationella folkhälsopolitiken, rapport 2013:4, Statskontoret.

¹⁵ I februari 2016 gav regeringen Statistiska centralbyrån i uppdrag (dnr Fi2017/00692/SFÖ (delvis) att redovisa en statistikbaserad analys av Sveriges genomförande av Agenda 2030. Uppdraget – som redovisades i två rapporter under 2017 – var att dels utifrån tillgängliga data och resultat analysera hur Sverige i dagsläget lever upp till Agenda 2030:s mål och delmål. Dels att undersöka om det är möjligt att för vissa delmål ta fram integrerade indikatorer och lämna förslag på nationell rapporteringsstruktur för nationella och globala indikatorer.

Prop. 2017/18:249 elva frivilligorganisationer. Politikernas uppfattning, såväl i kommuner som i landsting var något mer positiv än tjänstemännens. Det var främst den samlade bilden av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer som värdesattes. Mervärdet begränsades av att spridningen i Regeringskansliet var liten, att politikens effekter och effektiva folkhälsoinsatser inte redovisades på ett tillräckligt tydligt sätt samt att nedbrytningen av data till lokal och regional nivå var begränsad. I utvärderingen framhålls att arbetsprocessen skulle ha underlättats om Folkhälsomyndigheten hade haft en kontinuerlig omvärldsbevakning av de utvärderingar som genomförs inom folkhälsoområdet och samlat dem på myndighetens webbplats. Det framhålls även att arbetet skulle ha underlättats om myndigheten fortlöpande identifierat vilka insatser som ska utvärderas i uppföljningen. Mot bakgrund av detta bör uppgiften att kontinuerligt ta fram en folkhälsopolitisk rapport och att fortlöpande identifiera vilka insatser som ska ingå i utvärderingen av folkhälsopolitiken tydliggöras i instruktionen för Folkhälsomyndigheten. Myndigheten bör också systematiskt rapportera resultaten från utvärderingarna, även om arbetet sker löpande. Ur ett effektivitetsperspektiv är det relevant för regeringen att få information om vilka insatser som vidtas med betydelse för folkhälsan på olika nivåer i samhället, så att de statliga insatserna på bästa sätt kan komplettera dessa. En särskild uppgift bör vara att överväga om utvecklingen inom målområdena och deras bestämningsfaktorer kan sammanfattas på ett lättillgängligt sätt.

Som tidigare nämnts avser regeringen att tillsätta ett nationellt råd för en god och jämlik hälsa (se avsnitt Ett nationellt råd för en god och jämlik hälsa). I detta råd kommer representanter från berörda departement att ingå. Därmed finns en lämplig struktur för spridning av bl.a. folkhälsopolitisk rapport inom Regeringskansliet.

Frågor med anknytning till bestämningsfaktorer, indikatorer och åtgärder för att förbättra förutsättningarna för hälsa ligger huvudsakligen inom andra myndigheters ansvarsområden. För att Folkhälsomyndigheten ska kunna lämna de underlag som regeringen behöver krävs därför att de berörda myndigheterna bistår med underlag och att de tar ansvar för uppföljning och rapportering inom sin sektor. I myndigheternas ansvar ingår redan i dag att följa upp och utvärdera den egna måluppfyllelsen, en uppföljning som också bör visa hur insatserna bidragit till att påverka förhållanden av betydelse för folkhälsan. En viktig utgångspunkt bör vara att den nationella informationen ska vara användbar och till nytta även på regional och lokal nivå samt så långt möjligt även nedbrytbar till regional och lokal nivå. Myndigheternas arbete med att ta fram underlag till den kommande folkhälsopolitiska rapporten kommer att ge mer information om rapporteringssystemet. Regeringen bedömer att det är viktigt att berörda myndighetens rapportering till Folkhälsomyndigheten fungerar väl.

Hälsoekonomiska analyser

Politiska insatser inom folkhälsoområdet innebär ofta att väga vad som är bra för folkhälsan mot andra samhällsintressen och mål, exempelvis ekonomisk tillväxt eller handels- och näringspolitiska argument. Genomtänkta hälsoekonomiska utvärderingar där man kan analysera kostnaden

för hälsopolitiska insatser och diskutera deras effekter och påverkan på andra samhällssektorer blir därmed viktiga. I en situation där statens, landstingens och kommunernas resurser är begränsade är det dessutom viktigt att de åtgärder som vidtas är kostnadseffektiva. Metodiken för att genomföra ekonomiska utvärderingar av folkhälsoåtgärder är emellertid dåligt utvecklad och bör förbättras. Folkhälsoarbete inkluderar många etiska dilemman och styrs av ett övergripande mål om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. En alltför snäv tillämpning av normativ ekonomisk analys som inte tillräckligt beaktar ojämlikheten i hälsa och andra etiska överväganden riskerar att leda fel i valet av åtgärder. Metodiken för ekonomiska utvärderingar på folkhälsoområdet måste utformas så att innebörden av det övergripande folkhälsopolitiska målet fångas upp i de analyser som genomförs så att valet av åtgärder verkligen leder till måluppfyllelse inom politikområdet. Folkhälsomyndigheten bör därför utveckla och intensifiera sitt uppdrag med att arbeta med hälsoekonomiska analyser.

Tillgång till mikrodata

Ett syfte med bildandet av Folkhälsomyndigheten var att förbättra förutsättningarna för ett mer effektivt kunskapsbaserat arbete inom folkhälsoområdet. Myndigheten har i dag inte direkt tillgång till mikrodata utan är hänvisad till att beställa färdigbearbetad statistik. Europeiska unionen har enats om en genomgripande dataskyddsreform och det pågår ett omfattande arbete i samband med genomförandet av denna. En konsekvens av denna reform är att personuppgiftslagen kommer att upphävas och att all lagstiftning om personuppgiftsbehandling behöver ses över. Regeringen avser att inom ramen för detta utvecklingsarbete beakta vilka eventuella åtgärder regeringen behöver vidta för att myndigheten ska kunna fullgöra sitt uppdrag i detta avseende.

Uppföljning av folkhälsan

När det gäller att stödja kommuner och landsting i deras arbete med statistik- och uppföljningsfrågor bör särskild prioritet ges till arbete med att utveckla metodik och former för statistik och uppföljning som möjliggör analyser av ojämlikhet i hälsa. Av kommissionen för jämlik hälsas enkätundersökningar (SOU 2017:4) framkommer att såväl kommuner som landsting efterfrågar stöd med nedbrytbara och verksamhetsnära indikatorer som möjliggör jämförelse mellan kommuner och landsting. Av enkäterna framgår vidare att det finns behov att på ett bättre sätt kunna följa upp och analysera ojämlikhet i hälsa. Folkhälsomyndigheten bör därför framöver stödja sina målgrupper i deras arbete med framtagande av statistik och med uppföljning inom ramen för folkhälsoarbetet. Olika stödformer bör utformas i dialog med företrädare för kommuner och landsting.

I sitt arbete med undersökningen Hälsa på lika villkor kan landsting välja att utöka antalet enkäter med ett tilläggsurval och även lägga till frågor i enkäten. I relation till denna undersökning bör det diskuteras om anpassningen till landstings och kommuners lokala och regionala behov kan öka. Kommissionen lyfter de s.k. lupp-undersökningarna som ett gott

Prop. 2017/18:249 exempel på samarbete med den kommunala nivån i fråga om uppföljning och det stöd som Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) ger kommuner när det gäller uppföljning av ungdomspolitik. Verktøget Lupp utarbetades av dåvarande Ungdomsstyrelsen, tillsammans med ett antal kommuner. Syftet med Lupp är att stimulera sektorsövergripande processer och en helhetssyn på unga, ge kunskap om de unga som lever i kommunen och därigenom ge politiker och tjänstemän underlag i beslutsprocesser och utvecklingen av en kunskapsbaserad lokal ungdomspolitik. Enkäterna riktar sig till ungdomar i tre olika åldersgrupper. Under perioden 2002–2013 genomförde 152 kommuner, fyra stadsdelar/kommundelar, två län och två regioner Lupp. Av de 152 kommunerna har 95 (59 procent) genomfört Lupp fler än en gång. Arbetet med att genomföra undersökningen är ett samarbete mellan MUCF och de enskilda kommunerna. Myndigheten erbjuder själva enkätterna, lagrar och levererar data, erbjuder information, stöd och erfarenhetsutbyte samt tillhandahåller det webbaserade analysverktøget W-lupp. Den enskilda kommunen står för att förankra undersökningen lokalt, genomföra den, analysera materialet, skriva en rapport, sprida resultatet i kommunen, utarbeta en lokal ungdomspolitik och genomföra insatser utifrån den kunskap som kommer fram i undersökningen. Även om MUCF ansvarar för utvecklingen av enkäten är det kommunen som står som avsändare av den lokala undersökningen. Ungdomspolitiken är liksom folkhälsopolitiken sektorsövergripande och Lupp berör de fem områden som ungdomspolitiken omfattar. Lupp har utvärderats vid två tillfällen, 2009 och 2014. I utvärderingen från 2014 framkom att i princip samtliga kommuner är nöjda med Lupp som verktyg och med MUCF:s stöd under processen som helhet, såväl 2009 som 2014. Majoriteten (86 procent) av kommunerna i utvärderingen 2014 menade att Lupp har bidragit till förändringar av den lokala ungdomspolitiken (jämfört med 74 procent 2009) och 71 procent av kommunerna ansåg att Lupp har bidragit till sektorsövergripande samverkan kring ungdomsfrågor (jämfört med 54 procent 2009). De kommuner som var missnöjda hade emellertid många gånger inte haft användning av rapporten och/eller inte lyckats förändra den lokala ungdomspolitiken (MUCF 2014).

Särskilt sårbara grupper

Folkhälsomyndigheten bör även fortsättningsvis analysera hälsan och hälsans bestämmningsfaktorer och hur bestämmningsfaktorerna fördelas efter kön, etnisk eller kulturell bakgrund, socioekonomisk tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, funktionsnedsättning och ålder. När det gäller grupper i särskilt utsatta situationer som hbtq-personer och nationella minoriteter är kunskapsunderlaget begränsat, inte minst för att det finns uppenbara etiska och integritetsmässiga problem med att registrera exempelvis nationella minoriteter. Det saknas därför i flera fall såväl registerbaserade underlag som direkta möjligheter att identifiera dessa grupper för att nå ut med enkät- eller intervjustudier. Det är därför angeläget att Folkhälsomyndigheten genomför kontinuerliga uppföljningar av hälsan i grupper i särskilt utsatta situationer i nära samverkan med berörda målgrupper, myndigheter och andra relevanta aktörer. Därutöver är det angeläget att Folkhälsomyndighetens utvecklar

möjligheten att analysera socioekonomiska skillnader och att utveckla metodiken så att redovisningen ger en mer fyllig beskrivning av ojämlikhetens dynamik. Analyser av betydelse för förståelsen av hälsoutvecklingen i olika sociala grupper bör helst göras likartat för olika sjukdomar.

Folkhälsomyndigheten bedriver ett omfattande utvecklingsarbete, inte minst gällande utvecklingen av det interaktiva webbaserade verktyget FolkhälsoStudio. Detta är ett sätt att tillgängliggöra data och kunskap. Det förutsätter i hög utsträckning att användarna själva söker upp informationen och vet vad de ska söka efter. Regeringen ser ett mervärde i en samlad årlig rapportering som innehåller en analys av läget och som inkluderar en analys av ojämlikhet i hälsa och dess orsaker. En sådan rapportering och en mer djupgående analys av läget när det gäller hälsa och dess bestämningsfaktorer, kopplad till målområden inom folkhälsopolitiken, bedömer regeringen skulle kunna ha ett stort värde för policyutveckling och arbete på såväl nationell som regional och lokal nivå.

Ökad spridning av resultaten av uppföljningen

Folkhälsomyndigheten bör även fortsättningsvis arbeta med att sprida resultaten av uppföljning och utvärdering samt att analysera hur resultaten kan göras så användbara som möjligt för relevanta aktörer. I kommissionens enkätundersökningar (SOU 2017:4) framkommer att myndigheter, länsstyrelser, kommuner och landsting efterfrågar kunskap om såväl folkhälsoläget som folkhälsans bestämningsfaktorer och metoder och strategier på folkhälsoområdet. Det är därför viktigt att föra en dialog med dessa aktörer för att uppföljningen ska vara så relevant som möjligt för samtliga berörda. Det finns även ett behov av att utveckla nya former för kunskapsspridning. Folkhälsomyndigheten verkar inom ett område som är tvärsektorielt och det bör därför vara möjligt att göra gemensamma kommunikativa insatser med andra myndigheter som verkar inom välfärdspolitikens områden och vars verksamhet även påverkar folkhälsans utveckling. Som exempel kan nämnas Delegationen mot segregation, Brottsförebyggande rådet, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för jämställdhet och Arbetsmiljöverket.

7 Inriktning på arbete som främjar god och jämlik hälsa

De lagstadgade diskrimineringsgrunderna – kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning och funktionsnedsättning, sexuell läggning samt ålder – ska genomlysas och bevakas i det nationella, regionala och lokala folkhälsoarbetet.

Jämställdhet

Det femte jämställdhetspolitiska delmålet är jämställd hälsa. Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. En jämställd hälsa är ett

Prop. 2017/18:249 mål i sig, men en god hälsa för kvinnor och män respektive flickor och pojkar bidrar även till ett jämställt och aktivt deltagande i samhället. Delmålet är nytt som självständigt mål sedan november 2016 och avser fysisk, psykisk och sexuell/reproduktiv hälsa, och omfattar såväl förebyggande folkhälsoarbete som åtgärder och insatser till enskilda personer gällande socialtjänst, stöd och service till personer med funktionsnedsättning samt hälso- och sjukvård. Ytterligare ett jämställdhetspolitiskt delmål är att mäns våld mot kvinnor ska upphöra och att kvinnor och män, pojkar och flickor ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet.

Barnrättsperspektiv

Barnkonventionen antogs 1989 och ratificerades av Sverige 1990. Sverige har därmed förbundit sig att leva upp till konventionens bestämmelser och därmed att ha ett barnrättsperspektiv vid alla åtgärder som har konsekvenser för barn.

I konventionen finns fyra grundläggande principer som ska genomsyra allt arbete med att förverkliga barns rättigheter. Principerna innebär att alla barn har lika värde och att inget barn får diskrimineras (artikel 2), att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn (artikel 3), att barn har rätt till liv och utveckling (artikel 6) och att barn har rätt att uttrycka sin åsikt och att få den beaktad (artikel 12).

När det gäller hälsa är några artiklar i konventionen särskilt relevanta.

Barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa och konventionsstaterna ska sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt (artikel 24). I detta arbete ingår att staten ska vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa.

Barn har rätt till den levnadsstandard som krävs för barnets fysiska, psykiska, andliga, moraliska och sociala utveckling. Föräldrarna har det huvudsakliga ansvaret för att säkerställa barns levnadsvillkor, men staten ska bistå dem och vid behov tillhandahålla materiellt bistånd och stöd (artikel 27). Staten ska även säkerställa barnets sociala trygghet genom t.ex. socialförsäkringar (artikel 26).

Av barnkonventionen framgår också att staten ska vidta alla lämpliga åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen (artikel 4).

Nationella minoriteter

Minoritetspolitiken inrättades som eget politikområde i samband med att Sverige 2000 ratificerade ramkonventionen om skydd för nationella minoriteter (ramkonventionen) och den europeiska stadgan om landsdels- eller minoritetsspråk (språkstadgan) efter ett enhälligt beslut i riksdagen 1999. Att judar, romer, sverigefinnar, samer och tornedalingar erkändes som nationella minoriteter beror på att de är grupper som skiljer sig från majoritetsbefolkningen, har en uttalad samhörighet, egen identitet och har funnits i landet i hundratals år, för samernas del handlar det om tusentals år. Målet för minoritetspolitiken är att ge skydd för de nationella minoriteterna och stärka deras möjligheter till inflytande samt stödja de historiska minoritetsspråken så att de hålls levande. Inom politikområdet ingår insatser för att främja språk och kultur, stärkt in-

flytande och delaktighet för de nationella minoriteterna samt för att motverka diskriminering och utsatthet. Minoritetspolitiken är en viktig del av Sveriges arbete för att säkerställa full respekt för Sveriges internationella åtaganden om mänskliga rättigheter, bl.a. Europarådets minoritetskonventioner.

Tillgänglighet och universell design

Sverige har ratificerat FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Artikel 9 handlar om tillgänglighet och medlemsländernas åtaganden för att säkerställa att personer med funktionsnedsättning får tillgång på lika villkor som andra till den fysiska miljön, till transporter, till information och kommunikation, innefattande informations- och kommunikationsteknik samt till andra anläggningar och tjänster som är tillgängliga för eller erbjuds allmänheten både i städerna och på landsbygden. Konventionen tar också upp rätten till fri rörlighet, ett självständigt liv, personlig säkerhet, deltagande i samhälls- och kulturliv och mycket mer. Artikel 25 i konventionen handlar om hälsa och rätten att åtnjuta bästa möjliga hälsa och utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna är skyldiga att vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster för personer med funktionsnedsättning. I diskrimineringslagen (2008:567) står det bland annat att det är förbjudet att direkt eller indirekt diskriminera en person i arbetsliv eller utbildning på grund av funktionsnedsättning. Bristande tillgänglighet räknas sedan 1 januari 2015 som diskriminering, vilket innebär att en person med en funktionsnedsättning inte får missgynnas genom att åtgärder för tillgänglighet inte vidtas. I lagen (2016:1145) om offentlig upphandling står sedan 1 januari 2017 bland annat: ”När det som anskaffas ska användas av fysiska personer ska de tekniska specifikationerna bestämmas med beaktande av samtliga användares behov, däribland tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning.”

7.1 Målområde 1: Det tidiga livets villkor

Regeringens bedömning: Att alla barn får en bra start i livet med goda uppväxtvillkor som stimulerar deras tidiga utveckling, inlärning och hälsa är centralt för att uppnå jämlik hälsa som barn och som vuxen. Barn som haft möjlighet att utveckla de grundläggande förmågorna tidigt i barndomen har fått en mer stabil grund att stå på och i förlängningen bättre hälsa. Särskilt barn som växer upp i ekonomisk utsatthet får oftare sämre hälsa som vuxna. Det tidiga livets villkor bör därför utgöra ett särskilt målområde.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: Under de första levnadsåren läggs grunden för barnets fysiska, sociala, psykiska och kognitiva utveckling. Tidiga miljöinflytanden, t.ex. näringstillgång eller exponering för farliga kemikalier under fosterperioden påverkar barns utveckling redan i moderlivet från det att befruktningen sker. Även faktorer under barndomen påverkar barns utveckling och framtida hälsa. Det är således flera faktorer, inte bara under fostertiden utan även under barndomen, som påverkar barns utveckling och framtida hälsa. För tidig födsel och låg födelsevikt kan vara indikatorer på framtida hälsoproblem men i dag vet man att dessa förhållanden samverkar med förhållanden under vuxenlivet. De senare är, allmänt sett, lika viktiga som fosterlivets hälsodeterminanter. Under de första åren är det viktigt att de tidigaste grundläggande färdigheterna byggs upp, annars kommer barnet att få det svårt att ta till sig andra färdigheter. För barnets långsiktiga hälsa är det således viktigt att de biologiska, psykologiska och sociala faktorerna samspelar på ett bra sätt.

Kognitiva förmågor hos barn som t.ex. verbal, spatial och analytisk förmåga, minneskapacitet och fonologisk medvetenhet samt sociala förmågor och personliga egenskaper såsom t.ex. uthållighet, självförtroende, tålmod och temperament formas i huvudsak tidigt i livet. Barns utveckling har beskrivits utifrån bl.a. utvecklingsbiologi, psykologi, neurologi, nationalekonomi, medicin och sociologi. På senare år har man studerat barns förutsättningar att lära, utvecklas och formas i samspel mellan miljö, erfarenheter, inläring och arv. Denna forskning har pekat på hjärnans ”plasticitet”, dvs. att olika förmågor är påverkbara och möjliga att träna upp. Förmågorna kan beskrivas som barnets humankapital. En bra start i livet är alltså förknippad med att barnet utvecklas språkligt, kognitivt och socialt.

Föräldrarnas olika sociala, ekonomiska och pedagogiska resurser spelar en central roll för barnets utveckling. Vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättning är en utsatt grupp som rapporterar genomgående sämre värden för livsvillkor, levnadsvanor och hälsa jämfört med vårdnadshavare till barn som inte har en funktionsnedsättning. En god relation mellan barn och föräldrar minskar risken för en rad olika hälsoproblem och riskbeteenden hos barnet. För barns hälsa och välfärd är det väsentligt att deras föräldrar visar omtanke och kärlek mot barnet men också att de kan sätta ramar för barnets beteenden. Barn och unga själva anser att det viktigaste för att må bra är att ha föräldrar som engagerar sig, det vill säga avsätter tid, bryr sig och lyssnar. Däremot påverkar brister i hemmiljön barnet negativt. Dåliga relationer i en familj kan bland annat öka risken för psykiska problem hos barnet. En bristande omsorg från föräldrar eller vårdnadshavare kan få särskilt allvarliga konsekvenser för barnet. En sådan utsatt hemsituation kan bland annat bero på missbruk, psykisk ohälsa, kriminalitet eller våld i familjen. Barn som bevittnat våld mellan sina föräldrar mår generellt sett sämre än andra barn och riskerar att utveckla både omedelbar och varaktig fysisk och psykisk ohälsa. Det är också mycket vanligt att barn som bevittnar våld mellan närstående vuxna själva är direkt utsatta för fysiskt våld. Longi-

tudinella studier visar att barn som upplevt våld mot föräldrar och syskon löper en förhöjd risk att utsättas eller utsätta andra för våld senare i livet liksom för självskaadebeteende och självmordsförsök.¹⁶ Samhällsinstitutioner som möter barn såsom mödravård, barn- och skolhälsovård och förskola har här en viktig roll i att uppmärksamma barns utsatthet och upptäcka och stödja och hjälpa dessa barn.

Barns och deras familjers ekonomiska situation utgör en grundläggande förutsättning för barns goda uppväxtvillkor. För barnets hälsa syns tydliga effekter utifrån vårdnadshavarens socioekonomiska situation där särskilt ensamstående småbarnsföräldrar med små ekonomiska resurser är en utsatt grupp. Barns hälsa i Sverige skiljer sig åt beroende på familjens ekonomiska och sociala status. Det finns en tydlig gradient där barn som växer upp i lägre socioekonomisk status har högre sannolikhet att bli inskrivna på sjukhus. Dessa barn får senare i livet t.ex. sämre betyg i form av sämre meritvärde, högre sannolikhet att få ekonomiskt bistånd och sämre hälsa som unga vuxna. Särskilt utsatta är barn i familjer som tar emot ekonomiskt bistånd eller har psykisk ohälsa. Barn som växer upp i ekonomisk utsatthet får som vuxna oftare lägre utbildningsnivå, större behov av försörjningsstöd och står ofta längre ifrån arbetsmarknaden. Framförallt är det barn som vuxit upp i hushåll med långvarigt försörjningsstöd som har höga risker för ogynnsamma levnadsvillkor högre upp i åldrarna. Barn i familjer med långvarigt försörjningsstöd har också avsevärt sämre utfall avseende hälsoproblem som till exempel alkohol- och drogmisbruk och självmordsförsök. Barn från fattigare förhållanden har en nackdel jämfört med andra barn. Redan skillnader i födelsevikt, för tidig födsel och fostertillväxt följer en social gradient dvs. födelseutfallen blir mer fördelaktiga ju högre utbildning mamman har, men därefter har också familjer olika förutsättningar att satsa på sina barns utveckling. Ur ett jämlikhetsperspektiv blir samhällets insatser viktiga både som substitut och komplement till familjens investeringar.

7.1.1 Inriktning på arbete inom målområdet Det tidiga livets villkor som främjar god och jämlik hälsa

Regeringens bedömning: Ojämlighet i livsvillkor och möjligheter mellan olika familjer bidrar till att barn har skilda förutsättningar att utvecklas under det tidiga livet. Arbetet bör inriktas på att skapa, stötta och stärka en god start i livet och jämlika uppväxtvillkor så att alla barn får grundläggande förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla kognitiva, emotionella, sociala och fysiska förmågor. Centralt för arbete för en god och jämlik hälsa är:

- en jämlik mödra- och barnhälsovård,
- en förskola av god kvalitet,
- att barnperspektivet tas i beaktande.

¹⁶ Näsman, E., (2015) *Perspektiv på barns röster om våld*.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: En inriktning av samhällets insatser som syftar till att ge barn goda uppväxtvillkor bidrar till att minska hälsoklyftorna. Hälsöfrämjande och skade- och sjukdomsförebyggande insatser är en investering för både individ och samhälle. Genom att identifiera problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö från födel- sen och framåt kan åtgärder från samhällets sida vidtas i syfte att ge barn så lika förutsättningar som möjligt. Inriktningen på arbete inom mål- området omfattar de samhällsaktörer och arenor som når barn och handlar om dessa aktörer, deras metoder och medel och om vikten av att det finns en god infrastruktur för uppföljning, utvärdering och kunskaps- uppbyggnad.

Inom mödra- och barnhälsovården bedrivs ett grundläggande folk- hälsoarbete. Denna hälsovård når i princip alla mödrar och barn. Mödra- och barnhälsovården har möjlighet att tidigt identifiera problem i barnets hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. Genom generella och riktade insatser, som anpassas i förhållande till behoven, spelar mödra- och barn- hälsovården en viktig roll i att utjämna de sociala hälsoskillnaderna och främja en god hälsoutveckling på lång sikt.

Barnhälsovården når nästan alla barn men barn i immigrant- och låg- inkomstfamiljer får inte extra stöd och information trots att de ofta är i behov av det. Även föräldragrupper inom mödrahälsovården och framför allt barnhälsovården, lyckas inte i lika stor utsträckning få med låg- utbildade, utlandsfödda och ensamstående föräldrar.

Regeringen vill i detta sammanhang peka på vikten av att insatserna utformas utifrån de behov som finns och når de som mest behöver stöd.

Hur förskolan utformas är betydelsefullt för barnets uppväxtvillkor. Verksamheten ska utgå från barnets behov där omsorg, utveckling och lärande bildar en helhet. Deltagande i förskolan är mest gynnsamt för barn från socioekonomiskt svaga förhållanden och kan vara betydelse- fullt för barns utveckling och lärande långt senare i livet. Enligt skol- lagen (2010:800) ska utbildningen i förskolan vara likvärdig. Det innebär inte att verksamheten ska utformas på samma sätt överallt utan verk- samheten ska ta hänsyn till barnens olika villkor. Barn som tillfälligt eller varaktigt behöver mer stöd och stimulans än andra ska få detta stöd ut- format med hänsyn till sina behov och förutsättningar så att de kan ut- vecklas så långt som möjligt.

En likvärdig förskola av hög kvalitet kan förbättra barnets hälsa ur ett kortare såväl som ett längre perspektiv samt främja senare skolpresta- tioner och motverka beteendeproblem. En förskola som inte är likvärdig kan däremot förstärka ojämlikheten. Barn erbjuds inte likvärdiga förut- sättningar och möjligheter i alla förskolor. För att uppnå god och jämlik hälsa är det viktigt att förskolorna bedriver en likvärdig verksamhet som utgår från barnets behov.

Utöver de insatser som regeringen berör i detta avsnitt finns även bedömningar under andra målområden, som påverkar barn direkt eller indirekt. Ett barnrättsperspektiv ska genomsyra arbetet inom alla mål-

7.1.2 Insatser

Folkhälsoarbetet är inriktat på hälsans bestämningfaktorer dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar hälsan. Folkhälsoarbete innebär systematiska insatser för att förbättra människors livsvillkor och uppnå god och jämlikt fördelad hälsa. Nedan presenteras ett urval av regeringens genomförda och pågående insatser som kan främja hälsa eller förebygga ohälsa inom målområdet.

Föräldraskapsstöd

Regeringen har gett regleringsbrevsuppdrag till länsstyrelserna när det gäller regional stödstruktur med samordnare för föräldraskapsstödet i länet. Uppdraget gäller under perioden 2014–2018 och syftet är att främja barnets hälsa och utveckling. Uppdraget syftar även till att främja huvudmäns och andra aktörers kunskap om effektiva arbetssätt och metoder för att stödja föräldrar i föräldraskapet med målet att alla föräldrar ska erbjudas stöd i föräldraskapet och i sin relation till varandra under barnets uppväxt.

Kunskapslyft om barnkonventionen

Barnombudsmannen har fått i uppdrag av regeringen att genomföra ett kunskapslyft om barnkonventionen riktat mot statliga myndigheter, landsting och kommuner för att öka kunskapen om barnets rättigheter (S2016/07875/FST). Barnombudsmannen ska erbjuda stöd till de statliga myndigheterna, kommunerna och landstingen i deras arbete med att säkerställa tillämpningen av barnets rättigheter i sina respektive verksamheter.

Familjerätt

Regeringen har från den 1 februari 2015 även överfört ansvarsområden från Socialstyrelsen (ärenden inom socialtjänsten om vårdnad, boende och umgänge, samarbetsamtal och familjerådgivning, fastställande av faderskap och föräldraskap) och Folkhälsomyndigheten (stöd i föräldraskapet) till Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd MFoF). Den förändrade ansvarsfördelningen syftar till att skapa en förbättrad, mer effektiv och ändamålsenlig statlig samordning avseende familjerättsliga frågor inom socialtjänsten, föräldraskapsstöd och internationella adoptioner. Därigenom kan barnets hälsa och utveckling och rättigheter främjas och tillgodoses.

Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården

Regeringen har ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om att under 2018 öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinations-täckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet i främst socioekonomiskt utsatta områden. Barnets hälsa och utveckling

Prop. 2017/18:249 ska stå i centrum. Regeringen avsätter 2018 totalt 120 000 000 kronor till landstingen för insatser för att öka tillgängligheten i barnhälsovården. Parterna är överens om målsättningen att ingå överenskommelser med liknande inriktning även 2019 och 2020.

Straffrättsliga och andra åtgärder för att stärka skyddet för barn mot att utsättas för sexuella handlingar och övergrepp av vuxna

Den 15 mars 2018 beslutade regeringen om propositionen En ny sexualbrottslagstiftning byggd på frivillighet (prop. 2017/18:177). Där föreslås bl.a. att minimistraflet för brottet grov våldtäkt mot barn höjs från fängelse i fyra år till fängelse i fem år, att det vid bedömningen av om bl.a. ett våldtäktsbrott är grovt ska särskilt beaktas om gärningsmannen med hänsyn till offrets låga ålder visat särskild hänsynslöshet eller råhet och att det straffrättsliga skyddet vid sexualbrott mot barn stärks vid oaktsamhet hos gärningsmannen i fråga om barnets ålder. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2018. Den 22 juni 2017 beslutade regeringen även om propositionen Effektivare lagstiftning mot vuxnas kontakter med barn i sexuellt syfte (prop. 2016/17:214) med förslag som ytterligare stärker skyddet för barn mot att utsättas för sexuella övergrepp av vuxna. Lagändringarna trädde i kraft den 1 januari 2018.

Insatser för ökad psykisk hälsa hos barn och unga

Regeringen avsätter drygt 1,7 miljarder kronor för insatser inom området psykisk hälsa. En del av medlen är särskilt avsatta för insatser som syftar till att förbättra barn och ungas psykiska hälsa. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har bl.a. tecknat en överenskommelse där 380 miljoner kronor betalas ut till landsting och kommuner för insatser för barns och ungas psykiska hälsa i allmänhet samt en särskild förstärkning av ungdomsmottagningars verksamhet.

Stärkt stöd till barn som anhöriga

Socialstyrelsen har ett långsiktigt uppdrag under 2017–2020 att i samverkan med Folkhälsomyndigheten och andra nationella och regionala aktörer stärka stödet till barn som anhöriga i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller där våld förekommer. Uppdraget är inriktat på att omsätta kunskaper och erfarenheter i praktisk verksamhet inom både kommuner och landsting. Bland områden som omfattas av uppdraget finns att särskilt uppmärksamma det späda barnets utveckling genom att utveckla samspeletsstöd och annat föräldraskapsstöd inom mödra- och barnhälsovården, stödja landsting i att bygga och upprätthålla strukturer för information, råd och stöd till barn som anhöriga liksom att stödja kommunerna i genomförandet av ett samordnat och familjeorienterat arbetssätt i socialtjänsten.

Nationell samordnare för den sociala barn- och ungdomsvården

Regeringen beslutade 2015 att tillsätta en nationell samordnare med uppdraget att i dialog med kommuner driva på utvecklingen inom den sociala barn- och ungdomsvården så att barn och unga får den hjälp och det stöd som de behöver. I december 2017 överlämnade samordnaren

slutrapporten Barnets och ungdomens reform – förslag för en hållbar framtid. Några av de iakttagelser som samordnaren gör i rapporten är att situationen i den sociala barn- och ungdomsvården går åt rätt håll: Det sker en positiv utveckling och personalsituationen börjar stabiliseras. Men det behövs fortsatta krafttag både lokalt och nationellt. Samordnarens huvudförslag är en reform för att på lång sikt förändra den sociala barn- och ungdomsvården.

7.2 Målområde 2: Kunskaper, kompetenser och utbildning

Regeringens bedömning: Att utveckla människors kompetenser och kunskaper genom lärande och utbildning är centralt för att uppnå jämlik hälsa. Det finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Livsvillkor, levnadsvanor och andra förhållanden som bidrar till god hälsa är bättre och mer hälsofrämjande bland personer med högre utbildningsnivå. Förvärvade kunskaper och kompetenser genom utbildning ger möjlighet till högre status men också till att stärka psykologiska och sociala resurser samt reell möjlighet att påverka den egna situationen, vilket kan minska fysiska och psykosociala risker. Kunskaper, kompetenser och utbildning bör därför utgöra ett särskilt målområde.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: Kompetens brukar användas för att beskriva individens förmåga att utföra en uppgift genom att tillämpa sina kunskaper och färdigheter. Begreppet kompetensnivå är således mer omfattande än den formella utbildningen och utbildningsnivån eftersom kompetens även innefattar erfarenhet och personliga egenskaper.

Individens kunskaper, färdigheter och hälsa byggs upp under hela livet. På arbetsmarknaden förändras kontinuerligt arbetsuppgifterna och därmed kompetenskraven. Det finns därför ett långsiktigt behov av att genom utbildning och vidareutbildning kunna utveckla kompetensen över hela livsförloppet och skapa möjlighet till ett livslångt lärande samt karriärväxling. Generellt gäller att en låg utbildningsnivå är starkt kopplad till en låg social position i samhället – och att detta i sin tur leder till en ökad risk för ohälsa och hälsomässigt ogynnsamma livsvillkor och levnadsvanor.

Hälsans ojämlikhet är resultatet av komplexa förhållanden men livsvillkor, levnadsvanor och andra förhållanden som bidrar till god hälsa är bättre och mer hälsofrämjande bland personer med högre utbildningsnivå än bland personer med lägre utbildningsnivå. Även hälsan som sådan är bättre bland högutbildade och de lever längre. Detta gäller för både kvinnor och män. Välutbildade personer har oftast andra livsvillkor, egenskaper och beteenden som också är positiva för hälsan.

Utbildning har indirekta hälsoeffekter som kommer av att utbildning ofta är en förutsättning för att få fotfäste på arbetsmarknaden och påverkar vilka arbeten och därmed vilka arbetsvillkor och arbetsmiljö och vilken inkomst personer kan få. Med andra ord, de som lyckas klara sig väl i skola och högskola får också ofta en högre social position såsom ett arbete med högre prestige och inflytande eller högre inkomst, jämfört med dem som klarat sig mindre väl. En hög social position medför i sin tur högre grad av handlingsfrihet, en känsla av säkerhet och större tilltro till den egna förmågan. Dessa faktorer kan bidra till den bättre hälsan bland individer med hög utbildning.

Ohälsa i barn- och ungdomsåren får konsekvenser längre fram i livet. Barn som blir inskrivna på sjukhus någon gång under barndomen har sämre meritvärde, lägre sannolikhet att gå ut gymnasiet, högre sannolikhet att få ekonomiskt bistånd och att sakna inkomst från arbete eller studier samt har sämre hälsa som unga vuxna. Bara 60 procent av barn med psykisk ohälsa uppnår gymnasiekompetens, jämfört med 87 procent bland barn som aldrig varit inskrivna på sjukhus. Av dem som varit inskrivna på sjukhus på grund av psykisk ohälsa har 17 procent ekonomiskt bistånd vid 23 års ålder medan andelen är 4,7 procent bland dem som inte varit inskrivna (Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering, rapport 2015:13). Det finns kort sagt ett starkt samband mellan ohälsa å ena sidan och skolprestationer och välfärd som ung vuxen å andra sidan.

I studien Skolbarns hälsovanor, som genomförs av Folkhälsomyndigheten, tillfrågas ett nationellt urval av 11-, 13- och 15-åringar om de haft psykiska och somatiska besvär under de senaste sex månaderna. Studien har genomförts sedan 1985/86. Mellan 1985/86 och 2013/14 har andelen 13- och 15-åringar som uppger att de haft minst två besvär mer än en gång i veckan fördubblats både bland flickor och bland pojkar. Det finns en tydlig tendens att ungdomar i ökande utsträckning är nedstämda, oroliga, har svårt att sova och har andra psykosomatiska besvär. Unga konsumerar också mer psykiatrisk vård, både öppenvård och sjukhusvård, än tidigare (Folkhälsomyndigheten 2016). Även Socialstyrelsen har visat att barns och ungdomars psykiska ohälsa har ökat. Enligt Socialstyrelsen har psykisk ohälsa hos barn i åldern 10–17 år ökat med över 100 procent på tio år (2006–2016). För unga vuxna, 18–24 år, är ökningen närmare 70 procent. Den enskilt största gruppen, 63 000 personer, är unga kvinnor i ålder 18–24 år. Det är framförallt diagnoser för depressioner och olika ångestsyndrom som bidrar till ökningen av den psykiska ohälsan¹⁷. För att förebygga psykisk ohälsa hos unga behövs insatser inom flera av målområdena.

De flesta hälsofrämjande beteenden, exempelvis måttfull alkoholkonsumtion och att vara fysisk aktiv, är vanligare bland individer med längre utbildning. Det beror bl.a. på att utbildning oftast ger individen bättre förmåga att skaffa, värdera och använda information om t.ex. vilka olika risker rökning, alkoholkonsumtion och matvanor har för hälsan.

¹⁷ Socialstyrelsen (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – Till och med 2016*.

Vidare har individer oftare kontakter med andra individer med motsvarande utbildning. Grupptillhörigheten kan då förstärka de samband som finns mellan utbildningsnivå och hälsorelaterade beteenden. Utbildning kan även främja andra socialt och emotionellt betingade förmågor eller egenskaper som är minst lika starkt förknippade med hälsa och ytterst livslängd. Det handlar då om bl.a. attityder, självbild, tilltro till egenförmåga (coping), motivation och samarbetsförmåga.

Under en följd av år har befolkningen höjt sin genomsnittliga utbildningsnivå relativt kraftigt. År 2014 hade drygt 80 procent av befolkningen 35–74 år minst en gymnasieutbildning. Cirka 36 procent hade någon form av eftergymnasial utbildning. Samtidigt har andelen av befolkningen med grundskola som högsta utbildning minskat rejält. Det handlar i stort sett om en halvering under de senaste 15 åren, från runt 32 procent år 2000 till 17 procent 2014. Folkhälsomyndigheten har närmare analyserat utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen. I analysen drogs tre övergripande slutsatser: 1. Personer med låg utbildningsnivå har generellt sett sämre hälsa och sämre förutsättningar för god hälsa jämfört med högutbildade. 2. Denna grupp har blivit ännu mer utsatt på arbetsmarknaden vilken också förändrats till gruppens nackdel. Dessutom har gruppens sammansättning förändrats. Andelen unga vuxna och andelen personer födda utanför Sverige har ökat. Bland unga vuxna med låg utbildningsnivå är dessutom psykisk ohälsa relativt vanligt. 3. Utbildnings- och hälsorelaterade problem uppstår tidigt – och det går att se ett flertal samband mellan utbildningsnivå/studieresultat och hälsa.

Det bör även nämnas att det faktum att många ungdomar inte fullföljer skolan i sig kan skapa ohälsa. En god hälsa förbättrar skolresultat och dåliga skolresultat försämrar hälsa. Detta innebär att skolan också kan skapa ohälsa. Bland dem som lämnar skolan tidigt finns också en grupp med betydande hälsoproblem som orsak till svårigheter i skolan.

7.2.1 Inriktning på arbete inom målområdet Kompetenser, kunskaper och utbildning som främjar god och jämlik hälsa

Regeringens bedömning: Kompetenser och kunskaper utvecklas genom olika former av lärande under livets olika skeden och har ett starkt samband med människors förutsättningar för en god hälsa. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör alla barn, unga och vuxna ha möjlighet att utveckla kompetenser och kunskaper samt tillgodogöra sig en god utbildning oberoende av sociala och ekonomiska förhållanden, ålder, könstillhörighet och funktionsnedsättning.

Skolan är en arena som når alla barn och unga och därmed har en grundläggande roll i arbetet för en god och jämlik hälsa. God hälsa och en bra miljö i förskolan och skolan med daglig rörelse är förutsättningar för att barn och elever ska kunna utvecklas och lära sig. I skolarbetet ska de intellektuella såväl som de praktiska, sinnliga och estetiska aspekterna uppmärksammas. Även hälso- och livsstilsfrågor ska uppmärksammas. Centralt för arbete för en god och jämlik hälsa är:

- en likvärdig utbildning,
- en god lärandemiljö i skolan med utgångspunkt i att skapa goda och trygga uppväxtvillkor,
- tidigt identifiera elever som behöver stödinsatser för att fullfölja utbildningen eller har andra svårigheter för att säkerställa att alla får möjlighet att nå sin fulla potential i skolan.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: Det finns ett ömsesidigt samband mellan hälsa och lärande (eller att förvärva kompetens och kunskap). Människor behöver må bra för att kunna tillgodogöra sig utbildning. Utbildning ger förutsättningar för ett ökat handlingsutrymme och lägger därmed en grund för en god hälsa. En trygg och stimulerande lärandemiljö är en av de viktigaste förutsättningarna för att barn och ungdomar ska kunna inhämta och utveckla kunskaper och värden (prop. 2009/10:165, s. 319).

Barn utvecklas olika, och inom det som kan kallas för normal utveckling finns en stor variation. I dag används uttrycket typisk utveckling för de förändringar, funktionssätt och förmågor som utmärker barn i en viss ålder, och som rimligt väl sammanfattar hur flertalet barn fungerar och förändras över tid. Utveckling sker i ett komplext samspel mellan barnets egna förutsättningar och den miljö barnet vistas i. Det är viktigt att alla barn och elever i behov av stöd får adekvata stödinsatser tidigt så deras kunskapsutveckling inte hindras. Tidiga insatser lägger en stabil grund för framtiden. Att varje elev får med sig grundläggande kunskaper är viktigt för fortsatt lärande i skolans alla ämnen och kan dessutom påverka studieron i skolan.

Utbildningen ska enligt skollagen (2010:800) utformas på ett sådant sätt att alla elever tillförsäkras en skolmiljö som präglas av trygghet och studiero (5 kap. 3 §). Skolan har en unik potential som arena för ett hälsofrämjande och förebyggande arbete i och med att den når alla barn och unga under uppväxtåren. Skolan har exempelvis en viktig roll i att främja fysisk aktivitet vilket görs både genom att ha idrott och hälsa som ämne och genom att det finns en utemiljö som uppmuntrar till rörelse. Skolan bidrar till att etablera bra matvanor. Det sker dels genom ämnet hem- och konsumentkunskap som bl.a. syftar till att utveckla elevens kunskande om mat och måltider, dels genom att det serveras näringsriktiga skolmåltider i en trygg och trevlig miljö. Skolmåltiden kan dessutom tas tillvara som ett pedagogiskt verktyg. Skolan har också en viktig roll att lära ut om alkoholens, narkotikans, dopningens och tobakens skadliga effekter. Skolan har också ett grundläggande och viktigt demokratiuppdrag, dvs. att ge elever kunskap om demokrati och mänskliga rättigheter både i teori och i praktik (1 kap. 4 § skollagen). Att lära eleverna och ge dem verktyg för att kunna vara delaktiga i vårt samhälle är viktigt. Skolan har även en potential att fungera som en arena för att introducera olika fritidsaktiviteter genom att i samarbete med lokalt föreningsliv, idrottsföreningar, kommunal verksamhet som kultur- och musikskola m.m. informera om olika verksamheter. En ytterligare resurs i arbetet med att skapa en god lärmiljö i skolan är elevhälsan. Den samlade elevhälsan omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser och har till uppgift att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. I Vägledning för elevhälsan (2016), framtagen av Socialstyrelsen och Skolverket anges att i elevhälsans generellt riktade arbete ingår att främja elevers lärande, utveckling och hälsa och att förebygga ohälsa och inlärningssvårigheter samt bidra till att skapa miljöer som främjar lärande, utveckling och hälsa. Utöver detta kan det för elevhälsans medicinska del bl.a. ingå att tillföra medicinsk kompetens och omvårdnadskompetens som ett stöd i det pedagogiska arbetet och i den övergripande planeringen av elevhälsans arbete och vid hälsobesök tidigt identifiera problem eller symtom hos elever som kan innebära att de är i behov av särskilt stöd eller andra insatser. Elevhälsans arbetssätt förutsätter en hög grad av samverkan mellan elevhälsans personal och övriga personalgrupper. Det är vidare angeläget att samverkan sker med övrig hälso- och sjukvård samt med socialtjänsten. Regeringen anser att elevhälsan har en mycket viktig roll i att bidra till en god lärandemiljö i skolan och att det är viktigt att ge elevhälsan förutsättningar att arbeta främjande och förebyggande.

En av skolans stora utmaningar är skilda förutsättningar mellan skolor och en ökande skolsegregation. De faktorer som i högsta grad påverkar elevers skolresultat både i grundskolan och i gymnasieskolan är deras familjebakgrund och föräldrars utbildningsnivå. Utbildningen ska ta hänsyn till barns och ungas olika behov genom att alla elever ges den ledning och stimulans som de behöver i sitt lärande och sin personliga utveckling för att utifrån sina egna förutsättningar kunna utvecklas så långt som möjligt enligt utbildningens mål (1 kap. 4 § och 3 kap. 3 § skollagen).

Många elever fullföljer i dag inte sina gymnasiestudier och en fullföljd gymnasieutbildning har en avgörande betydelse för ungas möjligheter att

Prop. 2017/18:249 etablera sig på arbetsmarknaden. Regeringens målsättning är att fler ska fullfölja en gymnasieutbildning. Men för dem som inte klarar av att fullfölja denna behövs det utbildningsmöjligheter som ger en andra chans att kunna gå vidare i utbildningssystemet. Dagens arbetsmarknad är föränderlig och människor behöver vara väl rustade med en god utbildning för att kunna ställa om till ett annat jobb, vilket även ställer krav på stöd för sådan omställning.

Att tidigt upptäcka elevers eventuella behov av extraanpassningar eller särskilt stöd samt att erbjuda sådant stöd är viktiga hälsofrämjande åtgärder som kan förebygga skolmisslyckanden på längre sikt. En central utgångspunkt är att se skolmisslyckande som en lång process med olika faser där de första tecknen kan vara bristande motivation, via en med tiden ökande frånvaro, till att vid grundskolans slut inte nå gymnasiebehörighet.

7.2.2 Insatser

Folkhälsoarbetet är inriktat på hälsans bestämningsfaktorer dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar hälsan. Folkhälsoarbete innebär systematiska insatser för att förbättra människors livsvillkor och uppnå god och jämlikt fördelad hälsa. Nedan presenteras ett urval av regeringens genomförda och pågående insatser inom målområdet och som kan främja hälsa eller förebygga ohälsa.

Elevhälsa

I syfte att förbättra det förebyggande och främjande elevhälsoarbetet och därmed bättre stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål så har regeringen gjort en satsning på att förstärka och utveckla elevhälsan. Regeringens satsning på elevhälsan omfattar bl.a. statsbidrag för personalförstärkningar inom elevhälsan. Statens skolverk har 2016, 2017 och 2018 fått i uppdrag att genomföra insatser för att förbättra det förebyggande och främjande arbetet inom elevhälsan i syfte att stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. Regeringen har dessutom tillsatt en särskild utredare som bland annat ska kartlägga och analysera brister i stödarbetet, analysera hur elevhälsoarbetet kan utvecklas och föreslå insatser som kan bidra till att skapa ett mer aktivt och väl fungerande elevhälsoarbete och därmed stärka elevhälsans kompensatoriska roll (dir. 2017:88). Statens skolinspektions tillsyn visar att det är vanligt att huvudmän inte tillgodoser elevernas rätt till extra anpassningar och särskilt stöd. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 20 januari 2019.

Stärkt likvärdighet i skolan

Regeringen har vidtagit en rad åtgärder för att stärka likvärdigheten i svenska skola. I syfte att nå målet om en mer jämlik kunskapskola beslutade t.ex. regeringen i februari 2018 om ett nytt statligt stöd för stärkt likvärdighet och kunskapsutveckling. Det statliga stödet, som efter tre års infasning beräknas uppgå till 6 miljarder kronor per år, ska fördelas så att resurserna, i enlighet med förslag från 2015 års skolkommission, viktas med hänsyn till socioekonomiska faktorer. Regeringen

har vidare förtydligat instruktionerna för Statens skolverk och Statens skolinspektion så att myndigheterna inom ramen för sitt arbete ska främja en stärkt likvärdighet mellan skolor och mellan förskolor. Dessa förordningsändringar trädde i kraft den 1 februari 2018. Regeringen har även i propositionen Samling för skolan (prop. 2017/18:182) bl.a. föreslagit att det ska anges i skollagen att huvudmännen för förskoleklassen, grundskolan och gymnasieskolan aktivt ska verka för en allsidig social sammansättning av eleverna på sina skolenheter. Propositionen innehåller även förslag i syfte att minska elevers upprepade eller längre frånvaro.

Samling för daglig rörelse

I maj 2017 presenterade regeringen satsningen Samling för daglig rörelse med insatser för att fler barn och unga ska röra på sig varje dag. Regeringen har bl.a. gett Skolverket i uppdrag att lämna förslag på hur exempelvis skärpningar i läroplanen kan göras så att detta går från enskilda projekt till att målet nås om att alla elever tar del av fysisk aktivitet varje dag. Undervisningstiden i ämnet idrott och hälsa utökas med 100 timmar i grundskolan fr.o.m. 2019. Riksidrottsförbundet gör en kraftsamling för mer idrott, rörelse och utveckling av rörelseförståelse inom ramen för skoldagen.

Kvalitetsförstärkning på lärar- och förskolläraryrkesutbildningarna och utbildning inom humaniora och samhällsvetenskap

Nyckeln till att förbättra kunskapsresultaten i den svenska skolan är skickliga och engagerade lärare och förskollärare, som har genomgått utbildning av hög kvalitet. Insatsen syftar till att stärka kvaliteten på bland annat lärar- och förskolläraryrkesutbildningarna. Tidsperioden för insatsen är mellan juni 2015 och 2020.

Utbyggnad av lärar- och förskolläraryrkesutbildningar

Sverige står inför en omfattande lärar- och förskolläraryrkesbrist och därför genomför regeringen en kraftig utbyggnad av utbildningarna. Fullt utbyggd innebär satsningen drygt 10 000 nya utbildningsplatser år 2021, vilket motsvarar en ökning på cirka 33 procent. Inom ramen för utbyggnaden ingår också fler platser på speciallärar- och specialpedagogutbildningarna. Fler speciallärare och specialpedagoger är viktigt för att stärka den specialpedagogiska kompetensen i skolan. Regeringen tillför medel till fler platser på speciallärar- och specialpedagogutbildningarna motsvarande 300 nybörjarplatser på utbildningarna. Insatsen initierades i juni 2015.

Fler vägar in i läraryrket

För att motverka läraryrkesbristen är det viktigt att attrahera personer med annan akademisk bakgrund som vill ställa om till läraryrket. Regeringen avser att avsätta 12 miljoner kronor för projekt som skapar fler vägar in i lärar- och förskolläraryrkena.

Det enskilt viktigaste för elevernas resultat är att de möter skickliga och engagerade lärare. Fler måste därför vilja bli, men också förbli lärare. För att öka läraryrkets attraktionskraft investerar regeringen från år 2016 tre miljarder årligen på höjda lärarlöner. Lärarlönelyftet ska gå till särskilt skickliga lärare. Möjlighet till en god löneutveckling är viktigt för att få skickliga lärare att stanna kvar i yrket. Regeringen har genom satsningen bidragit till att över 65 000 lärare i genomsnitt fått cirka 2 600 kronor mer i lön varje månad.

Förstärkning av Universitets- och högskolerådets bedömningsverksamhet

En möjlighet för personer med utländsk utbildning att få utbildningen bedömd är viktig för att de ska kunna använda sin kompetens. Merparten av bedömningarna av utländsk utbildning på gymnasial och eftergymnasial nivå görs av Universitets- och högskolerådet. Belastningen på verksamheten har de senaste åren varit hög och handläggningstiderna långa. Bedömningsverksamheten har därför sedan 2016 förstärkts.

Insatser för ökad kompetens och en öppen och inkluderande miljö i skolan för hbtq-personer

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor har fått i uppdrag att under tidsperioden 2015–2018 motverka homofobi, bifobi och transfobi bland unga och skapa en öppen och inkluderande miljö för unga hbtq-personer i skolan genom olika insatser. Syftet är att skapa en öppen och inkluderande skola som kan verka hälsofrämjande för unga hbtq-personer. Därtill har regeringen sedan 2015 avsatt medel så att kommuner och landsting kan ansöka om statsbidrag, via Socialstyrelsen, för att öka kunskapen om homosexuellas, bisexuellas och transpersoners situation.

Möjligt för ensamkommande unga asylsökande att bo kvar i kommunen

Migrationsverket har sedan 2017 fördelat och betalat ut ett tillfälligt bidrag till kommunerna för att möjliggöra för ensamkommande unga asylsökande att bo kvar i kommunen efter att de har fyllt 18 år. Skälet till detta är att en del unga asylsökande under väntetiden hunnit fylla 18 år. De kan då ha bott i kommunen under en längre tid och påbörjat sina studier där.

Satsning på socioekonomiskt utsatta områden, kulturskolor och biblioteksverksamhet

Regeringen har under mandatperioden verkat för och främjat kulturens utveckling i hela landet, bl.a. genom satsningen Äga rum i socioekonomiskt utsatta områden, genom insatser för att främja jämlikheten bland de kommunala kulturskolorna och genom en betydande satsning på biblioteksverksamhet i hela landet.

Skapande skola – för förskola och skola

Statens kulturråd kan bevilja stöd till huvudmän för förskolor och skolor i hela landet där stödet syftar till att ge barn tillgång till kulturella och

En mer jämlik kulturskola i hela landet

Kommuner kan sedan 2016 söka bidrag för att göra den kommunala kulturskoleverksamheten mer jämlik och tillgänglig. Regeringen överlämnade i mars 2018 propositionen En kommunal kulturskola för framtiden – en strategi för de statliga insatserna (prop. 2017/18:164). I propositionen finns förslag om ett nationellt mål för de statliga insatserna till stöd för den kommunala kulturskolan. En struktur för stöd till nationell samordning, ett statligt bidrag och stöd till förbättrad kompetensförsörjning presenteras. Av propositionen framgår att kulturskolan ska förbli en kommunal angelägenhet och att regeringens insatser ska stötta kommunerna i arbetet med att möta utmaningar så som bl.a. stora pensionsavgångar med personalbrist som följd.

Fler platser på folkhögskolans allmänna och särskilda kurs

Folkbildningsrådet fördelar statsbidrag till drygt 150 folkhögskolor. Medel motsvarande 3 000 årsplatser tillfördes 2016. Fr.o.m. 2018 har medel motsvarande ytterligare 5 000 platser tillförts. Detta motsvarar 8 000 ytterligare platser under mandatperioden. Insatsen syftar till att minska utbildningsklyftorna och att främja arbetsmarknadsanpassning.

Informationsinsatser som rör hälsa och jämställdhet för nyanlända och asylsökande barn och unga

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor har fått i uppdrag att i samverkan med den nationella webbaserade ungdomsmottagningen UMO ta fram informationsinsatser som rör hälsa och jämställdhet för nyanlända och asylsökande barn och unga.

Kartläggning av den öppna fritidsverksamheten

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor fick 2016 i uppdrag att kartlägga den öppna fritidsverksamheten. Kartläggningen visade att öppen fritidsverksamhet når en begränsad grupp unga, men att den i högre grad locka unga från familjer med små socioekonomiska resurser än dem med större resurser. Myndigheten har även 2017 fått i uppdrag att fungera som stöd för den öppna fritidsverksamheten och erbjuda fortbildning och kunskapshöjande insatser. Stödet ska ta sin utgångspunkt i olika verksamheters behov av stöd och utveckling för att kunna matcha ungas behov och efterfrågan.

Statsbidrag till landets kommuner för att ordna gratis aktiviteter för barn under sommarlovet

Tiden utanför skola och arbete spelar en viktig roll för ungas delaktighet, vägar till etablering och sociala tillit. Varje flicka och pojke ska kunna känna sig trygg och ges de bästa förutsättningarna för att utveckla sin potential, att växa som en fritt tänkande människa och kunna delta på egna villkor i samhällsutvecklingen. Insatsen pågick under 2016–2017 med Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor som ansvarig

Prop. 2017/18:249 aktör. Från och med 2018 är Socialstyrelsen ansvarig och insatsen har utökats med lovstöd och simskolestöd.

Svenska från dag ett

Folkbildningsrådet fördelar statsbidrag för svenska från dag ett till folkhögskolor och studieförbund. Utbildningsinsatserna för asylsökande sker via folkbildningens aktörer (folkhögskolor och studieförbund). Tiden under asylprocessen utnyttjas för undervisning i svenska samt samhällsorientering vilket främjar arbetsmarknadsetableringen samt ger mening i tillvaron under tiden för asylprövning. Perioden för insatsen är 2015–2020.

Strategi för unga som varken arbetar eller studerar

De unga som står längst ifrån arbetsmarknaden och studier har oerhört mycket svårare att etablera sig som vuxna samt har ofta sämre välmående än befolkningen i övrigt vilket både är en orsak till och en konsekvens av att stå långt från arbete och studier. Inom strategin finns uppdrag till bl.a. Statistiska centralbyrån, Statens skolverk, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor och Folkbildningsrådet samt bidrag till kommuner och samordningsförbund under tidsperioden 2016–2018.

Statlig samordnare för unga som varken arbetar eller studerar

Ansvaret för unga som varken arbetar eller studerar är fördelat på många aktörer, däribland kommun, landsting och myndigheter. Regeringen har tillsatt en utredning under 2015–2018 som haft i uppdrag att främja samverkan mellan dessa aktörer och att ge förslag på framtida strukturer. Samordnaren lämnade sitt slutbetänkande Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar (SOU 2018:11) den 28 februari 2018.

7.3 Målområde 3: Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Regeringens bedömning: Arbete och god arbetsmiljö är centrala områden för att uppnå jämlik hälsa. Människor som arbetar har i regel bättre hälsa än de som saknar ett arbete eller sysselsättning. Arbetsmarknaden i Sverige är tudelad, personer med låg utbildning, personer med funktionsnedsättning och utrikes födda har markant lägre chans att få ett arbete. Gynnsamma arbetsförhållanden stärker personlig utveckling, hälsa och välbefinnande, medan ogynnsamma arbetsförhållanden ökar risken för ohälsa. Personer i arbetaryrken har generellt en sämre arbetsmiljö. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö bör därför utgöra ett särskilt målområde.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom förslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: Det finns en omfattande forskning som belyser sambanden mellan arbete och arbetslöshet och hälsa. Arbetslöshet ökar risk för hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk ohälsa, ohälsosamma levnadsvanor och dödlighet. Människor som arbetar har i regel bättre hälsa än de som inte arbetar, men det beror inte alltid på att arbete i sig är hälsosamt. Att arbeta förutsätter en rimligt god hälsa och de som har sämre hälsa kan inte alltid få ett arbete. En vanligt förekommande invändning mot sambandet är därför att det finns en hälsoselektion, där människor med någon form av ohälsa har svårare att få arbete eller lättare att bli arbetslösa. Även med hänsyn tagen till sådan selektion kvarstår arbetslösheten som bestämningsfaktor till ökad ohälsa och för tidig död. Det finns långsiktigt negativa hälsoeffekter av att förlora jobbet. Individer som förlorat arbetet i en företagsnedläggning har, vid sidan av långsiktigt lägre inkomster, högre arbetslöshetsrisk, högre risk att dö i förtid och högre risk att vårdas på sjukhus för alkoholrelaterade sjukdomar. Även barns hälsa påverkas av om föräldrarna har ett arbete eller inte. Barn med arbetslösa föräldrar löper i genomsnitt 17 procents större risk att skrivas in på sjukhus än andra barn. Att ha ett arbete innebär emellertid givetvis inte att risken för att drabbas av ohälsa försvinner. Arbetet kan ge struktur åt tillvaron, bidra till personlig utveckling och vara hälsofrämjande, men det kan också vara försämrande och bidra till ohälsa om man utsätts för dåliga arbetsförhållanden. Mot denna bakgrund är en god arbetsmiljö en förutsättning för relationen arbete och god hälsa. Det finns stöd för att ogynnsamma fysiska, kemiska och psykosociala arbetsförhållanden bidrar substantiellt till sambanden mellan social position och ohälsa. Förutom faktorer relaterade till arbetsmiljön påverkar anställningsformer och möjligheter att skapa balans mellan arbetsliv och hem- och familjearbete individers hälsa. Det finns ett omfattande stöd från forskning som visar att psykosociala faktorer som arbetskrav, inflytande och socialt stöd har ett samband med flera olika hälsoutfall. Andra viktiga psykosociala faktorer som är avgörande för arbetsrelaterad ohälsa är anställningsosäkerhet, brist på balans mellan ansträngning och belöning, långa arbetstider och skiftarbete med arbete på natten som riskfaktorer för både psykisk och kroppslig. Fysikaliska riskfaktorer som fysiskt belastande arbete, vibrationer och buller, samt exponering för luftföroreningar, är vanligt förekommande i många arbetaryrken med risk för funktionsnedsättning och allvarlig kronisk sjukdom. Fysiskt tungt arbete är också svårt att klara i senare delen av arbetslivet, vilket ställer krav på möjlighet till en karriärutveckling/karriärbyte inom dessa yrken. Tillgång till företagshälsovård och i viss mån också systematiskt arbetsmiljöarbete uppvisar en gradient med ställning på arbetsmarknaden (socioekonomiskt index) så att den är lägst för arbetare och högst för tjänstemän på mellannivå och hög nivå. Tillgången till företagshälsovård är systematiskt också lägre för kvinnor än för män.

För att bilda sig en uppfattning om arbetslöshetens omfattning måste man sätta den i relation till arbetskraften. Arbetskraft definieras som de som arbetar och de som strävar efter att arbeta. De som arbetar definieras i statistiken som sysselsatta och de som söker arbete eller väntar på ett arbete som snart ska påbörjas är arbetslösa. I gruppen arbetslösa ingår även heltidsstuderande som aktivt söker arbete. Arbetskraftstalet, dvs. arbetskraftens andel av befolkningen (15–74 år), var 72 procent år 2015. För männen var arbetskraftstalet 74 procent och för kvinnor cirka 70 procent. Sysselsättningsgraden, andelen sysselsatta av befolkningen 15–74 år, uppgick år 2015 till cirka 67 procent, 69 procent bland män och cirka 64 procent bland kvinnor. Bland utrikes födda uppgick sysselsättningsgraden till cirka 60 procent medan den för inrikes födda var cirka 68 procent. Bland personer med funktionsnedsättning i åldrarna 16–64 var sysselsättningsgraden 62 procent, och bland personer med nedsatt arbetsförmåga 54 procent. Under 2015 var arbetslösheten i genomsnitt sju procent för personer i åldern 15–74 år, åtta procent bland männen och sju procent bland kvinnorna. Arbetslösheten bland utrikes födda uppgick år 2015 till 16 procent och bland inrikes födda fem procent. Kvinnor har lägre sysselsättningsgrad än män men samtidigt även något lägre arbetslöshet. En aspekt värd att lyfta i det sammanhanget är att Sverige än i dag präglas av en icke jämställd arbetsfördelning mellan könen. Exempelvis tar kvinnor ut betydligt mer föräldraledighet än män (75 procent av ledigheten). De tar också ut mer ledighet för tillfällig vård av barn. Kvinnor utför generellt sett mer obetalt arbete. Kvinnor som grupp utför mer hem- och omsorgsarbete än män. Deltidsarbete är vanligare bland kvinnor, delvis på grund av mer omfattande omsorgsansvar, men också i hög utsträckning på grund av ofrivillig deltid, vilket genererar en annan problematik med lägre lön och lägre pensioner. Vilka är det då som är arbetslösa? Flera expertmyndigheter är överens om att det de senaste decennierna har skett förändringar på svensk arbetsmarknad som har inneburit att arbetskraftens sammansättning har förändrats. Den demografiska förändringen har bidragit till att grupper med svagare anknytning till arbetsmarknaden har ökat som andel av den arbetsföra befolkningen. Personer med låg utbildning och utrikes födda har markant lägre chans att få ett arbete. Arbetsförmedlingen definierar fyra grupper som är mer utsatta på arbetsmarknaden. Det rör sig om personer som: 1) saknar gymnasieutbildning, 2) är födda utanför Europa, 3) har en funktionsnedsättning som innebär nedsatt arbetsförmåga och 4) äldre (55–64 år). I dessa grupper är arbetslösheten betydligt högre än i andra grupper, drygt 70 procent av de inskrivna på Arbetsförmedlingen återfinns i dessa utsatta grupper.

Den arbetsrelaterade ohälsan

Det finns flera sätt att beskriva den arbetsrelaterade ohälsan. Ett sätt är genom Arbetsmiljöverkets regelbundna analyser om arbetsmiljöfaktorer och arbetsorsakade besvär. Av dessa, bl.a. den senaste undersökningen från 2014, framgår att olika yrkesgrupper har olika typer av besvär. Lärare, framför allt i grundskolan och läraryrken som kräver kortare högskoleutbildning, är de yrkesgrupper som i störst utsträckning har besvär

av stress och andra psykiska påfrestningar. Detta gäller både bland kvinnor och män. Bland anställda inom hantverksarbete, byggverksamhet och tillverkning är besvär på grund av påfrestande arbetsställningar vanligt förekommande. Det har skett en viss ökning av arbetssjukdomar de senaste åren. Ökningen är större för kvinnor än för män och den vanligaste orsaken till besvären är stress eller andra psykiska påfrestningar. Var fjärde sysselsatt person upplever besvär till följd av arbetet. Omkring 27 procent av kvinnorna och 20 procent av männen hade kroppsliga och/eller andra besvär. Det är en betydande ökning sedan 2012 framför allt bland kvinnor. Det är främst andra besvär än kroppsliga som ökat mellan 2013 och 2014, för både kvinnor och män. Mellan dessa år ökade stress och andra psykiska besvär med nästan 40 procent. För kvinnor är det den högsta uppmätta nivån hittills sedan mätningarna startade 1991. Arbetssjukdomar kopplade till psykisk ohälsa är nu den vanligaste orsaken till anmäld arbetssjukdom. Tidigare var belastningsfaktorer vanligast. Belastningsfaktorer är fortfarande den vanligaste orsaken till arbetssjukdomar för män. En viktig förklaring är att kvinnor och män i stor utsträckning återfinns i olika yrken och jobbar i olika sektorer på arbetsmarknaden. Enligt Arbetsmiljöverket är den viktigaste förklaringen till att kvinnor i högre utsträckning än män drabbas av arbetssjukdomar att det könsmonster som finns i samhället även återspeglas i arbetslivet. Att kvinnors arbeten värderas lägre innebär att deras arbetsmiljörisker inte synliggörs och därför inte åtgärdas i tillräckligt hög grad. En annan möjlig förklarande faktor är att tillgången till företagshälsovård har minskat under det senaste decenniet, särskilt inom arbetaryrken, och att en könsskillnad med lägre tillgång till företagshälsovård inom kvinnligt dominerade branscher har tillkommit. Arbetsolyckor med dödlig utgång har stadigt minskat i Sverige. Under perioden 2005–2014 har arbetsolyckor sjunkit med 40 procent, från 68 till 41 stycken per år. De mest riskutsatta branschgrupperna är mansdominerad byggverksamhet, jord och skog, tillverkning samt transport och magasinering. Andelen godkända arbetsskador (beslut om ersättning från arbetsskadeförsäkringen) är högre för män än för kvinnor. Män får oftare sina ansökningar om ersättning godkända än kvinnor, fyra av tio män men bara drygt två av tio kvinnor får sina anmälda arbetsskador godkända, trots att kvinnor står för cirka två tredjedelar av sjukfrånvaron. En trolig förklaring är att det finns mindre forskning om kvinnors arbetsmiljöer än det finns om traditionellt mansdominerade sektorer.

7.3.1 Inriktning på arbete inom målområdet Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö som främjar god och jämlik hälsa

Regeringens bedömning: Sysselsättning och ekonomisk trygghet är viktigt för hälsan, och för de allra flesta är arbete den primära källan till inkomster. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör människor ges möjligheter till sysselsättning och därmed möjligheter att agera och generera resurser. Det handlar om att öka sysselsättningsgraden och minska arbetslösheten, att göra det lättare att byta arbete vid behov, en god arbetsmiljö och ett hållbart arbetsliv över

hela arbetsmarknaden för den som redan har ett arbete. Centralt för arbete för en god och jämlik hälsa är att:

- stärka humankapitalet, genom utbildningssatsningar, för personer som saknar gymnasieutbildning,
- motverka diskriminering och minska inträdeshinder för att underlätta för särskilt utsatta grupper att ta sig in på arbetsmarknaden.

För att åstadkomma förbättringar för de breda grupper som redan är på arbetsmarknaden krävs en sammanhållen arbetsmiljöpolitik med en god kompetensförsörjning, men också möjligheter till arbetsbyte inom och utanför pågående anställning och kunskap om arbete och hälsa i rehabiliteringskedjorna. Det är viktigt med kunskapsförmedling, forskning, utveckling och utbildning för att i större utsträckning nyttiggöra befintlig kunskap.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: Arbetslöshet påverkar människors hälsa negativt. Det finns ett positivt samband mellan att ha ett arbete och en god hälsa. Sambandet förutsätter emellertid gynnsamma arbetsförhållanden då ogynnsamma arbetsförhållanden ökar risken för ohälsa. Detta innebär att arbetslivet bidrar till ojämlikhet i hälsa på två sätt, för det första genom att arbetslösheten är ojämlikt fördelad och för det andra genom att det bland dem som har arbete finns skillnader mellan olika grupper i vilken utsträckning som arbetet har goda arbetsförhållanden. För att uppnå goda förhållanden över hela arbetsmarknaden behöver befintlig kunskap kunna nyttiggöras. Med ett snabbt föränderligt och förlängt arbetsliv ökar kraven på flexibla lösningar när det befintliga arbetet inte kommer fungera på längre sikt. Genom att ha ett gott arbete stärks människors egna möjligheter att agera och generera resurser som är positiva för hälsan, dessutom gynnar det produktiviteten.

7.3.2 Insatser

Folkhälsoarbetet är inriktat på hälsans bestämningsfaktorer dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar hälsan. Folkhälsoarbete innebär systematiska insatser för att förbättra människors livsvillkor och uppnå god och jämlikt fördelad hälsa. Nedan presenteras ett urval av regeringens genomförda och pågående insatser som kan främja hälsa eller förebygga ohälsa inom målområdet.

Arbetsmarknadspolitiska insatser

Regeringen har under mandatperioden genomfört reformer som ska bidra till en väl fungerande arbetsmarknad för att därmed bidra till regeringens mål för den ekonomiska politiken om att antalet personer som arbetar och antalet arbetade timmar i ekonomin ska öka så att Sverige når målet om lägst arbetslöshet i EU 2020. Exempel på reformer är höjningen av

taket i arbetslöshetsförsäkringen, 90-dagarsgarantin för unga, extratjänster, effektiviseringar av etableringsuppdraget för vissa nyanlända, ökad samverkan mellan Arbetsförmedlingen och kommunerna samt förbättringar och förenklingar av de subventionerade anställningarna.

Ny myndighet för arbetsmiljökunskap

För att stärka det nationella och internationella arbetsmiljöarbetet har regeringen beslutat att inrätta en ny myndighet för arbetsmiljökunskap som inleder sin verksamhet den 1 juni 2018. Myndigheten får i uppdrag att sammanställa och tillgängliggöra kunskap om arbetsmiljö samt kommunicera denna på ett målgruppsanpassat sätt. Syftet är att stödja det praktiska arbetsmiljöarbetet på arbetsplatserna. Myndigheten ska även utvärdera och analysera arbetsmiljöpolitiken och stödja regeringen i det internationella arbetsmiljöarbetet. Vidare ska myndigheten arbeta med frågor som rör företagshälsovård.

Kompletterande utbildning

Regeringen har sedan 2016 gett flera lärosäten i uppdrag att bygga upp nya kompletterande utbildningar för personer med avslutad utländsk utbildning till apotekare, arkitekt, barnmorska, biomedicinsk analytiker, ekonom, fysioterapeut, ingenjör, psykolog, sjuksköterska, socionom och systemvetare. Satsningen syftar till att fler ska kunna komplettera sin utländska utbildning i Sverige och etablera sig på svensk arbetsmarknad.

Ändring i uppdragsutbildningsförordningen

Ändringen har gjort det möjligt för privata aktörer, till exempel företag, stiftelser och fackföreningar, att köpa uppdragsutbildning av högskolan av arbetsmarknadsskäl för personer som inte är anställda hos dem. Det gör det lättare att ge människor som har förlorat eller riskerar att förlora jobbet en snabbare väg tillbaka till arbetslivet.

En arbetsmiljöstrategi för det moderna arbetslivet 2016–2020

Arbetsmiljöpolitik ska bidra till en arbetsmiljö som förebygger ohälsa och olycksfall och motverka att människor utestängs från arbetslivet. Regeringens arbetsmiljöstrategi utgår från det moderna arbetslivets utmaningar och möjligheter och pekar ut en riktning för arbetet under de närmaste fem åren. Strategin har utformats kring tre prioriterade områden: nollvision mot dödsolyckor och förebyggande av arbetsolyckor, ett hållbart arbetsliv samt psykosocial arbetsmiljö.

Tioårigt nationellt forskningsprogram om arbetslivsforskning

Regeringen har gett Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) i uppdrag att inrätta ett tioårigt nationellt forskningsprogram om arbetslivsforskning. Inriktningen på programmet är brett och ska stärka alla aspekter av arbetslivsforskning, för att svara mot de många utmaningar som finns inom arbetslivet. Forskningssatsningen ska bland annat bidra till fördjupad kunskap för att uppnå ett hälsosamt och hållbart arbetsliv, till kunskap om olika typer av sätt att organisera arbete samt till kunskap om hur arbetsmarknaden fungerar, exempelvis inkludering och

Prop. 2017/18:249 etablering på arbetsmarknaden. I uppdraget ingår att ta fram en koordinerande och strategisk forskningsagenda. Satsningen omfattar en successiv ökning av Fortes anslag med 60 miljoner kronor per år till och med 2019.

7.4 Målområde 4 Inkomster och försörjningsmöjligheter

Regeringens bedömning: Inkomster och försörjningsmöjligheter är ett centralt område för att uppnå jämlik hälsa och en av de viktigaste faktorerna för skillnader i hälsa. Ju högre inkomsterna är, åtminstone i de lägre inkomstskikten, desto friskare är individen och desto längre är den förväntade livslängden. Inkomster och försörjningsmöjligheter bör därför utgöra ett särskilt målområde.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: Låg inkomst är förknippat med en rad olika sociala förhållanden som gör individen mer sårbar och utsatt för hälsorisker. Inkomsternas fördelning i befolkningen är därför en av de viktigaste bestämningsfaktorerna för ojämlikhet i hälsa. Människor med låga inkomster lever inte lika länge som dem med höga inkomster och dessutom påverkas livslängden av yrkesposition – om man har ett arbetar- eller tjänstemannayrke. Inkomster är därför en viktig faktor för den sociala gradienten för hälsa som inledningsvis beskrivs i denna proposition. I de högre inkomstskikten uppnås inte samma hälsovinst av en ytterligare inkomstökning som i lägre inkomstskikt. Även inkomstskillnaderna, omfattningen av inkomstspridning, på aggregerad nivå påverkar folkhälsan enligt vissa studier, dvs. samhällen med stora inkomstskillnader har i regel sämre folkhälsa. Ekonomiska och sociala samband av detta slag är emellertid komplexa och det finns vissa invändningar mot kausaliteten. I de högre inkomstskikten finns inte något tydligt samband mellan inkomster och hälsa, däremot bland de lägre inkomstskikten. Sambandet mellan inkomster och hälsa kan förmedlas via en mängd faktorer som successivt ackumuleras i en kausal kedja: från uppväxtvillkor och utbildningsnivå till position på arbetsmarknaden, arbetsvillkor och inkomster. I denna kedja kan också beteende med relevans för uppkomst av hälsoproblem (rökning, övervikt m.m.) samt hanteringen av dem (benägenheten att söka medicinsk hjälp eller bekosta medicin och behandling) ingå. Sambandet mellan inkomster och hälsa kan betraktas som kausalt.

Inkomstfördelningen i Sverige

I de flesta OECD-länder utjämnades den ekonomiska standarden i befolkningen fram till 1980-talet men därefter har skillnaderna ökat, även i Sverige (OECD 2015). Ett sätt att mäta inkomstskillnaderna inom ett

land är genom den s.k. Gini-koefficienten.¹⁸ Gini-koefficienten presenteras för olika inkomstmått. Vanligast är emellertid disponibel inkomst efter skatter och transfereringar. Måttet används framför allt för att jämföra länder med varandra. I Sverige ökade inkomstspridningen enligt Gini-koefficienten fram till 2006 men ökningen har därefter avstannat. Avståndet mellan den tiondel av hushållen som har högst respektive lägst inkomster i Sverige har ökat från 2,1 gånger 1995 till 2,9 år 2013. Trots ökad inkomstspridning har Sverige fortfarande en jämn inkomstfördelning jämfört med övriga EU-länder.

Ett mått för att beskriva individens ekonomiska standard och utrymme för konsumtion och sparande är justerad disponibel inkomst per konsumtionsenhet¹⁹. Räknat i fasta priser har den disponibla medianinkomsten stigit de senaste decennierna. Under perioden 1995–2013 har de tio procent med högst justerad disponibel inkomst haft en årlig ökning på 4,3 procent medan de tio procent med lägst inkomster haft en årlig ökning på 1,9 procent. ”Medelklassen”, räknat som hushåll i decilgrupperna 4–7²⁰, har under samma period haft en årlig ökning av den justerade disponibla inkomsten på 2,5 procent. Eftersom inkomstökningarna har varit lägre i den nedre delen av inkomstfördelningen har andelen med inkomster under gränsen för relativ fattigdom (ekonomisk standard som är under 60 procent av medianvärdet för samtliga) ökat. Den relativa fattigdomen²¹ nästan fördubblades mellan 1995 och 2013, från 7,3 till 14,1 procent. Däremot föll den absoluta fattigdomen²² trendmässigt mellan 1995 och 2007. Därefter ökade den svagt under finanskrisåren, för att från och med år 2010 återigen minska. Inkomstskillnaderna präglas även av tydliga könsskillnader. Inte minst på arbetsmarknaden är detta tydligt. Kvinnor har genomgående lägre lön (och därmed även lägre pension och andra sociala förmåner baserade på inkomstnivå) än män. År 2014 var löneskillnaden mellan män och kvinnor 13,2 procent. Om man i beräkningen tar hänsyn till ålder, yrke, utbildning och sektor mellan kvinnor och män, återstår en ”oförklarad” skillnad på 5 procent. Ytterligare en aspekt som påverkar kvinnors inkomst är att kvinnor i mycket högre grad än män arbetar deltid. År 2014 arbetade

¹⁸ Gini-koefficienten är det vanligaste nyckeltalet som beskriver inkomstskillnader. Ju högre värde Gini-koefficienten får desto ojämnare är inkomsterna fördelade. Gini-koefficientens högsta möjliga värde är ett. Då får inkomsttagaren med de största inkomsterna alla inkomster. Gini-koefficientens lägsta möjliga värde är 0, då inkomsterna för alla inkomsttagare är lika stora.

¹⁹ Disponibel inkomst är summan av alla skattepliktiga inkomster (löner, inkomst från näringsverksamhet och bidrag) och skattefria bidrag, minus skatt och övriga negativa transfereringar. Samtliga hushållets inkomster ingår i disponibel inkomst, även barnets. Kapitalvinster ingår ej.

²⁰ Decilgrupper är ett begrepp som används bland annat när det gäller fördelningen av disponibel inkomst. Den första decilgruppen består av de individer som ligger under den 10:e percentilen i disponibel inkomst. Den andra decilgruppen består av dem som ligger mellan 10:e och 20:e percentilen, och så vidare. Den tionde decilgruppen är den högsta och består av dem som ligger över 90:e percentilen.

²¹ EU:s definition av relativ fattigdom innebär att en person har en inkomst efter skatt som underskrider 60 procent av landets medianinkomst.

²² Det finns olika sätt att definiera absolut fattigdom. I detta fall uppgår gränsen till 66 705 kr per år i 1995 års penningvärde.

Prop. 2017/18:249 30 procent av alla sysselsatta kvinnor i åldern 20–64 år deltid. Motsvarande siffra för män var 11 procent. Särskilt vanligt är deltidarbete i kvinnodominerade branscher som offentliga välfärdstjänster och inom hotell- och restaurangnäringen. Deltidsarbete är vanligast bland kvinnor i arbetaryrken. Varannan kvinna med arbetaryrke arbetar deltid, att jämföras med drygt 25 procent av kvinnorna med tjänstemannayrke. Den vanligaste orsaken till att kvinnor arbetar deltid är att lämpligt heltidsarbete saknas eller att de vill arbeta fler timmar utan att hitta en lämplig anställning.

7.4.1 Inriktning på arbete inom målområdet Inkomster och försörjningsmöjligheter som främjar god och jämlik hälsa

Regeringens bedömning: Människors ekonomiska och sociala trygghet är viktiga för hälsan. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet inriktas på att stärka människors egna möjligheter till sysselsättning och därmed möjligheter att agera och generera ekonomiska resurser men också på att stödja människor när deras egna ekonomiska resurser inte räcker till. Centralt för arbete för en god och jämlik hälsa är att:

- uppmärksamma grupper i särskilt utsatta situationer med knappa ekonomiska marginaler.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: Ekonomisk utsatthet påverkar människors hälsa negativt. Jämlik hälsa handlar ytterst om mer jämlika livsvillkor mellan olika socioekonomiska grupper. I första hand handlar det därför om att stärka människors egna möjligheter att agera och generera ekonomiska resurser, i andra hand att stödja människor när deras egna resurser inte räcker till. Genom trygga inkomst- och försörjningsmöjligheter stärks människors egna möjligheter att agera och generera resurser som är positiva för hälsan.

7.4.2 Insatser

Folkhälsoarbetet är inriktat på hälsans bestämningsfaktorer dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar hälsan. Folkhälsoarbete innebär systematiska insatser för att förbättra människors livsvillkor och uppnå god och jämlikt fördelad hälsa. Nedan presenteras ett urval av regeringens genomförda och pågående insatser som kan främja hälsa eller förebygga ohälsa inom målområdet.

Regional tillväxt

Tillväxtverket har under perioden 2016–2018 fått i uppdrag att prioritera jämställd regional tillväxt, vilket bl.a. innebär finansiering och stöttning i arbetet med att främja jämställdhet och att komma till rätta med andra maktstrukturer som kan missgynna vissa grupper. Syftet med uppdraget är att bidra till att uppnå målen för jämställdhet i det regionala tillväxtarbetet – att kvinnor och män ska ha samma förutsättningar att nå inflytande i det regionala tillväxtarbetet och få tillgång till tillväxtresurser.

Tillväxtverket har även fått i uppdrag att under perioden 2013–2017 stärka regionala kompetensplattformar. Ca 60 miljoner kronor har fördelats till aktörer med regionalt utvecklingsansvar för insatser som förstärker och vidareutvecklar de regionala kompetensutvecklingsplattformarna. Satsningen har även jämställdhet och integration som utgångspunkt. I budgetpropositionen för 2018 föreslås en satsning på förbättrad matchning på arbetsmarknaden via stärkt integrationsperspektiv i det regionala kompetensförsörjningsarbetet. För satsningen föreslås 7 miljoner kronor 2018, och för 2019 och 2020 beräknas 12,5 miljoner.

Ekonomisk familjepolitik

Flera bidrag inom familjepolitiken har ökat de senaste åren, vilka syftar till att stärka ekonomin för barnhushåll med låga inkomster samt öka jämställdheten avseende det obetalda hem- och omsorgsarbetet. Från den 1 januari 2016 höjdes grundnivån i föräldrapenningen från 225 till 250 kr/dag och antalet reserverade dagar ökades från 60 till 90 dagar per förälder för barn födda den 1 januari 2016 eller senare.

Dessutom fick Försäkringskassan ett utökat uppdrag från 1 april 2016, som syftar till att ge särlevande föräldrar information och stöd om underhållsbidrag. Samtidigt infördes en ny indragningsbestämmelse inom underhållsstödet (prop. 2014/15:145). Syftet med reformen är att öka incitamenten för föräldrar att, när förutsättningar för det finns, reglera underhållsskyldigheten utanför underhållsstödet. Om underhållsskyldigheten regleras civilrättsligt, kan barn som lever i hushåll med låg ekonomisk standard komma att få ett högre underhåll.

Regeringen satsar på att stärka barnfamiljernas ekonomi

Den 1 mars 2018 höjdes barnbidraget till 1 250 kronor per barn och månad från tidigare 1 050 kronor per barn och månad. Med satsningen vill regeringen öka jämlikheten och underlätta den ekonomiska situationen för Sveriges barnfamiljer. Höjningen omfattar även så kallat förlängt barnbidrag. Den 1 januari 2017 höjdes flerbarnstillägget för tredje barnet. Barnfamiljer med många barn utgör en förhållandevis stor andel av hushållen med låg ekonomisk standard. Att höja flerbarnstillägget är ett träffsäkert sätt att förbättra dessa hushålls ekonomiska situation.

Vidare har inkomstgränsen för bostadsbidrag som lämnas till barnfamiljer höjts från 1 januari 2017. Inkomstgränserna hade varit oförändrade sedan 1997.

Den 1 mars 2018 infördes ett nytt särskilt bidrag inom bostadsbidraget för barn som bor växelvis, jämte särskilt bidrag för hemmavarande barn och umgängesbarn. Syftet är att stödja ekonomiskt utsatta familjer och ge

Prop. 2017/18:249 föräldrar bättre förutsättningar att ta ett gemensamt ansvar för barnet och dess försörjning.

Begränsning av rätten till föräldrapenning

Från 1 juli 2017 har begränsning av rätten till föräldrapenning för föräldrar som kommer till Sverige med barn anpassats efter barnets ålder. Syftet med begränsningsregeln är att åtgärda överkompensationen av föräldrapenningdagar för föräldrar som kommer till Sverige med barn och att minska de negativa konsekvenserna som en långvarig frånvaro kan innebära för möjligheten att etablera sig på arbetsmarknaden och i andra delar av samhället.

Förändrat stöd till barn med funktionsnedsättning

Den 15 mars 2018 beslutade regeringen om propositionen Reformerade stöd till personer med funktionsnedsättning (prop. 2017/18:190). Nuvarande regelverk behöver anpassas till mer moderna familjeförhållanden och de behov som barn med funktionsnedsättning har. Propositionen innehåller förslag för att åstadkomma ett mer sammanhållet och ändamålsenligt system för bl.a. ersättning för merkostnader och omvårdnad av barn med funktionsnedsättning.

Nytt ålders differentierat underhållsstöd

I mars 2018 överlämnade regeringen en proposition till riksdagen med förslag på att underhållsstödet höjs med 150 kronor per månad för barn som är 11–14 år och med 350 kronor per månad för barn som har fyllt 15 år. Regeringen föreslår att ändringen om att höja underhållsstödet för barn som är 15 år eller äldre träder i kraft 1 augusti 2018 och tillämpas från september 2018, och att ändringen om att höja underhållsstödet för barn som är 11–14 år träder i kraft 1 januari 2019 och tillämpas från februari 2019.

Överskudsättning

Studier visar att det finns en tydlig koppling mellan överskudsättning och hälsoproblematik. Överskudsättning drabbar framför allt ekonomiskt svaga grupper. Regeringen presenterade den 1 januari 2016 en strategi mot skuldsättning som syftar till att motverka att enskilda får ekonomiska problem och hjälpa dem som har problem med skulder att förbättra sin ekonomiska situation. Strategin omfattar en rad förebyggande, stödjande och rehabiliterande åtgärder, såsom uppdrag till Konsumentverket att ta fram rekommendationer om budget- och skuldrådgivning och att verka för en fördjupad samverkan mot överskudsättning, åtgärder som rör s.k. högkostnadskrediter, förbättrad hantering av skulder till det allmänna och en ny skuldsaneringslag.

Ändringar bl.a. i socialförsäkringsbalken och lagen om mottagande av asylsökande

Den 1 augusti 2017 trädde lagändringar i kraft som syftar till att förhindra att personer vars tidsbegränsade uppehållstillstånd löper ut förlorar viktiga delar av sin försörjning, t.ex. bosättningsbaserade förmåner

eller studiestöd, om det skulle uppstå ett glapp innan ansökan om ett fortsatt uppehållstillstånd har prövats. Prop. 2017/18:249

Framtidsfullmakter – en ny form av ställföreträdarskap för vuxna

Många människor drabbas förr eller senare av sjukdom eller nedsatt hälsotillstånd som medför svårigheter för dem att ta hand om sig själv och sin ekonomi. Med allt fler äldre i befolkningen ökar behovet av hjälp. Insatsen ger fler möjlighet att själva utse någon att sköta t.ex. ekonomin. Framtidsfullmakter ger enskilda en möjlighet att utse någon som kan ha hand om deras personliga och ekonomiska angelägenheter om de senare i livet inte själva kan det. Den nya lagen om framtidsfullmakter trädde i kraft den 1 juli 2017.

7.5 Målområde 5: Boende och närmiljö

Regeringens bedömning: Boende och närmiljö är ett centralt område för att uppnå jämlik hälsa. Bostaden är en viktig plats för återhämtning, vila och rekreation. En sund, trygg och trivsamt boendemiljö är också ett grundläggande mänskligt behov och den som inte har rimligt goda boendeförhållanden har svårt att klara övriga delar av livet, såsom t.ex. utbildning och arbete, som i sin tur har stor betydelse för hälsan. Att känna sig trygg i sitt boende har också stor betydelse för viljan och lusten att vistas utomhus i närområdet. Låg socioekonomisk position samvarierar med hög exponering för olika riskfaktorer i boende och närmiljön, och genom detta ökar risken för ohälsa, sjukdom och en ojämlig hälsa. Boende och närmiljö bör därför utgöra ett särskilt målområde.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: Ett bostadsområde har fysiska och sociala egenskaper som både kan orsaka ohälsa och verka hälsofrämjande. Till de fysiska egenskaperna räknas bland annat luftkvalitet i och utanför bostaden, bullerstörning från trafik och grannar, tillgång till naturvärden nära bostaden samt kultur och service. De sociala egenskaperna kan vara de boendes tillit till varandra och deras sociala deltagande, grad av social integration samt normer och värderingar samt möjligheter att påverka sin situation och sitt närområde. Hur städer och bostadsområden är utformade påverkar därför hur man arbetar, lever, umgås och förflyttar sig, vilket i sin tur påverkar människors hälsa. Sverige har genom internationella åtaganden om mänskliga rättigheter förbundit sig att förverkliga människors rätt till bostad. Enligt lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar ska varje kommun skapa förutsättningar för att alla i kommunen ska kunna leva i goda bostäder. I dag råder emellertid en brist på bostäder. Av landets 290 kommuner bedömer 255 att det är underskott på bostäder på marknaden

Prop. 2017/18:249 enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2017. Det är en ökning med 72 kommuner på två år. Situationen är särskilt ansträngd för grupper som är nya på bostadsmarknaden, såsom unga och nyanlända, men även för äldre som vill flytta till en mer tillgänglig bostad. Ungdomars svårigheter på bostadsmarknaden har förvärrats ytterligare, med 250 kommuner som uppger att det råder underskott på bostäder för denna grupp jämfört med 219 kommuner 2015. Tillgången på bostäder för dem som är nya på bostadsmarknaden och andra grupper i särskilt utsatta situationer t.ex. de som saknar anställning, har låga inkomster, skulder, missbruksproblem och psykisk ohälsa, spelar roll för dessa gruppers förutsättningar att kunna etablera sig på bostadsmarknaden. Med den bostadsbrist som nu råder pågår en segregationsprocess som främst påverkar storstäderna. Polariseringen mellan stadsdelar ökar då stadsdelar och bostadsområden har blivit allt mer socialt homogena, vilket leder till ökade sociala skillnader mellan olika delar av staden. Begrepp såsom ”svaga” eller ”marginaliserade” bostadsområden används för socioekonomiskt utsatta områden. De som lever i dessa områden tenderar att ha en sämre hälsa. Det har sedan 1985 skett en ökning av andelen invånare i de här områdena som upplever sig ha ett dåligt hälsotillstånd, medan andelen minskat något i övriga områden. Områden med socioekonomiska utmaningar karaktäriseras av hög arbetslöshet, låga inkomster, höga ohälsotal och ett bidragsberoende.

Boendesegregationen tenderar att resultera i att de mest resurssvaga hushållen koncentreras till de minst attraktiva bostadsområdena, där de inte sällan får en sämre samhällsservice än invånare i andra delar av staden. Med hjälp av samhällsplanering kan man skapa förutsättningar för integration och motverka segregationen. Genom en diversifierad lägenhetsfördelning, blandade upplåtelseformer och goda mötesplatser kan man åstadkomma miljöer som uppmuntrar till social interaktion. Även genom att överbrygga barriärer och gränser i den byggda strukturen kan man också åstadkomma bättre kontakter mellan olika delar av staden, och genom väl utbyggda och ekonomiskt tillgängliga kollektiva kommunikationer skapas också bättre kontaktmöjligheter.

Människors hälsa och levnadsväl påverkas av den sociala sfär de befinner sig i. Sociala kontakter, social kontroll och tillit kan möjliggöras (och förhindras) beroende på bostadsområdets utformning. Samhällsplaneringen kan också skapa miljöer som underlättar hälsosamma levnadsvanor. Fysisk aktivitet, lek och rörelse som är bra för hälsan främjas till exempel genom att skapa och bevara parker och grönområden men också genom tillgång till idrottsanläggningar, gång- och cykelvägar.

Naturvärden inom gångavstånd från bostaden (inom cirka 300 m) förefaller vara en särskilt skyddande faktor för hälsan. Trivseln i bostadsområdet ökar och den skillnad som annars finns i rapporterad trivsel i bostadsområdet mellan boende i eget hus (högre trivsel) och i flerfamiljshus (lägre trivsel) är påtagligt mindre då man har tillgång till sådana värden. Närhet till att skapa, utöva och ta del av kulturverksamheter bidrar till bl.a. delaktighet, social sammanhållning och god hälsa.

Förtätning av städer kan leda till att mängden stadsvegetation som är tillgänglig för allmänheten minskar, vilket ofta berör grupper med sämre socioekonomiska förhållanden mest. Det är emellertid möjligt att förtäta städer på ett sätt som både tar hänsyn till ekosystemtjänster och samtidigt

ökar social trygghet. Grönare stadsdelar antas öka den sociala sammanhållningen och främja sociala interaktioner genom att erbjuda omgivningar där människor kan umgås.

Naturvärden nära bostaden förefaller också vara förknippat med mer vardagsmotion och med en gynnsam effekt på hälsan framför allt för dem som annars har en dålig prognos vad gäller hälsoutveckling. Tillgång till sådana kvaliteter kan vara ett väsentligt instrument för att minska sociala skillnader i hälsa. Andra faktorer i utomhusmiljön som påverkar vår hälsa är luftkvalitet och buller. De främsta inhemska källorna till luftföroreningar utomhus är dieselfordon, dubbdäck och vedeldning, men stor del av luftföroreningar kommer med luftströmmarna från utsläpp orsakade i andra länder. Luftkvaliteten i Sverige har blivit mycket bättre de senaste 20–30 åren men halter av partiklar, kvävedioxid och marknära ozon ligger fortfarande över de nivåer som ger oönskade hälsoeffekter. Sverige har problem att på ett varaktigt sätt klara EU:s gränsvärden och nå miljökvalitetsmålen inom luftområdet. På lokal nivå finns svårigheter att uppfylla miljökvalitetsnormerna. Buller har också stor betydelse för människors hälsa och livskvalitet. Exponering för luftföroreningar och för trafikbuller i bostaden och dess närmiljö har under senare år visats orsaka inte bara störningar och besvär utan också kronisk sjukdom. Detta har setts i såväl internationella som svenska studier, trots att exponeringen i Sverige är lägre än i många andra länder. Exponering för luftföroreningar i den allmänna miljön (huvudsakligen från trafik) har vid de nivåer som förekommer i Sverige t.ex. visats ge en ökad risk för astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hjärtinfarkt, stroke och lungcancer. Nya studier indikerar också ännu bredare effekter med ökning av graviditetskomplikationer, demens och diabetesrisk. Dålig luftkvalitet fortsätter att leda till betydande hälsoproblem och cirka 5 500 förtida dödsfall per år i Sverige. Exponering för trafikbuller medför också en ökad risk för hjärtinfarkt, men även för blodtryckssjukdom, möjligen också för diabetes och stroke. Vägtrafik är en gemensam källa till såväl luftföroreningar som buller och effekterna av exponeringen förefaller adderas till varandra. Det finns studier som talar för en gradient i sårbarhet, t.ex. för luftföroreningar, kopplad till socioekonomiska faktorer. Mekanismerna för detta är inte klarlagda men både förekomst av annan sjuklighet såsom diabetes och t.ex. dietfaktorer kan ha betydelse. På senare tid har trångboddhet uppmärksamats som ett ökat problem särskilt i storstäderna. I Sverige är trångboddheten generellt sett låg i jämförelse med andra länder, men frekvensen varierar mycket med socioekonomiska faktorer (inkomst, födelseland) och drabbar framför allt barnfamiljer. I internationella studier framför allt från USA har man genomgående visat att människor som även i övrigt har en särskilt utsatt situation oftare också har en miljö kring bostaden och närliggande rekreationsområden som innebär fler risker (t.ex. med mer luftföroreningar och buller samt mer social oro och yttre våld) och med färre hälsofrämjande faktorer, man talar om en brist på "environmental equity". I Sverige har denna diskussion varit mindre tydlig men kommit på senare år. Exponeringen för luftföroreningar var för barn i Malmö högre vid bostad och i skola för barn i låginkomstområden jämfört med höginkomstområden, och har t.ex. i Skåne visats vara högre för personer med kort utbildning och som är födda utanför Sverige eller Norden. Det finns emellertid avvikelser

Prop. 2017/18:249 från dessa mönster med en omvänd fördelning t.ex. i Lund. Exponering för trafikbuller följde samma mönster vad gäller utbildning och tillgång till grönområden nära bostaden var i Skåne sämre för personer födda utanför Sverige och med ekonomiska problem, samt boende i hyresrätt.

7.5.1 Inriktning på arbete inom målområdet Boende och närmiljö som främjar god och jämlik hälsa

Regeringens bedömning: Att ha tillgång till en god bostad i ett område som ger samhällseliga förutsättningar för social gemenskap bidrar till trygghet, tillit och en god och jämlik hälsa. Samhällsplaneringen bör motverka segregation och exponering för skadliga miljöfaktorer. Med ett jämlik hälsa-perspektiv inom samhällsplanering kan förändringar åstadkommas som påverkar människors levnadsvillkor och minskar ojämlikhet i hälsa. Centralt för arbete för en god och jämlik hälsa är:

- bostadsområden som är socialt hållbara, dvs. som motverkar boendesegregation och främjar trygghet, tillit och en god och jämlik hälsa,
- boendemiljöer med förbättrad luftkvalitet, minskat trafikbuller och tillgång till grönsstruktur samt tillgång till en god förskole- och skolmiljö.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: Boende och närmiljö omfattas av många komplexa frågor. Den nuvarande situationen med bostadsbrist bidrar sannolikt till att öka ojämlikheten i hälsa snarare än att minska den. Det finns dessutom en potential i att använda stads- och samhällsplanering och fysiska förändringar för att nå sociala mål. Därför är det angeläget att inkludera jämlik hälsa som ett perspektiv i samhällsplaneringen, dvs. att stadsplanering på strategisk och operativ nivå för både stat, region och kommuner tar som en utgångspunkt att främja ekologiska, ekonomiska och sociala mål som leder till en mer jämlik hälsa och därmed hållbar utveckling. Det förutsätter en långsiktigt hållbar bostadspolitik som präglas av ett socialt investeringsperspektiv och involvering av olika samhällssektorer på statlig, regional och kommunal nivå. Dialog och involvering med medborgare är angeläget för att åstadkomma förändring. Kommunerna har med sitt planmonopol möjligheter att bjuda in till processer där civilsamhälle, näringsliv och forskning kan ta del och medverka till långsiktigt hållbara lösningar men det är avgörande att detta sker på ett sätt som inte ökar ojämlikhet.

Folkhälsoarbetet är inriktat på hälsans bestämningsfaktorer dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar hälsan. Folkhälsoarbete innebär systematiska insatser för att förbättra människors livsvillkor och uppnå god och jämlikt fördelad hälsa. Nedan presenteras ett urval av regeringens genomförda och pågående insatser som kan främja hälsa eller förebygga ohälsa inom målområdet.

Stadsmiljöavtal

Regeringens stadsmiljöavtal är en viktig del i arbetet för att minska buller, trängsel, utsläpp av luftföroreningar och växthusgaser i städer genom att främja hållbara stadsmiljöer som förbättrar förutsättningarna för kollektivtrafik, cykling och gång. Stadsmiljöavtalen innebär att kommuner och landsting kan söka statligt stöd för investeringar som gör att en större andel persontransporter i städer kan ske med kollektivtrafik, cykeltrafik eller gångtrafik. Regeringen har utökat stadsmiljöavtalens budget kraftigt, och den uppgår från 2018 till 2029 till 1 miljard kronor per år.

Råd för hållbara städer

För att möta alla de utmaningar som hållbar stadsutveckling innebär har regeringen inrättat ett råd för hållbara städer. Rådet ska verka till 2022 och dess uppgift ska vara att främja samverkan om åtgärder som bidrar till utvecklingen av hållbara städer. Rådet ska redovisa en samlad åtgärdslista av genomförda och planerade åtgärder som främjar en hållbar stadsutveckling senast den 1 juni 2018 och därefter årligen den 1 mars publicera listan på webbplatsen www.hallbarstad.se.

Skatt på kemikalier

Skatt på kemikalier i viss elektronik och indexering av skatt på kemikalier i viss elektronik har införts. Syftet med kemikalieskatten är att minska förekomsten, spridningen och exponeringen av farliga ämnen i människors hemmiljö. Lagen trädde i kraft 1 april 2017 och skatt började tas ut den 1 juli 2017.

Höjning av trängselskatten

Trängselskatten i Stockholm höjdes den 1 januari 2016 och trängselskatt på Essingeleden infördes. Syftet med förändringarna är att förbättra framkomligheten och miljön i Stockholm, men även att bidra till en utbyggnad av tunnelbanan i Stockholm.

Regeringens långsiktiga reformprogram för minskad segregation

I juni 2016 presenterade regeringen ett långsiktigt reformprogram för minskad segregation som syftar till att lyfta socialt utsatta områden och motverka strukturella orsaker till segregation. Åtgärder för att minska och motverka segregation syftar bl.a. till att bidra till att förbättra situationen i socioekonomiskt utsatta områden vilket har en inverkan på folkhälsan. Reformprogrammet pågår från år 2017 till 2025.

Som en del i arbetet med reformprogrammet mot segregation har en ny myndighet inrättats – Delegationen mot segregation. Delegationen mot segregation inledde sin verksamhet den 1 januari 2018 och har bl.a. i uppgift att genom ett sektorsövergripande arbete bidra till att öka de långsiktiga effekterna av insatser för att minska och motverka social och ekonomisk segregation på nationell, regional och lokal nivå.

Under 2018 kommer regeringen att anta en strategi för att utveckla arbetet mot segregation. Därtill inleder regeringen en långsiktig satsning på socioekonomiskt eftersatta kommuner och områden. Med satsningen vill regeringen stärka kommunernas eget arbete för att förbättra förutsättningarna i områden som i dag kännetecknas av stora utmaningar när det gäller t.ex. lågt valdeltagande, hög arbetslöshet, låg utbildningsnivå och låg sysselsättningsgrad. Satsningen omfattar 500 miljoner kronor 2018, 1 500 miljoner kronor 2019 och 2 500 miljoner kronor per år fr.o.m. 2020. I syfte att lyfta socialt utsatta områden och motverka strukturella orsaker till segregation finns dessutom ett statsbidrag till kommuner och landsting för att bl.a. samordna åtgärder för att minska och motverka segregation.

Nytt anslag för bidrag till åtgärder mot radon i bostäder

Förhöjda halter av radon inomhus är en hälsorisk. Om radonhalten sänks i alla bostäder till under 200 Bq/m³, är det möjligt att på sikt undvika ca 200 lungcancerfall varje år. I dag finns ca 200 000 småhus i Sverige i behov av radonsanering. Förordningen är ännu under beredning och planeras genomföras under tidsperioden 2018–2021.

Forskning för en social bostadspolitik

Forskning för en social bostadspolitik aviserades i propositionen Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50) och pågår under perioden 2018–2028. Att ge alla människor förutsättningar att leva i bra bostäder till en rimlig kostnad är viktigt för en sammanhållen och inkluderande samhällsutveckling. Boende- och bebyggelsemiljön är viktig för att uppnå jämlika och värddiga levnadsförhållanden, särskilt för barn och unga. Formas ansvar för forskningsatsningen och medel har tillförts Formas forskningsanslag.

Ett tioårigt forskningsprogram för hållbart samhällsbyggande

Det nationella forskningsprogrammet om hållbart samhällsbyggande aviserades i propositionen Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft. En satsning på forskningsbaserad kunskap som ger möjlighet att utveckla nya lösningar inom samtliga samhällssektorer för att skapa ett säkert, tryggt, hållbart och inkluderande samhälle. Programmet inrättas av Formas i samverkan med andra relevanta forskningsfinansiärer och aktörer under perioden 2018–2028.

Klimatklivet

Det lokala klimatinvesteringsstödet Klimatklivet är en av regeringens viktigaste insatser för att minska utsläppen från transporter. Regeringens förstärkning och förlängning av Klimatklivet möjliggör fler åtgärder och

en ökad takt i omställningen av transportsektorn i hela landet. Det lokala klimatinvesteringsstödet Klimatklivet bidrar till åtgärder för att minska utsläppen i hela landet. Ett stort antal av investeringarna syftar till att minska utsläppen från transportsektorn. Hittills är installation av laddpunkter för elfordon det vanligaste åtgärds-kategorin inom Klimatklivet, medan störst stöd totalt sett har gått till utökad produktion av biogas. Andra åtgärder som rör transportsektorn som har fått stöd via Klimatklivet är t.ex. utbyggnad av gång- och cykelvägar och cykelgarage. Naturvårdsverket är tillsammans med länsstyrelserna ansvarigt för insatsen som ska ske under perioden 2015–2020.

7.6 Målområde 6: Levnadsvanor

Regeringens bedömning: Levnadsvanor är ett centralt område för att uppnå jämlik hälsa. Många av förutsättningarna för en god hälsa påverkas av livsvillkoren och av individens egna val och levnadsvanor. Individens levnadsvanor skiljer sig åt beroende på deras sociala miljö, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar. Rökning, alkohol, dåliga matvanor, fysisk inaktivitet och sömnproblem är välkända riskfaktorer för att insjukna i bl.a. cancer och hjärt- och kärlsjukdomar. Socioekonomiska skillnader är tydliga för samtliga av dessa levnadsvanor och återfinns i alla åldersgrupper. Levnadsvanor bör därför utgöra ett särskilt målområde.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning

Tobaksrökning

Alla som röker skadas av sin rökning och rökning har effekt på i stort sett alla kroppens organsystem. Varannan rökare dör i förtid av sin rökning och förlorar i genomsnitt tio år av sin förväntade livslängd. Tobaksrökning ökar risken upp till 30 gånger att få 58 listade sjukdomar, bland annat lungcancer, hjärt- och kärlsjukdomar, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), ryggbesvär, diabetes, benskörhet, sår i mage och tolvfingertarm och tandlossning. I Sverige beräknas 17 procent av alla cancerfall vara orsakade av rökning och 90 procent av lungcancerfallen. Drygt 20 procent av all hjärt-kärlsjukdom beräknas bero på rökning. Tobaksrökningen minskar i Sverige. Det är något vanligare att röka dagligen bland kvinnor än bland män (11 respektive 9 procent år 2015). Både bland kvinnor och bland män är det vanligast att röka i åldersgruppen 45–64 år. Rökning är fortfarande ett stort folkhälsoproblem i hela Europa och det visar sig alltmer ha koppling till socioekonomisk bakgrund, särskilt bland kvinnor. Andelen svenskar som röker dagligen är nästan tre gånger så hög bland personer med enbart förgymnasial utbildning jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Dessutom röker

Prop. 2017/18:249 kvinnor och män i arbetaryrken dagligen i högre utsträckning än i tjänstemannaryrken på mellannivå eller högre nivå. Ekonomiskt utsatta kvinnor och män röker i större utsträckning än de som inte är ekonomiskt utsatta.

Alkoholkonsumtion

Den totala alkoholkonsumtionen uppgick 2016 till 9,04 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Det är en något lägre nivå jämfört med både 2015 och 2014. Både kvinnors och mäns alkoholkonsumtion har sjunkit över tid. Minskningen är större bland männen än bland kvinnorna och nedgången är störst bland män under 50 år. Samtidigt dricker män oftare, berusar sig oftare och dricker större mängder alkohol jämfört med kvinnor. Även riskkonsumtionen (konsumtion av alkohol som medför ökad risk för fysiska, psykiska och sociala skadeverkningar) minskar i befolkningen som helhet. Den positiva utvecklingen när det gäller riskbruk förklaras av att riskbruket av alkohol minskar i åldrarna 16–44 år. Bland personer i åldrarna 45–64 år är utvecklingen oförändrad medan riskbruket är något ökande i den äldsta åldersgruppen (65–84 år). Det är framför allt männen som står för minskningen i riskkonsumtion. Mellan åren 2004 och 2015 minskade riskkonsumtionen från 23 till 18 procent bland män samtidigt som den legat stabilt på 12 procent bland kvinnor under samma tidsperiod. Även berusningskonsumtionen s.k. ”intensivkonsumtion” (konsumtion av minst sex ”glas” alkohol vid ett och samma tillfälle) har minskat över tid, men förekom bland 10–15 procent av befolkningen år 2015.

Alkoholen bidrar till både sjuklighet och dödlighet. Alkohol står bakom en stor del av skador till följd av våldsbrott, drunkning, bränder, fall och trafikolyckor. Alkoholen kan också leda till missbruk eller beroende. Alkoholmissbruk drabbar även andra än den som dricker. I Sverige berörs 16 procent negativt av närståendes alkoholkonsumtion. Skador till följd av exponering för alkohol under fosterlivet spänner över ett brett spektrum, från hyperaktivitet och lägre IQ till svåra skador, så kallat fetalt alkoholsyndrom (FAS). Forskarna har inte kunnat finna en säker nedre gräns för när alkoholen riskerar att skada fostret. Alkohol har emellertid visats kunna skada fostret i alla stadier av graviditeten. I Sverige lever statistiskt sett fyra till fem barn per skolklass i hushåll där någon vuxen riskkonsumerar alkohol. Konsumtionen kan leda till negativa konsekvenser för både föräldrarnas och barnets hälsa och skolresultat. Minst 60 000 barn under 18 år i Sverige har en förälder med allvarliga missbruksproblem. Dessa barn har en stor överrisk för självmord, olyckor och våld och eget alkohol- och narkotikamissbruk i vuxen ålder.

Samtidigt som flera alkoholrelaterade mått visar en positiv utveckling har personer som vårdades på sjukhus med explicit alkoholdiagnos ökat med drygt 20 procent 2006–2013, för att sedan minska något 2014 till 596 patienter per 100 000 invånare 15 år och äldre. Det är ungefär dubbelt så många vårdade män som kvinnor. Antalet avlidna med explicit alkoholdiagnos var 24 per 100 000 invånare 15 år och äldre 2014, med drygt tre gånger så många män som avlidit jämfört med kvinnor. Antalet män som avlidit har minskat med en knapp femtedel under 2000-talet, medan antalet kvinnor varit i stort sett oförändrat.

Låg fysisk aktivitet har koppling till de flesta folksjukdomar och lågt psykiskt välbefinnande. Det är vanligare med låg fysisk aktivitet på fritiden bland personer med låg social position samt bland personer med funktionsnedsättning. Detsamma gäller ohälsosamma matvanor som är en av de största riskfaktorerna för ohälsa. Det stora saltintaget är det som bidrar mest, följd av lågt intag av grönsaker, frukt och fullkorn. Ett lågt intag av grönsaker och frukt finns med på WHO:s lista över de tio största riskfaktorerna för både män och kvinnor vid sjukdomsburda i höginkomstländer. Skillnaderna i matvanor får genomslag i stora skillnader i livslängd och risk för kronisk sjukdom och fetma återfinns bland de fem främsta riskfaktorerna i världen för förlorade levnadsår.

I jämförande studier av hälsa och fysisk aktivitet brukar de nordiska länderna lyftas fram som föredömen. Som exempel visar Europeiska kommissionens återkommande undersökning – Eurobarometern 2014 – att 70 procent av Sveriges medborgare säger sig träna eller idrotta minst en gång i veckan. Resultaten indikerar att Sverige och de nordiska länderna når upp till WHO:s rekommenderade fysiska aktivitetsnivå i större utsträckning än de flesta andra länder i Europa. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att levnadsförhållandena i EU-länderna uppvisar stora variationer. I vissa länder är fysisk aktivitet i stor utsträckning kopplad till yrkeslivet. I Norden är situationen snarast den omvända där man tenderar att vara stillasittande på arbetet och kompenserar det genom idrotts- och motionsaktiviteter på fritiden. Sverige utgör ett av de länder där flest personer uppger sig vara stillasittande minst 8,5 timmar om dagen (2015).

För barn och unga är fysisk aktivitet och god fysisk kapacitet starka friskfaktorer. Välbefinnandet, den fysiska självkänslan och kognitiva funktioner förbättras samtidigt som risken för många sjukdomar minskar. Mot denna bakgrund är det problematiskt att graden av fysisk aktivitet och medverkan i föreningsidrott hos unga påverkas av socioekonomiska faktorer. Av Centrum för idrottsforskningens årliga uppföljningar av statens idrottsstöd framkommer att barn med högskoleutbildade föräldrar idrottar i större utsträckning än barn till föräldrar med endast gymnasieutbildning. Likaså idrottar barn i tjänstemannahushåll i större omfattning än barn i företagare- eller arbetarhushåll. Barn till ensamstående idrottar i mindre utsträckning än barn till sammanboende föräldrar. Flickor med invandrarbakgrund är den grupp som idrottar i minst utsträckning. Barn med funktionsnedsättning rör på sig i mindre utsträckning än befolkningen i övrigt och gruppen har i jämförelse en mer stillasittande fritid. Skillnaderna tenderar att öka med stigande ålder, men redan i unga åldrar tränar pojkar med funktionsnedsättning i mindre utsträckning än övriga pojkar i liknande ålder.

Bilden av föreningsidrotten som socioekonomiskt och demografiskt skiktad framkommer även i en kommunal jämförelse av aktivitetsnivån i idrottsrörelsens barn- och ungdomsverksamhet med högst föreningsidrottande i medelstora och socioekonomiskt välmående städer och förortskommuner, särskilt i Stockholms- och Skåne-regionen. Lägst aktivitet uppnås i små kommuner huvudsakligen belägna i landsbygd eller glesbygd.

Ohälsosamma matvanor är en av de största riskfaktorerna för ohälsa och för tidig död i Sverige. Matvanorna bland vuxna i Sverige har förbättrats sedan slutet på 1900-talet men intaget av grönsaker, frukt, fullkorn och vegetabiliska oljor samt fisk och skaldjur är fortfarande för lågt. Samtidigt är intaget av livsmedel såsom söta drycker, bakverk, feta mejerivaror och salt för högt, liksom konsumtionen av rött kött och charkuteriprodukter. Andelen i befolkningen som uppger att de äter lite grönsaker och frukt har varit i stort sett oförändrad de senaste tio åren. Kvinnor äter nästan dubbelt så mycket grönsaker och frukt som män. Jämfört med personer med enbart förgymnasial utbildning är de med eftergymnasial utbildning tre till fyra gånger så benägna att äta grönsaker (oftare än en gång per dag). För frukt ses liknande men inte lika stora skillnader.

Det finns ett tydligt samband mellan hälsosamma matvanor och socioekonomisk status, särskilt utbildning. Sambandet kan bidra till att förklara de sociala skillnader som finns i sjukdomsförekomst och dödlighet. Sedan 1980 har förekomsten av fetma²³ tredubblats hos vuxna, från fem till 15 procent, och i dag har varannan vuxen svensk övervikt eller fetma. Bland barn och unga uppskattas 15–20 procent vara överviktiga eller feta i 10-årsåldern. Övervikt är vanligare bland barn i områden med låg utbildningsnivå och skillnaderna tenderar att öka. Fetma är nästan dubbelt så vanligt bland dem med förgymnasial utbildning som bland dem med gymnasieutbildning. Paradoxalt är undernäring ett vanligt problem i Sverige, framför allt bland äldre. År 2014 hade 58 procent av de som registrerades i Senior Alert²⁴ risk för undernäring. För att minska förekomsten av undernäring är det viktigt att tidigt upptäcka risken.

Sömn

Sömnstörningar har visat sig vara nära kopplade till en rad psykiatriska tillstånd som utmattningssyndrom och depression. Störd sömn är även en bidragande orsak till somatisk sjukdom såsom hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, mag- och tarmsjukdomar, astma, respiratoriska sjukdomar och smärttillstånd m.m. Sömnstörningar drabbar en tredjedel av befolkningen. De innefattar dels störd sömn med sömnavbrott eller ytlig sömn t.ex. på grund av buller, dels alltför kortvarig sömn. En nyligen publicerad forskningsöversikt visar att bristande sömn är betydligt vanligare bland dem med lägre socioekonomisk position och sannolikt en betydelsefull faktor till sociala skillnader i hälsa.

²³ För att mäta övervikt och fetma brukar måttet BMI (Body Mass Index) användas. Måttet uttrycker en relation mellan längd och vikt. BMI mellan 25–30 innebär övervikt, om det överstiger 30 klassas det som fetma.

²⁴ Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

7.6.1 Inriktning på arbete inom målområdet Levnadsvanor som främjar god och jämlik hälsa

Prop. 2017/18:249

Regeringens bedömning: En god och jämlik hälsa inom målområdet uppnås genom främjande av människors handlingsutrymme och möjligheter till hälsosamma levnadsvanor samtidigt som hänsyn tas till hur olika sociala grupper påverkas. Centralt för arbete för en god och jämlik hälsa är:

- begränsad tillgänglighet till hälsoskadliga produkter,
- tillgänglighet till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter,
- hälsofrämjande och förebyggande arbete med levnadsvanor i välfärdens verksamheter till exempel hälso- och sjukvård samt omsorg.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: Arbete bör inriktas på att stärka människors egna möjligheter att agera och generera resurser, och på att komplettera och addera resurser där människors egna inte räcker till. När det gäller att minska ojämlikhet i hälsa genom att minska de negativa effekterna av olika levnadsvanor och förstärka de positiva kan båda dessa typer av åtgärder användas. När det gäller att stödja människors eget handlande för att främja hälsosamma levnadsvanor och förebygga sådant som är sämre för hälsan ligger ett starkt fokus på tillgänglighet av olika slag för att underlätta hälsosamma beteenden.

Att begränsa tillgängligheten till hälsoskadliga produkter är en förebyggande åtgärd. Bestämmelser för hur, när och till vem varor såsom alkohol och tobak får säljas är ett klassiskt sätt att skapa samhälleliga förutsättningar för att minska bruk, och i synnerhet riskbruk. Ett annat beprövat instrument för att styra människors handlande mot att konsumera mindre alkohol och tobak är prissättningen, dvs. att med punktskatter få upp priset. Detta har i olika internationella studier visats vara det som i första hand påverkar socioekonomiska skillnader i bruk. Ett tredje sätt är att reglera var och när man får bruka alkohol och tobak.

Samtidigt kan samhälleliga förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor främjas genom att öka tillgängligheten till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter. Även här handlar det om både fysisk och ekonomisk tillgänglighet. Tillgängligheten till grönområden och idrottsanläggningar kan påverkas via stadsplanering.

Att komplettera eller addera resurser genom att stärka samhällets välfärdstjänster kan handla om såväl främjande som förebyggande insatser. Exempel på hälsofrämjande arbete inkluderar bl.a. kvaliteten på måltiden och måltidens roll som en del av arbetet inom skola, hälso- och sjukvården samt inom omsorgen, men även att arbeta med rörelse och fysisk aktivitet inom dessa verksamheter. Exempel på mer förebyggande arbete är screening för riskkonsumtion av alkohol bland blivande mödrar och småbarnsföräldrar inom mödra- och barnhälsovården.

Inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet (ANDT) har det sedan 2011 funnits en nationell strategi för regeringens arbete med målet: ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk. I den nuvarande strategin (skr. 2015/16:86), som gäller till och med 2020, betonar regeringen att jämlikhets- och jämställdhetsperspektiven måste tydliggöras och genomsyra allt ANDT-arbete på alla nivåer. Strategin innehåller sex mål som tillsammans ska bidra till att uppnå det övergripande målet. Målen handlar om att 1) minska tillgången, 2) minska antalet barn och unga som börjar använda ANDT, 3) reducera antalet som utvecklar skadligt bruk, 4) ökad tillgänglighet till individanpassad vård och stöd till av god kvalitet, 5) minska antalet dödsfall samt 5) att verka för en folkhälsobaserad syn på ANDT inom EU och internationellt.

Strategin tar tydligt utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer och betonar att ett strukturerat, långsiktigt, målinriktat, tvärprofessionellt och sektorsövergripande arbete på samhällets alla nivåer krävs för att nå målet. Inom ramen för arbetet med ANDT-strategin har regeringen även ställt sig bakom målet om ett rökfritt Sverige 2025, ett opinionsbildningsprojekt som syftar till att kraftigt minska rökningen till 2025.

Begränsa tillgängligheten till hälsoskadliga produkter

Att begränsa tillgängligheten till hälsoskadliga produkter så som alkohol och tobak kan åstadkommas på olika sätt. Punktskatter är ett offentligt styrmedel som visat sig framgångsrikt för att minska hälsoklyftorna. Prisförändringar är särskilt effektivt på grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar. Att begränsa tillgången till skadliga produkter genom prisökning bedöms därför som särskilt effektivt för att utjämna ojämlikhet i hälsa. Men en prisförändring måste kompletteras med stödande åtgärder för rökavvänjning eller behandling av alkoholberoende för individer som trots viljan har svårt att sluta på egen hand. Sådana åtgärder handlar om att komplettera med resurser när individers egna inte räcker.

Sedan 2012 omräknas skatten på tobak baserat på förändringar i konsumentprisindex (KPI) i syfte att realvärdesäkra skattesatserna. År 2015 höjdes skatten på tobak för cigaretter, cigariller och röktobak med 6 procent. Även skatten för tuggtobak höjdes med 6 procent. Skatten på snus höjdes med 12 procent. Ökad smuggling framförs ibland som en oönskad konsekvens av höjda tobaksskatter, ett samband som det finns få belägg för. Till skillnad från tobaksområdet omräknas inte skatterna på alkohol årligen utifrån förändringar i KPI. Fram till 1998 indexerades punktskatten årligen med förändringen i KPI men det systemet togs därefter bort. Därefter har punktskatten på alkohol höjts vid fyra tillfällen (2008, 2014, 2015 och 2017). Den senaste höjningen trädde i kraft den 1 januari 2017 och innebar en ökning på 1 procent på sprit och 4 procent på öl och vin. Alkoholskatten utgör ett viktigt alkoholpolitiskt instrument. Alkoholpolitik, skattenivåer och konsumtionsmönster i Sverige påverkas av omvärldens sätt att hantera alkoholfrågan.

Tillgängligheten till ohälsosamma livsmedel kan också begränsas fysiskt. Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket har i sin rapport

från 2017 föreslagit att det behövs ett långsiktigt, nationellt program för att gradvis sänka salthalten i livsmedel generellt. Ett sådant program kan bygga på koordinerade frivilliga insatser från livsmedelsföretagen eller reglering av saltinnehåll i livsmedel. I detta sammanhang vill regeringen även peka på vikten av frivilliga åtgärder i syfte att utveckla flera och mer hälsosamma livsmedel eller andra hälsofrämjande initiativ, t.ex. det åtagande som dagligvaruhandeln gjort vad gäller en åldersbegränsning vid försäljning av energidrycker. Begränsningar i var det är tillåtet att bruka till exempel alkohol och tobak är ytterligare en metod för att minska användningen och dess skadeverkningar. Utökade begränsningar av alkoholkonsumtion på platser och tillfällen (till exempel på idrotts-evenemang) skulle sannolikt minska risken för alkoholrelaterade skador och ha en positiv effekt på folkhälsan.

Öka tillgängligheten till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter

Utöver att begränsa tillgången till hälsoskadliga produkter finns det ett behov av att öka tillgängligheten till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter för att främja ökad fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor. Även detta kan ske med både ekonomiska medel och fysisk planering. WHO har framhållit att riktade subventioner på grönsaker och frukt är effektivt och skulle kunna bidra till att öka konsumtionen.

Tillgänglighet till promenadstråk, cykelvägar och grönområden kan sänka trösklarna till fysisk aktivitet i vardagen. Tillgången till fysisk aktivitet behöver även bli mer jämlik. Detta gäller till exempel föreningsidrott, där det finns en socioekonomisk skillnad som innebär att majoriteten av de barn och unga som idrottar bor i socioekonomiskt starka områden. Regeringen vill därför framhålla vikten av en jämlik fördelning av resurserna för att utjämna hälsoskillnaderna. Det är avgörande att det statliga stödet till idrotten når ut där det bäst behövs och att stödet därigenom bidrar till att förverkliga statens mål för idrottspolitiken. Idrottsrörelsen behöver ta till sig den kritik som uttryckts (prop. 2017/18:1, utgiftsområde 17, s.45) där bidragens fördelning bekräftar och stärker ojämlikhet i samhället till förmån för socioekonomiskt starka områden på bekostnad av socioekonomiskt utsatta områden, till förmån för pojkar idrottande på bekostnad av flickors idrottande.

Naturens positiva effekter på vår hälsa

Inom forskningen samlas allt mer kunskap om naturens positiva effekter på vår hälsa, såväl fysiskt som psykiskt. Allt fler verksamheter använder denna kunskap, men fortfarande finns en stor potential för att öka användningen av naturen mer i hälsofrämjande eller kurativt syfte. Behandling i rehabiliteringsträdgårdar har ibland visat sig kunna vara ett komplement till eller ersätta medicinska behandlingar av bland annat stressrelaterade sjukdomstillstånd. Dessa behandlingar upplevs vara snabbare och med färre bieffekter än medicinsk behandling till lägre kostnad för samhället. Rörelse i skog och natur ger många positiva effekter på hälsan i form av bland annat vitaminupptag, ljus, rörelse och kognitiv vila. De positiva effekterna av att vistas i gröna områden har

Prop. 2017/18:249 visat sig särskilt viktiga för barn och för grupper i de lägre socioekonomiska grupperna.

Främjande

Livsmedelsverket har regeringens uppdrag att främja bra matvanor. Myndigheten tar också fram råd för särskilda skeden i livet t.ex. för gravida, ammande och spädbarn. Inom ramen för Livsmedelsverket finns ett nationellt kompetenscentrum för måltider inom vård, skola och omsorg som bl.a. stöder kommuner, landsting och regioner i deras utveckling av de offentliga måltiderna. Livsmedelsverket har också tagit fram information om miljösmarta matval.

I och med att alla barn går i skolan har skolan stora möjligheter att minska sociala skillnader i resurser och handlingsutrymme och att främja hälsosamma levnadsvanor. Fysisk aktivitet skiljer sig mellan sociala grupper. Svenska barn rör sig mindre än i övriga nordiska länder, omkring 68 procent av barn i åldrarna 7 till 12 år är inaktiva. Fler timmar i idrott och hälsa kan medföra positiva effekter. Daglig idrott kan förbättra barnets motorik och deras skolprestationer. Ytterligare studier visar att ökad fysisk aktivitet har en positiv effekt på ungdomars självkänsla.

Skolan har även en viktig roll när det gäller att främja hälsosamma matvanor. Det finns t.ex. fördelar med schemalagda luncher, bl.a. minskar stressen kring måltiden när den inte är kopplad till en rast. Skollunchen är betydelsefull för elevernas möjligheter att ta till sig undervisningen och där finns en potential att ta tillvara måltiden som ett pedagogiskt verktyg. Skolledningen har ett ansvar för att skapa hälsosamma attityder kring måltiden. Livsmedelsverkets råd för förskola och skola ger här en god vägledning.

Ett exempel på frivilligt åtagande bland företagen i livsmedelskedjan är nyckelhålsmärkningen. Märkningen får användas på livsmedel som uppfyller vissa kriterier för socker, salt, fullkorn/fibrer och fettkvalitet, och den förenklar konsumentens val av hälsosammare varor. Nyckelhålsmärkningen tjänar också som ett incitament till en reformulering²⁵ av livsmedel även om de inte når upp till nyckelhålskvalitet.

Förebyggande

I det förebyggande arbetet har hälso- och sjukvården en viktig roll i mötet med patienter som behöver stöd i sina levnadsvanor. Det framgår inte minst i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor där samtal om mat, rökning, riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet är viktiga delar. Socialstyrelsens riktlinjer ger god kunskap i effektiva samtalsmetoder för vården (se även avsnitt Målområde 8: En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård).

Barn påverkas i stor utsträckning av sina föräldrars levnadsvanor. På kort sikt utsätts många barn för till exempel miljötabaksrök och alkoholskadliga effekter. På lång sikt är föräldrars levnadsvanor avgörande för vilka attityder och vanor barnet självt utvecklar. Att vara

²⁵ Andra sammansättningen på livsmedel så att de blir mer hälsosamma.

nybliven förälder innebär för många en öppenhet mot att förändra sina levnadsvanor. Insatser från välfärdens organisationer för att förebygga ohälsosamma levnadsvanor riktas därför med fördel mot föräldrar. Regeringens satsning på föräldraskapsstöd och mödrahälsovårdens alkoholscreening och motiverande samtal riktat mot gravida kvinnor har gett goda resultat för barnets hälsa. Även amning leder till en rad positiva effekter för såväl mor som barn. Det är därför viktigt att kvinnor informeras om amningens hälsofrämjande fördelar, så de kan fatta välgrundade beslut ifall de vill amma och hur mycket. För barnen reduceras risken för infektioner, barnfetma och diabetes och för modern kan amning minska risken för bland annat diabetes och ovarial- respektive bröstcancer.

7.6.2 Insatser

Folkhälsoarbetet är inriktat på hälsans bestämningsfaktorer dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar hälsan. Folkhälsoarbete innebär systematiska insatser för att förbättra människors livsvillkor och uppnå god och jämlikt fördelad hälsa. Nedan presenteras ett urval av regeringens genomförda och pågående insatser som kan främja hälsa eller förebygga ohälsa inom målområdet.

Effektiv reglering av alkohol

Internet blir en allt viktigare försäljningskanal för svenska konsumenter, vilket även påverkar alkoholpolitiken. Distanshandeln med alkoholdrycker står för i dag för en liten del av den totala alkoholkonsumtionen, men utvecklingen inom området föranleder en tydligare lagstiftning i syfte att skapa en systematisk och sammanhållen alkoholpolitik som fortsatt säkerställer legitimiteten för Systembolagets ensamrätt. Under 2016 remitterade Socialdepartementet en departementspromemoria (Ds 2016:33) om reglering av distanshandel med alkoholdrycker. Regeringen har tidigare remitterat förslag som rör regleringen av distanshandel, vilka lämnats av Alkoholleveransutredningen (SOU 2014:58) och Utredningen om tillsyn av marknadsföring och e-handel med alkoholdrycker m.m. (SOU 2013:50). Förslagen bereds inom Regeringskansliet. Inom alkoholområdet utvecklas inte bara inköpsmönster, utan även nya produkter och nya marknadsföringsmetoder. Ett exempel på produkt som lanserats i Sverige är alkoholhaltig glass. Även andra produkter, som i allt väsentligt kan jämföras med alkoholdrycker eller kan användas i berusningssyfte, finns på den internationella marknaden även om de hittills inte har nått Sverige. Dessa produkter omfattas inte av alkohollagens skyddsregler och kan därmed säljas fritt, vilket strider mot den svenska alkoholpolitiken. Även marknadsföringen av alkohol tar sig nya vägar och uttryck, t.ex. via internet och sociala medier. Utredningen om vissa alkohol- och marknadsföringsfrågor har lämnat förslag om hur sådana alkoholhaltiga preparat som kan jämföras med alkoholdrycker bör regleras (SOU 2017:59) liksom förslag om en restriktiv reglering av marknadsföring i sociala medier (SOU 2017:113). Båda betänkandena har remitterats och förslagen bereds inom Regeringskansliet.

Våren 2018 överlämnade regeringen en proposition till riksdagen med förslag på att tobakslagen (1993:581) och lagen (2017:425) om elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare ska upphävas och ersättas av en ny lag om tobak och liknande produkter. Flertalet av bestämmelserna i tobakslagen och lagen om elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare förs i sak oförändrade över till den nya lagen. Därutöver lämnas ett antal förslag som syftar till att minska bruket av tobak och till att motverka illegal handel med tobak.

Det införs en tillståndsplikt för handel med tobak. Detaljhandel och partihandel med tobaksvaror ska få bedrivas endast av den som har tillstånd för sådan handel. Som en följd av kravet på tillståndsplikt införs en ny sekretessbestämmelse i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Nuvarande rökförbud utvidgas till att omfatta vissa allmänna platser utomhus, nämligen uteserveringar, entréer till rökfria lokaler och andra utrymmen som allmänheten har tillträde till, områden utomhus som är avsedda att användas av den som reser med färdmedel i inrikes kollektivtrafik, inhägnade platser huvudsakligen avsedda för idrottsutövning och lekplatser som allmänheten har tillträde till. Rökförbudet utvidgas också till att omfatta bl.a. elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare, örtprodukter för rökning och njutningsmedel som till användningssättet motsvarar rökning men som inte innehåller tobak. Möjligheterna att marknadsföra tobaksvaror genom kommersiella meddelanden på försäljningsställen tas bort. Marknadsföring i form av uppvisande av tobaksförpackningar och varu- och prislister är dock även fortsättningsvis tillåten. I propositionen lämnas också förslag till genomförande av tobaksproduktdirektivets (2014/40/EU) regler om spårbarhet och säkerhetsmärkning.

I propositionen föreslås att styckförpackningar med portionsförpackat snus måste innehålla minst 20 portioner. Vidare föreslås en delvis ändrad tillsynsorganisation, nya bestämmelser om straffansvar och förverkande samt tydligare överklagandebestämmelser. I propositionen föreslås också att riksdagen godkänner att regeringen ratificerar WHO:s protokoll för att eliminera olaglig handel med tobaksvaror.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019, förutom bestämmelserna om spårbarhet och märkning som föreslås träda i kraft den 20 maj 2019 vad gäller cigaretter och rulltobak och den 20 maj 2024 vad gäller andra tobaksvaror.

Idrottspolitik

Det samlade stödet till idrotten har mellan 2014 och 2018 ökat med 227 miljoner kronor till totalt 1 954 miljoner kronor. En utgångspunkt för statens idrottspolitik är att idrotten är inkluderande och öppen för alla, oavsett ålder, kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, religion och annan trosuppfattning, funktionsnedsättning eller social, etnisk och kulturell bakgrund. Regeringens idrottspolitiska målsättning är att fler människor ska utöva idrott och motion oavsett formerna för detta och välkomnar idrottsrörelsens strävan att bredda verksamheten för att stimulera ett livslångt idrottande i föreningslivet.

Stödet till friluftslivsorganisationer har ökat med 20 miljoner kronor per år från 2016. Stödet uppgår totalt till 47,8 miljoner kronor per år. Syftet med bidraget är att stödja att människor organiserar sig för vistelse i naturen och utövande av friluftsliv med allemansrätten som grund samt att ge alla människor möjlighet att genom friluftsliv få naturupplevelser, välbefinnande, social gemenskap och ökad kunskap om naturen och miljön.

Kemikalier

Under 2018 avsätts medel till ett flertalet åtgärder för att minska exponeringen för farliga ämnen. Bland annat inrättas ett centrum för substitution av farliga kemikalier samt avancerad rening av avloppsvatten för att eliminera läkemedelsrester och andra långlivade kemikalier. Satsningen syftar främst till att förhindra att läkemedelsrester och andra långlivade kemikalier kommer ut i miljön, men kan i förlängningen innebära att människors exponering för kemikalier via dricksvattnet eller födan minskar. Satsningen kan även minska risken för uppkomst och spridning av antibiotikaresistens.

Hälsofrämjande insatser riktade till romer

Länsstyrelsen i Stockholms län har fått i uppdrag att i samarbete med Romska ungdomsförbundet genomföra insatser för att utbilda romska hälsoinspiratörer. Hälsa är ett utpekade område i strategin för romsk inkludering. Rapportering från Länsstyrelsen i Stockholms län visar på att det finns behov av hälsoinformation riktad till romer. Insatsen genomförs under perioden 30 juni 2016–1 mars 2018.

Vidare har Myndigheten för ungdoms- och civillsamhällesfrågor i uppdrag att fördela bidrag till organisationer inom det civila samhället för hälsofrämjande insatser riktade till romer. Myndigheten ska särskilt uppmuntra romska flickors och kvinnors deltagande. Insatsen genomförs under perioden 30 juni 2016–15 mars 2019.

Höjning av alkoholskatten

Alkoholskatten på sprit höjdes med 1 % och på övriga alkoholdrycker med 4 % den 1 januari 2017. Ökat pris på alkohol leder till minskad efterfrågan. Minskad total konsumtion leder till minskade alkoholskador i befolkningen.

Införande av en skatt på e-cigarettor och vissa andra nikotinhaltiga produkter

En lag om skatt på e-cigarettor och vissa andra nikotinhaltiga produkter föreslås träda i kraft 1 juli 2018. E-cigarettor kan fungera som en inkörsport till nikotinberoende och traditionell tobakskonsumtion. Enligt WHO:s ramkonvention om tobakskontroll ska parterna förebygga och minska nikotinberoende. I WHO:s rapport ”Electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems (ENDS/ENNDS)” från augusti 2016 (FCTC/COP/7/11) anges att det är mycket sannolikt att e-cigarettor är mindre giftiga än cigarettor, men att det är osannolikt att

Prop. 2017/18:249 e-cigarett är ofarliga och att långsiktigt användande förväntas öka risken för kronisk obstruktiv lungsjukdom, lungcancer och möjligen även kardiovaskulär sjukdom (punkt 11).

Fortsatt uppdrag att utveckla de offentliga måltiderna

Livsmedelsverkets kompetenscentrum för måltider inom vård, skola och omsorg ska verka för en fortsatt utveckling av de offentliga måltiderna i linje med vad som anges i livsmedelsstrategin. Arbetet ska syfta till att främja hållbara, hälsosamma och säkra måltider inom offentlig sektor. Livsmedelsverket genomför uppdraget under hela mandatperioden.

Komplettering av den pågående matvaneundersökningen

Livsmedelsverket har under perioden 2017–2018 fått i uppdrag att genomföra en komplettering av den pågående matvaneundersökningen med en studie av ungdomar (17-åringar) som inte går i skolan. Syftet är att samla in data om matvanor i en grupp av ungdomar som inte nås via den pågående matvaneundersökningen av barn och unga.

Nyckelhålet

Nyckelhålmärkningen underlättar för alla konsumenter, oavsett bakgrund, att göra medvetna hälsosamma val vid köp av livsmedel. Livsmedelsverket har fått i uppdrag att undersöka förutsättningarna för att vidareutveckla konceptet Nyckelhålet. Särskilt fokus ska läggas på konsumentgrupper med sämst matvanor.

Energidrycker

Livsmedelsverket har fått i uppdrag att utreda behovet av och lämna förslag på åtgärder för att begränsa tillgången av energidrycker för barn och unga, t.ex. genom att införa en åldersgräns vid försäljning av energidrycker eller andra lämpliga åtgärder. Uppdraget ska redovisas i december 2018.

Nationell cykelstrategi

Syftet med strategin är en ökad och säker cykling. Åtgärder inom cykling kan bidra till att nå fler samhällsmål såsom att minska resandets miljöpåverkan, minskad trängsel i tätort och bidra till en bättre folkhälsa. Inom strategin har ett flertal uppdrag givits till olika myndigheter samt bidrag till SKL. Regeringen satsade sammanlagt 100 miljoner kronor på en extra cykelsatsning under 2016–2017.

Främjande av cykling genom elfordonspremien

För att på ett kraftfullt sätt förbättra förutsättningarna att pendla och transportera sig klimatvänligt med cykel avsätter regeringen över en miljard kronor under perioden 2018–2020 till en premie för privatpersoners köp av elcykel eller elmoped. En ökad och säker cykling kan minska resandets miljöpåverkan och förbättra framkomligheten i tätorter samt bidra till en bättre folkhälsa. Med en överflyttning av resor till cykel, gång och kollektivtrafik blir det mindre utsläpp av växthusgaser, partiklar och andra luftföroreningar och därmed mindre påverkan på kli-

matet, människors hälsa och miljö. Det bidrar också till minskat buller och bättre livsmiljöer i framför allt städer och tätorter. Naturvårdsverket är ansvarig aktör för insatsen.

Insatser mot spelproblem

Regeringen förväntas lämna propositionen En omreglerad spelmarknad till riksdagen under våren 2018. Den bygger bl.a. på föresatsen att de negativa effekterna av spelandet ska begränsas. Den nya regleringen föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram ett kunskapsstöd med rekommendationer om behandling vid missbruk och beroende av spel om pengar. Från den 1 januari 2018 gäller nya regler i socialtjänstlagen (2001:453) och i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Lagändringarna medför ett utvidgat ansvar för socialtjänsten att förebygga, motverka och bistå med insatser vid spelmissbruk. För hälso- och sjukvården innebär lagändringen en skyldighet att särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om en vuxen som barnet bor tillsammans med har ett missbruk av spel om pengar. Lagändringen innebär också att kommun och landsting ska ingå överenskommelser om samverkan kring personer som missbrukar spel om pengar. Länsstyrelserna ska stödja huvudmännen när det gäller deras utökade ansvar för spelmissbruk enligt lagändringarna.

Folkhälsomyndigheten har haft i uppdrag att ta fram och sprida ett nationellt kunskapsstöd för att förebygga spelproblem. Syftet med kunskapsstödet är att ge vägledning och stärka våra målgruppers kunskap om spelproblem och förebyggande åtgärder. Myndigheten har 2018 fortsatt uppdrag att utveckla och sprida det nationella kunskapsstödet samt verka för nationell samordning och att i samverkan med länsstyrelserna stödja genomförandet av lagändringarna avseende spelmissbruk.

Stödlinjer inom alkohol, tobak och spelområdet

Den 1 augusti 2017 trädde förordningen (2017:811) om statsbidrag till telefon- och webbaserade stödinsatser inom områdena alkohol, tobak och spel om pengar i kraft. Syftet med förordningen är att skapa förutsättningar för en långsiktig och förutsebar finansiering av bl.a. stöd till personer med spelproblem.

Samordnat tvärsektorielt arbete mot antibiotikaresistens

Flera svenska myndigheter och icke-statliga aktörer bidrar till det svenska arbetet mot antibiotikaresistens på olika nivåer och utifrån olika infallsvinklar. För att främja ett samordnat tvärsektorielt arbete mot antibiotikaresistens har regeringen fattat beslut om ett förnyat uppdrag angående en nationell samverkansfunktion som involverar en rad myndigheter och icke-statliga aktörer. Inom ramen för detta uppdrag redovisades i december 2017 en reviderad tvärsektorieell handlingsplan mot antibiotikaresistens. Handlingsplanen är i linje med regeringens strategi, avser perioden 2018–2020 och visar på det breda och omfattande arbete som bedrivs inom området.

7.7 Målområde 7: Kontroll, inflytande och delaktighet

Regeringens bedömning: Att människor har kontroll över sitt eget liv, tillit till andra, inflytande och delaktighet i samhället är centrala områden för att uppnå jämlik hälsa. Sannolikheten är större bland personer med lägre socioekonomisk position att uppleva sig ha sämre kontroll och inflytande över sina egna livsvillkor och utvecklingen av samhället i stort, samt mindre gemenskap och delaktighet. Kontroll, inflytande och delaktighet bör därför utgöra ett särskilt målområde.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: Kontroll och inflytande är faktorer som är intimt sammanknippade med den enskildes självförtroende och självkänsla. När individer och grupper upplever att de saknar kontroll och inflytande över sina egna livsvillkor och utvecklingen av samhället i stort uppstår en känsla av utanförskap och maktlöshet. Inom psykologisk forskning brukar man tala om copingförmåga, vilket innebär tilltro till sin egen förmåga att hantera olika stressfyllda och känslomässigt krävande situationer. Den är beroende av individens upplevda möjligheter att hantera svårigheter och utmaningar och präglas av levda erfarenheter under livet. Grunden för den här typen av psykologiska resurser läggs redan tidigt. Föräldrars förväntningar om hur de kan påverka sina barns utveckling spelar t.ex. en stor roll och dessa förväntningar tenderar att variera med föräldrarnas socioekonomiska status. Skyddande psykologiska resurser har en, oberoende, preventiv inverkan mot sjukdom och död, t.ex. vad gäller stroke och hjärtinfarkt. Individer i grupper med lägre socioekonomisk status besitter inte skyddande psykologiska resurser i samma utsträckning som individer med högre socioekonomisk position. Psykologiska riskfaktorer som uppgivenhet, nedstämdhet/depressivitet och hopplöshet ökar risken för sjukdom och död. Personer med låg socioekonomisk situation löper högre risk för psykologiska riskfaktorer. Den här typen av riskfaktorer uppstår ofta för den som under en längre tid lever i en situation där man upplever bristande möjlighet att påverka sin egen livssituation, vilket minskar tilltron till den egna förmågan och där en känsla av hopplöshet kan uppstå. Att en person har låg tilltro till sig själv och till sin omgivning påverkar dessutom kroppen negativt på två olika sätt, indirekt genom att uppgivenhet, stress och oro leder det till mer ogynnsamma levnadsvanor och direkt genom stress på kroppens centrala skyddssystem, t.ex. nivåer av stresshormonet kortisol och immunsystemets aktivitet. Människans behov av delaktighet är grundläggande för välbefinnande och livskvalitet och därmed även för hälsa. Att vara del i ett socialt sammanhang, ingå i sociala nätverk, att känna delaktighet och bli sedd och hörd är centrala skyddsfaktorer för hälsan. Att uppleva gemenskap samt stärka sin identitet genom att tillhöra en viss grupp kan ses som en huvudsaklig anledning till att

människor söker sig till det civila samhället. Enligt forskning om social interaktion människor emellan innefattar socialt stöd dels det kvantitativa mått som kallas socialt nätverk, som handlar om hur väl integrerad man är i ett socialt sammanhang och hur många vänner och bekanta man har som kan ge både praktiskt stöd och gemenskap, dels den kvalitativa delen som kallas emotionellt stöd. Med emotionellt stöd avses om man har någon person att dela tankar och känslor med. Det kan räcka med en enda person. Personer i lägre social position har mindre tillgång till såväl sociala nätverk som emotionellt stöd. Båda parametrarna av socialt stöd utgör centrala komponenter för självskattad hälsa och psykiskt välbefinnande och är samtidigt oberoende, skyddande faktorer för sjukdom, t.ex. hjärtinfarkt och tidig död. Därutöver är låg socioekonomisk position förenat med mindre tillit till andra människor och till välfärdsinstitutionerna – trots att man ofta är mer beroende av dessa. På en mer övergripande nivå anknyter kontroll, delaktighet och inflytande till det som brukar benämnas social hållbarhet i ett samhälle. Social hållbarhet fokuserar på fördelningen av resurser mellan människor. Tonvikt läggs på rättvisaspekter som jämlikt, ekonomiskt, socialt, kulturellt och politiskt deltagande – ett kontrakt mellan individen och samhällets makt-havare och dess institutioner. Detta kontrakt utgör grunden för samhället.

Hållbarhetsperspektivet löper som en röd tråd i välfärdspolitikens strävan mot ett socialt hållbart samhälle. Genom generella insatser har man stärkt samhällets säkerhet (trygghet och ordning), frihet (utveckling och hälsa) samt rättvisa (rättigheter och fördelning av resurser).

Social oro, våld, övergrepp och misshandel

Bristande tillit till andra är nära kopplat till bristande sociala nätverk. Men detta samband är komplext. I områden med socioekonomiska utmaningar kan gemenskapen inom områdena beskrivas som förhållandevis god där gemenskapen baseras på faktorer såsom etnicitet eller områdestillhörighet, medan gemenskapen och sociala band till det omgivande samhället är bristfälliga. Avsaknad av överbryggande socialt kapital och informellt nätverk samt svårigheter att få arbete leder till misstro och frustration. Destruktiva handlingar som t.ex. våld kan bota känslor av utanförskap, diskriminering, frustration och maktlöshet. Våld i nära relation är i hög grad en folkhälsofråga. Att utsättas för sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld kan bidra till ökad risk för olika former av psykisk och fysisk ohälsa, på kort och på lång sikt. Exempelvis är riskbruk av alkohol dubbelt så vanligt bland kvinnor och män som har varit utsatta för allvarligt sexuellt eller fysiskt våld som vuxen än bland dem som inte varit utsatta. Även risken för självskadebeteende och symptom på posttraumatisk stress ökar markant. Barns utsatthet är påtaglig. Drygt var femte person i befolkningen har någon gång i sitt liv utsatts för våld i nära relation. Kvinnor och personer med funktionsnedsättning är särskilt utsatta. Omkring var fjärde kvinna och var sjätte man har utsatts någon gång i sitt liv. Andelen utsatta för fysiskt våld uppgår till 15 procent för kvinnor och åtta procent för män. Minst 150 000 barn bor i hushåll där det förekommer våld, knappt hälften av dem upplever återkommande våld i hemmet. Mörkertalen bedöms även vara stora, våldsbrotten i nära relation polisanmäls sällan. Vissa är mer utsatta än andra. Barn med funk-

Prop. 2017/18:249 tionsnedsättning har en signifikant ökad risk att utsättas för barnmiss-handel. Barn som har någon neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, såsom adhd, Aspergers syndrom eller autism, samt de som har en ätstörning är särskilt utsatta. De bakgrundsfaktorer som verkar ha starkast relevans är ålder, familjerelation, utbildning, boendeform och ekonomiska förutsättningar. Utsattheten är högst bland personer i åldrarna 16–34 år, ensamstående föräldrar, personer med funktionsnedsättning, personer med högst gymnasial utbildning och personer boende i flerfamiljshus. Utsatta kvinnor har ofta sämre ekonomiska förutsättningar än kvinnor som inte blivit utsatta. Förebyggande insatser är nyckeln till en varaktig minskning av våldet. Utöver stort mänskligt lidande leder våld i nära relationer till avsevärda kostnader för samhället.

Kontroll och inflytande – möjligt att mäta

Det är inte helt enkelt att bilda sig en uppfattning om människors kontroll och inflytande över sina egna livsvillkor och utvecklingen av samhället i stort. Låg tillgång till psykologiska resurser, eller hög förekomst av riskfaktorer som uppgivenhet, nedstämdhet och depressivitet ökar risken för sjukdom och död, och personer med låg socioekonomisk position löper högre risk för en mer ogynnsam psykologisk karaktäristik. Uppgivenhet och nedstämdhet hänger ihop med låg självskattad hälsa och omkring 70 procent av befolkningen (16–64 år) uppger att de har en bra eller mycket bra hälsa. Män anger något bättre hälsa än kvinnor. Under den senaste tioårsperioden registrerades en något förbättrad hälsa. Bland kvinnor med eftergymnasial utbildning är andelen som uppskattar sin hälsa som mycket bra eller bra omkring 80 procent, strax under 70 procent för dem med gymnasial utbildning och cirka 60 procent för dem utan gymnasial utbildning. Gapen är likartade men något mindre bland män. Därutöver skiljer sig den självskattade hälsan mellan särskilt utsatta grupper och den övriga befolkningen.

En annan viktig aspekt är självupplevd diskriminering. Femton procent av kvinnorna har upplevt diskriminering på grund av kön under de senaste tre månaderna (vid mätillfället) och var tredje kvinna mellan 16–29 år. Nio procent av dem som ansåg sig ha upplevt diskriminering gjorde det på grund av sin etnicitet. Denna siffra har på övergripande nivå inte förändrats i någon större utsträckning de senaste åren. Fler män än kvinnor har upplevt diskriminering på grund av etnicitet. Hos kvinnor finns emellertid en signifikant ökning från 2011 till 2012, från fem till tio procent. Fyra procent av befolkningen upplever att de blivit diskriminerade på grund av religion. Nära 35 procent av unga med funktionsnedsättning uppgav att de upplevt att de blivit diskriminerade på grund av sin funktionsnedsättning någon gång och tio procent hade blivit det flera gånger, jämfört med 17 respektive tre procent bland övriga. Personer med eftergymnasial utbildning har störst tillit till andra människor och de som har grundskola som högsta utbildningsnivå lägst tillit. Nära varannan person med kort utbildning uppger att de har svårt att lita på sina medmänniskor och samma andel gäller för personer som är födda utanför Europa. Skillnader i tillit är även påtagliga mellan boendekområden med olika socioekonomisk struktur, t.ex. mellan stadsdelar i Malmö.

Det finns tydliga skillnader i valdeltagande mellan olika befolkningsgrupper. Enligt SCB:s valundersökning är andelen röstande betydligt lägre bland ensamstående, personer med lägre utbildningsnivå, låginkomsttagare, arbetare, arbetslösa och personer utanför arbetsmarknaden samt unga och utrikes födda. Omvänt är andelen röstande större bland sammanboende, högutbildade, höginkomsttagare, tjänstemän och bland personer med arbete. Det finns även en skillnad mellan könen, kvinnor röstar i något högre grad än män. Även vad det gäller ideellt engagemang i civilsamhället är sannolikheten att någon arbetar ideellt inom det civila samhället 1,5 gånger högre för kvinnor och 1,8 gånger högre för män med eftergymnasial utbildning än för de med gymnasial eller för-gymnasial utbildning.

7.7.1 Inriktning på arbete inom målområdet Kontroll, inflytande och delaktighet som främjar god och jämlik hälsa

Regeringens bedömning: Det finns tydliga socioekonomiska skillnader vad gäller grad/nivå av kontroll, inflytande och delaktighet i Sverige. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet inriktas på att främja alla individers – oavsett socioekonomisk bakgrund, kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsförmåga, sexuell läggning, ålder eller geografisk hemvist – möjligheter till kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och i det dagliga livet. Individer och grupper som i lägre utsträckning än andra har möjlighet till kontroll, inflytande och delaktighet bör särskilt prioriteras. Centralt för arbete för en god och jämlik hälsa är:

- ett jämlikt deltagande i demokratiska processer,
- ett jämlikt deltagande i det civila samhället,
- arbetet för de mänskliga rättigheterna och med att motverka diskriminering och annan kränkande behandling samt frihet från hot och våld,
- sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter

Skälen för regeringens bedömning: Skillnader i kontroll, inflytande och delaktighet kopplade till förhållanden inom samtliga målområden (t.ex. kunskaper, arbete, försörjning o.s.v.) påverkar möjligheterna att uppnå en god och jämlik hälsa. Särskilt är det viktigt att fokusera på kontroll, inflytande och delaktighet i de demokratiska processerna, inklusive i det civila samhället, i skolan, i arbetslivet och i bostadsområdet samt utgå från att det på dessa områden finns möjlighet för det offentliga att agera och påverka mer direkt. Faktorer som socialt och emotionellt

Prop. 2017/18:249 stöd är viktiga för hälsan men kan i första hand påverkas indirekt genom att till exempel verka för en inkluderande arbetsmarknad och goda försörjningsmöjligheter. Liksom i övriga målområden behandlas olika aspekter av kontroll, inflytande och delaktighet inom flera olika politikområden, t.ex. politikområdet demokrati och mänskliga rättigheter, diskrimineringspolitiken och politiken för det civila samhället. Målområdet knyter också an till medie- och kulturpolitiken. Andra politikområden som bygger på att främja situationen för målgrupper som barn, ungdomar, äldre, personer med funktionsnedsättning, nationella minoriteter, hbtq-personer m.fl. har alla mål eller inriktningar som innefattar aspekter av att stärka inflytandet och delaktigheten för dessa grupper samt jämlikhetssträvanden. Jämställdhetspolitiken har såväl mål om jämställdhet, makt och inflytande som jämställd hälsa, samt ett mål om att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. När det gäller kontroll, inflytande och delaktighet i skolan eller utbildningen, i yrkeslivet, i bostadsområdet och som brukare eller patient av exempelvis hälso- och sjukvård finns detta uttalat i varierande utsträckning på respektive sakområde. Även åtgärder för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter anknyter tydligt till kontroll, inflytande och delaktighet. Detta gäller exempelvis sexuella rättigheter som innebär att människor oberoende av kön, etnisk tillhörighet, funktionsförmåga, könsidentitet, sexualitet och ålder har rätt att bestämma över sin kropp och sin sexualitet utan att bli utsatta för diskriminering, kränkningar och våld.

På varje nämnt område pågår insatser med direkt eller indirekt syfte att stärka individer och gruppers kontroll, inflytande och delaktighet. Regeringen menar att det är avgörande att detta arbete fokuserar på att främja mer jämlika villkor för individer och grupper när det gäller kontroll, inflytande och delaktighet. Att generellt arbeta för att stärka individer och gruppers kontroll, inflytande och delaktighet kan förväntas bidra till förbättrade förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Särskilt prioriterade bör vara de som i lägre utsträckning än andra har möjlighet till eller upplever kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och i sitt eget liv. Utöver personer med bristande socioekonomiska förutsättningar kan det inbegripa exempelvis barn och unga, äldre, personer med funktionsnedsättning, personer med psykiska sjukdomar, hbtq-personer och personer med utländsk bakgrund. Det bör också vara högt prioriterat att utjämna skillnader mellan kvinnor och män, flickor och pojkar.

7.7.2 Insatser

Folkhälsoarbetet är inriktat på hälsans bestämningsfaktorer dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar hälsan. Folkhälsoarbete innebär systematiska insatser för att förbättra människors livsvillkor och uppnå god och jämlikt fördelad hälsa. Nedan presenteras ett urval av regeringens genomförda och pågående insatser som kan främja hälsa eller förebygga ohälsa inom målområdet.

Demokratisk delaktighet

Regeringen har sedan 2015 genom ett särskilt statsbidrag fördelat medel till organisationer i det civila samhället som driver lokala resurscenter för

demokratisk delaktighet. Satsningen riktar sig mot socioekonomiskt utsatta områden och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) är ansvarig aktör. År 2017 stöder regeringen verksamhet med lokala resurscenter i sju av landets mest socioekonomiskt utsatta områden. Målet med satsningen är att stärka individer som står särskilt långt från delaktighet i demokratin. Verksamheten ska syfta till att ge individer bättre förutsättningar att delta och komma till tals i demokratin främst genom att: 1) utgöra en mötesplats för lokalt engagemang, 2) inspirera till och stödja lokal egenorganisering i nätverk, grupper eller föreningar, 3) fungera som en länk till etablerade föreningar och organisationer och 4) erbjuda stöd och vägledning för att framföra åsikter och påverka beslutsfattande.

Insatser för att stimulera ett högt och mer jämlikt valdeltagande

Att rösta i allmänna val är en grundläggande form av politiskt deltagande samtidigt som ett högt valdeltagande är ett viktigt uttryck för styrelse-skicketets legitimitet. Inför de allmänna valen 2018 och valet till Europaparlamentet 2019 genomför regeringen därför ett antal åtgärder för att stimulera ett högt och mer jämlikt valdeltagande. Insatserna inriktas främst mot befolkningsgrupper som röstar i mindre utsträckning än övriga röstberättigade. Regeringen genomför även skolval samt ger stöd till organisationer inom det civila samhället och medel till de politiska partierna för informationsinsatser.

Främja kulturella verksamheter i socioekonomiskt utsatta områden med lågt valdeltagande

Äga rum är en satsning under perioden 2016–2018 på att främja kulturella verksamheter i socioekonomiskt utsatta områden med lågt valdeltagande. Syftet är att öka delaktighet och ökat utbud av kulturverksamheter för alla. Kulturella verksamheter bidrar på många sätt till en god folkhälsa.

Civilsamhällespolitikens utveckling

Ett självständigt, starkt, mångfasetterat och engagerat civilsamhälle är en central del i en levande demokrati. Regeringen avser att redogöra för utvecklingen av civilsamhällespolitiken åren efter propositionen En politik för det civila samhället (prop. 2009/10:55) i form av en skrivelse. Skrivelsens inriktning är förbättringar för mer långsiktiga och stabila villkor för det civila samhället när det gäller bidragssystemen, samrådsstrukturer och kunskap om det civila samhällets betydelse och särart hos offentliga aktörer.

Möjlighet till delaktighet och inflytande för de nationella minoriteterna

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har från 2015 haft i uppdrag att utarbeta former för samråd med de nationella minoriteterna för att dessa ska ha bättre möjligheter att påverka myndigheternas arbete med frågor som berör dem. Uppdraget syftar till att förbättra påverkansvägar och möjligheter till delaktighet och inflytande för de nationella minoriteterna i myndigheternas verksamhet.

Prop. 2017/18:249 *Främja goda levnadsvillkor för unga kvinnor och unga män utifrån ett jämställdhetsperspektiv*

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor fick år 2015 i uppdrag att främja goda levnadsvillkor för unga kvinnor och unga män utifrån ett jämställdhetsperspektiv. Uppdragets syfte var att främja ungdomars psykiska hälsa genom ett aktivt och delaktigt jämställdhetsarbete bland ungdomar.

Stärka unga kvinnors och unga mäns möjligheter till inflytande i de demokratiska processerna

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor har under perioden 2014–2018 fått i uppdrag att stärka unga kvinnors och unga mäns möjligheter till inflytande i de demokratiska processerna.

Mötesplatser och nätverk mellan unga nyanlända kvinnor och män och andra unga kvinnor och män

Det är viktigt för unga människors, inte minst unga nyanländas, välmående att ha en social kontext. Det unga civilsamhället kan ha en nyckelroll i det arbetet. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor fick år 2016–2017 i uppdrag att sprida goda exempel om hur det unga civilsamhället skapar mötesplatser och nätverk mellan unga nyanlända kvinnor och män och andra unga kvinnor och män.

Tematisk analys om ungas sexuella och reproduktiva rättigheter

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor genomförde under 2015 en tematisk analys om ungas sexuella och reproduktiva rättigheter. Syftet med analysen är att undersöka ungas villkor vad gäller sexuella och reproduktiva rättigheter samt beskriva nationella och lokala verksamheter samt organisationer som arbetar med frågor som rör ungas sexuella och reproduktiva rättigheter.

Kostnadsfria preventivmedel för personer under 21 år

För att värna unga kvinnors rätt till sexualitet utan oönskade graviditeter har regeringen infört kostnadsfria preventivmedel inom läkemedelsförmånerna för unga under 21 år. Reformen trädde i kraft den 1 januari 2017.

Första befolkningsstudien på området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att låta genomföra en befolkningsbaserad nationell enkätstudie på området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Syftet med studien är att skapa bättre förutsättningar för ett effektivt folkhälsoarbete avseende sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Folkhälsomyndigheten ska delredovisa uppdraget senast den 31 maj 2018 och slutrapportera uppdraget senast den 1 juni 2019.

Det behövs forskning för att möta utmaningarna och för att bidra till att främja migrationens potential, det finns också ett behov av forskning om migrationens och integrationens alla aspekter samt ökad kunskap om förutsättningarna för att skapa inkluderande och demokratiska samhällen. Vetenskapsrådet har sedan 2017 initierat ett tioårigt nationellt forskningsprogram som syftar till att öka kunskapen om dessa utmaningar.

Samverkan för att främja hbtq-personers lika rättigheter och möjligheter

Unga hbtq-personer är en grupp som i högre grad än andra unga i Sverige utsätts för kränkningar, våld och diskriminering. Unga hbtq-personers hälsa är därför sämre. Utsatthet och ohälsa riskerar även att påverka gruppens möjligheter till inflytande och delaktighet. I samband med antagandet av den nationella strategin för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck (2014) utsågs ett antal fokusområden och strategiska myndigheter för att skapa förutsättningar för ökad kunskap och likvärdigt bemötande av hbtq-personer. Från 2014 till 2017 har drygt 32 miljoner kronor avsatts till åtgärder för att stärka homosexuellas, bisexuellas och transpersoners lika rättigheter och möjligheter varav 8 miljoner till de strategiska myndigheterna. De strategiska myndigheterna – Diskrimineringsombudsmannen, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens kulturråd och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor – har genomfört en rad olika åtgärder. De olika åtgärderna har bl.a. resulterat i att kunskapen om hbtq-personers situation och levnadsvillkor har ökat, i synnerhet när det gäller utsatthet och ohälsa.

Andra lagstiftningsarbeten för stärkt straffrättsligt skydd för barn

Den 15 mars 2018 beslutade regeringen propositionen En ny sexualbrottslagstiftning byggd på frivillighet (prop. 2117/18:177) om bl.a. att straffskalan för brottet grov våldtäkt mot barn höjs från fängelse i fyra år till fängelse i fem år, att det vid bedömningen av om bl.a. ett våldtäktsbrott är grovt ska särskilt beaktas om gärningsmannen med hänsyn till offrets låga ålder visat särskild hänsynslöshet eller råhet och att det straffrättsliga skyddet vid sexualbrott mot barn stärks vid oaktsamhet hos gärningsmannen i fråga om barnets ålder. Den 22 juni 2017 beslutade regeringen även om propositionen Effektivare lagstiftning mot vuxnas kontakter med barn i sexuellt syfte (prop. 2016/17:214) med förslag om skärpt lagstiftning mot vuxnas kontakter med barn i sexuellt syfte. Lagändringarna trädde i kraft den 1 januari 2018.

Handlingsplan till skydd för barn mot människohandel, exploatering och sexuella övergrepp

Att motverka människohandel, liksom exploatering och sexuella övergrepp, mot alla barn oavsett kön, könsidentitet eller könsuttryck är en prioriterad fråga för den svenska regeringen. Därför beslutade regeringen i juni 2016 om en treårig handlingsplan med 23 åtgärder som ska bidra till att nå delmålen i Agenda 2030 om att dels eliminera övergrepp, utnyttjande, människohandel och alla former av våld eller tortyr mot barn,

Prop. 2017/18:249 dels avskaffa alla former av våld mot kvinnor och flickor i det offentliga och privata rummet, inklusive människohandel, sexuellt utnyttjande och andra typer av exploatering. Regeringen följer kontinuerligt upp handlingsplanen.

Insatser för att stärka delaktighet och rättigheter för personer med allvarlig psykisk ohälsa

År 2016 antog regeringen en ny strategi inom området psykisk hälsa. Strategin innehåller fem olika fokusområden, varav ett rör delaktighet och rättigheter. I en överenskommelse för 2018 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser på området psykisk hälsa, är medel särskilt avsatta för brukarmedverkan. Detta ska säkerställa att representanter för patienterna är delaktiga i planeringen av de insatser som utförs med anledning av överenskommelsen. Patienter som vårdas med tvång befinner sig i en särskilt utsatt ställning och det är därför extra viktigt att så långt som möjligt säkerställa patienternas medverkan i tvångsvård. Den 1 juli 2017 trädde lagändringar i lagen om psykiatrisk tvångsvård och i lagen om rättspsykiatrisk vård i kraft, som syftar till att skapa bättre förutsättningar för patienter delaktiga i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

7.8 Målområde 8: En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Regeringens bedömning: Hälso- och sjukvård bör erbjuda vård som ger bästa hälsoresultat med befintliga resurser. Vården bör vara tillgänglig efter behov, patienter erbjudas hälsofrämjande och förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser av god kvalitet samt delaktighet och kontinuitet. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård bör därför utgöra ett särskilt målområde.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: Den svenska hälso- och sjukvården fungerar i många avseenden väl. En internationell jämförelse ger goda resultat relativt de resurser som läggs på hälso- och sjukvården. Huvudmännen för hälso- och sjukvård står emellertid inför flera utmaningar. Det handlar om demografiska förändringar med allt fler äldre och multisjuka, ett ändrat sjukdomspanorama med fler långvarigt och kroniskt sjuka, nya krav från brukarna samtidigt som det sker en medicinteknisk utveckling och digitalisering som ständigt skapar nya förutsättningar för både vården och för patienterna. En av de stora utmaningarna för hälso- och sjukvården är brist på rätt kompetens, t.ex. sjuksköterskor och läkare med allmänspecialistkompetens i primärvården. Att ha tillgång till personal är en viktig förutsättning för att kunna ge en

jämlik vård. För att skapa förutsättningar för en likvärdig vård bidrar staten till att utjämna de ekonomiska förutsättningarna mellan landstingen genom det kommunala utjämningsystemet samt genom riktade stadsbidrag på hälso- och sjukvårdsområdet. En annan form av styrning är kunskapsstyrning där t.ex. Socialstyrelsens nationella riktlinjer ger stöd vid prioriteringar och val av behandlingar och metoder.

Nationella riktlinjer och kvalitetsregister är ett betydelsefullt stöd i att utveckla en vård som har samma kvalitet oavsett vårdgivare men ytterst behöver varje beslut ske utifrån den enskilda individens behov. Som nämnts tidigare beror skillnader i insatser mellan olika befolkningsgrupper inom en vårdgivare ofta på vad som händer i vårdmötet. En mer detaljerad styrning passar därför inte när det gäller att avgöra vårdens innehåll, det bör avgöras i själva vårdmötet.

De senaste decenniernas samhällsutmaningar med stora behov och begränsade resurser har ställt nya krav på hälso- och sjukvården. En av lösningarna är en tydligare inriktning av verksamheten, mot bättre hälsa för patienter och befolkningen. Det var bl.a. mot bakgrund av denna utveckling som nuvarande målområde, En hälsofrämjande hälso- och sjukvård, infördes i folkhälsopolitiken (prop. 2002/03:35). Denna reorientering innebär en utveckling av hälso- och sjukvårdens arbete med hälsofrämjande insatser för patienterna, bland annat genom att utveckla vårdens bemötande men också en tydligare proaktiv ansats i form av starkare förebyggande insatser för patienter och befolkning. Dessa insatser är också av betydelse för en jämlik vård. Hälsofrämjande åtgärder är särskilt viktiga för dem som har en kronisk sjukdom. De flesta kroniska sjukdomar är möjliga att förebygga genom att påverka levnadsvanor.

Det förebyggande arbetet kan ske både före och efter insjuknande. Begreppet primär prevention innebär insatser som avser att förhindra att sjukdom uppkommer, medan sekundär prevention avser insatser för att förhindra återinsjuknande men också tidig upptäckt av sjukdom. En effektiv prevention och ett hälsofrämjande förhållningssätt kan innebära ekonomiska besparingar för individen, för hälso- och sjukvården och för samhället men också i ökat välbefinnande hos individen. Det finns emellertid stora skillnader i hur hälso- och sjukvården arbetar med att minska hälsoklyftor i sitt förebyggande arbete. Detta gäller både hur landstingen styr och hur hälso- och sjukvården prioriterar frågan.

Kultur och hälsa hör ihop

På senare tid har forskning om kultur och hälsa fått ökad betydelse och genomslag, både i Sverige och i omvärlden. Runt om i Sverige pågår många verksamheter som drivs av lokala, regionala och nationella aktörer inom området kultur och hälsa. Exempelvis har Stockholms läns landsting skapat ett kompetenscentrum för att hälso- och sjukvården ska kunna ta del av kulturens potential som hälsofaktor i länets vård- och omsorgsverksamhet. Vid Danderyds sjukhus pågår forskning om kulturaktiviteter kan minska smärta och isolering. Runt om i landet pågår verksamheter, bl.a. där musik kan lindra strokedrabbade, dans kan hjälpa parkinsonsjuka och bildterapi lindra personer som drabbats av svåra depressioner.

7.8.1 Inriktning på arbete inom målområdet En hälsofrämjande hälso- och sjukvård som främjar god och jämlik hälsa

Regeringens bedömning: Det förekommer, för de flesta diagnoser, omotiverade skillnader i vårdens insatser och resultat mellan olika sociala grupper. Vården bör verka hälsofrämjande och förebyggande och med ett systematiskt jämlikhetsfokus samt att behandling utgår från patientens behov och möjligheter. Centralt för arbete för en god och jämlik hälsa är:

- tillgänglighet som motsvarar olika behov,
- vårdmöten som är hälsofrämjande och skapar förutsättningar för jämlika insatser och resultat,
- hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Kommissionen för jämlik hälsas bedömning: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig bakom föreslagen inriktning och har i huvudsak inte framfört särskilda synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård har en viktig roll i arbetet för att minska hälso- klyftorna. Därför är det viktigt att ha ett systematiskt jämlikhetsfokus i all hälso- och sjukvård. Centralt för en god och jämlik hälsa är att vården är tillgänglig för alla som behöver hälso- och sjukvård. Detta gäller för all vård såsom förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. I Sverige anser ungefär en av fyra att de inte har tillgång till den vård de behöver, och en av fem avstår från att söka vård fast de upplever att de behöver. Andelen som avstår från att söka vård trots upplevda behov är högre hos dem med enbart grundskoleutbildning, hos utrikes födda och hos arbetare jämfört med tjänstemän. Andelen skiljer sig också påtagligt utifrån arbetsituation, 45 procent bland arbetslösa, 37 procent hos långtidssjukskrivna och 22 procent bland dem som har arbete. Att personer inte har råd, långa väntetider, geografiska avstånd och oklara rutiner för tidsbokning hos vårdgivare är några skäl för att inte efterfråga vård. En annan, sannolikt grundläggande, orsak är bristande tillit till välfärdsinstitutionerna. Låg tillit till välfärdsinstitutionerna är vanligare hos människor med låg socioekonomisk position. Tillit är också kopplad till ålder, kön och andra diskrimineringsorsaker, t.ex. utländsk bakgrund.

Regeringen instämmer i allt väsentligt med kommissionens bedömning att vårdmötet är viktigt och kan bidra till en god och jämlik vård och hälsa. Vårdmötet bör kännetecknas av patient- och personcentrering, ett stödjande av personens psykosociala resurser, ett icke-diskriminerande förhållningssätt och information och kommunikation som patienten förstår samt av kontinuitet i vårdkontakten. Dessa punkter är avgörande för att förstå patientens problem, sätta rätt diagnos och därmed erbjuda rätt vård som är anpassad utifrån varje patients behov men också för att patienten ska förstå och följa överenskommen behandling. Vårdmötet bör stärka personers tilltro till sin förmåga att hantera sin sjukdom och att skapa en tillit till vården. Om tidigare vårdmöten gett upplevelser av

brustna förväntningar, negativa erfarenheter av bemötande, diskriminering och misstro är risken att patienter trots behov inte söker vård eller att vissa söker för sent för att få optimal behandling. Värdet av hälso- och sjukvården uppstår i själva mötet eller interaktionen mellan patienten och vården.

Hälso- och sjukvården bör utveckla det förebyggande arbete för patienter och befolkning. I dag domineras sjukdomsbilden av kroniska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdom, cancer, lungsjukdom, ledsjukdom och psykiska sjukdomar. Det finns omfattande kunskap om att dessa sjukdomar kan förebyggas med hälsosamma levnadsvanor. Att tidigt upptäcka sjukdomar är en annan viktig förebyggande åtgärd som ökar sannolikheten för en framgångsrik behandling. Den svenska hälso- och sjukvårdens struktur är emellertid fortfarande till stor del uppbyggd med fokus på sjukdomsbehandling och mindre på prevention. Effektiv prevention kan innebära stora besparingar för individen, för hälso- och sjukvården och för samhället.

Hälso- och sjukvårdens organisering är avgörande för att skapa förutsättningar för en jämlik vård vad gäller både tillgång till vård och kvalitet i behandlande, främjande och förebyggande insatser så att dessa anpassas utifrån proportionell universalism, dvs. är tillgänglig för alla men anpassade utifrån olika gruppers särskilda behov. Organisering innefattar också ledning och styrning men även uppdrag och uppföljning. Av denna anledning är det viktigt att sätta upp mål, analysera konsekvenser vid reform- och utvecklingsarbete och systematiskt analysera skillnader i vårdens insatser och resultat för att följa verksamhetens påverkan på jämlik hälsa.

7.8.2 Insatser

Folkhälsoarbetet är inriktat på hälsans bestämningsfaktorer dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar hälsan. Folkhälsoarbete innebär systematiska insatser för att förbättra människors livsvillkor och uppnå god och jämlikt fördelad hälsa. Nedan presenteras ett urval av regeringens genomförda och pågående insatser som kan främja hälsa eller förebygga ohälsa inom målområdet.

Professionsmiljarden

Regeringen har avsatt 1 miljard kronor per år fr.o.m. 2015 för att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården, förbättra förutsättningarna för rätt användning av professionernas kompetens och påverka landstingens kompetensförsörjning i positiv riktning. Insatserna bidrar till att öka kvaliteten i vården samt till en bättre och mer jämlik hälsa.

En mer jämlik och tillgänglig cancervård

Regeringen avsätter 500 miljoner kronor per år 2015–2018 för att korta väntetiderna inom cancervården och minska de regionala skillnaderna. Syftet är att skapa en mer jämlik cancervård med ökad kvalitet och nöjdare patienter. Arbetet för att korta väntetiderna i cancervården bör bygga på det arbete som gjorts inom ramen för den nationella cancerstrategin och de regionala cancercentrum (RCC) som upprättats. RCC:s

Prop. 2017/18:249 roll är att genom regional och nationell samverkan bidra till en mer jämlik, säker och effektiv cancervård.

Satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa

Efterfrågan på barnmorskor i Sverige överstiger tillgången, enligt Socialstyrelsens nationella planeringsstöd. Tillgången till barnmorskor har ökat under senare år. Emellertid är den regionala variationen stor och efterfrågan förväntas öka. Regeringen avsatte 200 miljoner kronor under 2015 och har aviserat att årligen 2016–2019 avsätta 400 miljoner kronor till förlossningsvården och 130 miljoner kronor för att stärka kvinnors hälsa, med ett särskilt fokus på insatser i primärvården. Regeringen ser ett fortsatt behov av att stärka förlossningsvården och avsatte ytterligare 300 miljoner kronor 2017 och 1 730 miljoner kronor 2018.

Vården för personer med kroniska sjukdomar utvecklas

Förekomsten av kroniska sjukdomar ökar och ligger bakom merparten av sjukdomsburden i befolkningen. Under åren 2014–2017 har regeringen genomfört insatser för att stärka vårdens förutsättningar att arbeta på ett mer patientcentrerat sätt, att erbjuda vård och behandling som bygger på bästa tillgängliga kunskap och att förebygga utvecklingen av kroniska sjukdomar. För att främja jämlikheten inom hälso- och sjukvården ingick regeringen en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar under 2014–2017. Denna satsning omfattade 450 miljoner kronor.

Satsning på vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar

Med anledning av att det inom vissa yrkeskategorier i hälso- och sjukvården råder brist på utbildad personal föreslog regeringen i vårändringsbudgeten för 2015 och budgetpropositionen för 2016 en utbyggnad av utbildningarna till sjuksköterska, barnmorska och specialistsjuksköterska. Utbyggnaden innebär att universitet och högskolor tillförs resurser motsvarande 2 100 helårsstudenter på sjuksköterskeutbildningen, 375 helårsstudenter på barnmorskeutbildningen och 600 helårsstudenter på specialistsjuksköterskeutbildningen. Vidare föreslog regeringen i budgetpropositionen för 2018 att läkarutbildningen ska byggas ut. Fullt utbyggt 2023 beräknas satsningen omfatta 96 miljoner kronor, vilket motsvarar ca 440 helårsstudenter.

Nationell översyn av området kultur och hälsa

Regeringen gav 2017 Statens kulturråd i uppdrag att i dialog med Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen göra en översyn av kulturens roll i det förebyggande folkhälsoarbetet, främjande av psykisk hälsa samt kulturens roll inom hälso- och sjukvården. Översynen omfattar samtliga län. Deltagande i kulturverksamheter bidrar även till stärkt självkänsla, livslångt lärande, social inkludering och delaktighet i samhället. Dessa faktorer bidrar på många olika sätt till en god folkhälsa. Uppdraget ska redovisas i augusti 2018.

Psykisk ohälsa är en av vår tids stora utmaningar. Till exempel mår allt fler unga, särskilt kvinnor, dåligt i dagens samhälle. Här behövs långsiktiga satsningar på främjande av psykisk hälsa, förebyggande arbete och vård för psykisk ohälsa som kan ge hållbara förbättringar för framtiden. För att möta den ökande ohälsan bland barn och unga vuxna t.o.m. 30 år föreslår regeringen att satsningen inom området psykisk ohälsa förstärks med 280 miljoner kronor per år 2016–2019. Medlen ska användas dels för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete, dels för att stimulera nya initiativ. Regeringen avsätter härmed sammanlagt drygt 1 miljard kronor per år 2016–2019 för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa.

Regeringen avsätter ytterligare 50 miljoner kronor 2018 för att förbättra tillgången till vård för att motverka psykisk ohälsa hos barn och unga i gruppen asylsökande och nyanlända. Regeringen beräknar att anslaget ökar med motsvarande belopp fr.o.m. 2019. Regeringen har tagit initiativ till förstärkningar av de pågående satsningarna på psykisk hälsa, med särskilt fokus på första linjens psykiatri för barn och unga samt psykiatrisk vård för vuxna. Anslaget föreslås öka med 500 miljoner kronor 2018 och beräknas öka med 1 000 miljoner kronor per år 2019 och 2020 för detta ändamål. Därtill beslutade regeringen i oktober 2017 om ett uppdrag till Folkhälsomyndigheten om att genomföra en fördjupningsstudie samt fördela medel när det gäller psykisk hälsa och suicidprevention riktad till transpersoner.

Uppdrag att ta fram förslag inför handlingsplan mot könsstypning av flickor och kvinnor

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag inom områdena socialtjänst, elevhälsa samt hälso- och sjukvård som ska ingå i en handlingsplan mot könsstypning av flickor och kvinnor. Uppdraget är en del av regeringens arbete med att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. I Socialstyrelsens uppdrag ingår att göra en inventering av pågående insatser inom området och se över vilka stödbehov som finns hos flickor och kvinnor som är i riskzonen för könsstypning eller har blivit könsstypade, hos anhöriga och bland berörda yrkesgrupper. Uppdraget ska redovisas 30 mars 2018.

Informationsinsatser om hälsosamma matvanor för att förebygga kroniska sjukdomar

Livsmedelsverket har fått i uppdrag att, under 2017, genomföra systematiska informationsinsatser om hälsosamma matvanor för att förebygga kroniska sjukdomar. Uppdraget ingår som en del i regeringens satsning på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Informationen ska riktas till yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården med särskilt fokus på primär- och närsjukvård. I uppdraget ingår också att bistå Dietisternas Riksförbund med att ta fram ett utbildningskoncept för yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården om hälsosamma matvanor. Uppdraget ges mot bakgrund av den plan för informationsinsatser som Livsmedelsverket har tagit fram i samråd med Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.

En snabb etablering svarar mot hälso- och sjukvårdens behov av kompetens, samtidigt som den bidrar till integration och sysselsättning. För att tillvarata kompetensen hos personer med hälso- och sjukvårdsutbildning från andra länder tillförde regeringen därför Socialstyrelsen 75 miljoner kronor extra under 2016 och 47 miljoner kronor extra under 2017 för att effektivisera och förbättra valideringsprocessen för nyanlända med hälso- och sjukvårdsutbildning från annat land. Från 2018 och framåt tilldelas Socialstyrelsen 42 miljoner kronor per år för denna verksamhet. Som tidigare nämnts har medlen för kompletterande utbildning för personer med avslutad utländsk utbildning ötokats. Satsningen innebär en ökning av volymen på de kompletterande utbildningarna för läkare, sjuksköterskor och tandläkare samt uppstart av ytterligare utbildningar. Väntetiderna för den första prövningen har i genomsnitt minskat med 14 månader, från 16 månader till två månader.

Kostnadsfria läkemedel för personer under 18 år

I budgetpropositionen 2016 avsatte regeringen 343 miljoner kronor för 2016 och 409 miljoner kronor permanent från och med 2017 för att göra det möjligt för personer under 18 år att kostnadsfritt få läkemedel och andra förmånsberättigade varor inom läkemedelsförmånerna. Reformens syfte är att möjliggöra en vård på lika villkor oavsett barnfamiljers ekonomi och därigenom utjämna hälsoskillnader bland barn och unga

En stärkt tandvård för unga

Den kostnadsfria tandvården för barn och unga upp till 19 år har framgångsrikt bidragit till bättre tandhälsa. För att ytterligare förbättra tandhälsan har regeringen även infört kostnadsfri tandvård för unga vuxna. Tandvård har fr.o.m. den 1 januari 2017 erbjudits kostnadsfritt för unga upp t.o.m. det år de fyller 21 år. I ett andra steg avses åldersgränsen höjas fr.o.m. den 1 januari 2018 till att gälla unga upp t.o.m. det år de fyller 22 år och från den 1 januari t o m det år de fyller 23 år. Landstingen ska kompenseras via det generella statsbidraget.

För att ytterligare stimulera till regelbundna besök i tandvården i förebyggande syfte avser regeringen att fördubbla det allmänna tandvårdsbidraget från 300 kronor till 600 kronor för gruppen 22–29 år, från 150 till 300 kronor för gruppen 30–64 år och från 300 till 600 kronor för gruppen 65 år eller äldre. Reformen föreslås träda i kraft den 15 april 2018. Detta innebär en satsning på 531 miljoner kronor för 2018 och därefter 750 miljoner kronor per år. Tandvården är avgiftsfri för personer t.o.m. det år de fyller 22 år.

Ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa

Regeringen har tillsatt en utredning med uppdrag att utreda och lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. Föreslagna förändringar ska gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och minska skillnaderna i tandhälsa i befolkningen. Utredaren ska analysera skillnader i tandhälsa samt identifiera

faktorer och incitament för en mer jämlik tandvård och tandhälsa. Utredaren ska vidare analysera och överväga åtgärder för att tandvårdssystemet ska uppfattas som mer förutsägbart för såväl patienter och vårdgivare som företrädare för professionerna. Utredaren ska också pröva vilken betydelse prissättningen på tandvårdsmarkanden har före en jämlik tandvård och tandhälsa.

Kostnadsfri mammografi till kvinnor mellan 40 och 74 år

Mammografi är ett effektivt sätt att tidigt upptäcka bröstcancer. Täckningsgraden kan emellertid behöva öka. Detta gäller i synnerhet i socioekonomiskt svaga grupper. Regeringen har infört kostnadsfri mammografi till kvinnor mellan 40 och 74 år från och med den 1 juli 2016. Regeringen har även infört avgiftsfri screening för livmoderhalscancer. Satsningen innebär att cellprov i de intervall och åldersgrupper som rekommenderas av Socialstyrelsen i det nationella screeningprogrammet för livmoderhalscancer kommer att vara avgiftsfria i hela landet från och med 2018. Landstingen kommer att kompenseras med 141 miljoner kronor per år. Satsningen är en del i den budgetöverenskommelse regeringen har slutit med Vänsterpartiet.

Stöd kring fallprevention

Livsmedelsverket har i uppdrag under 2018 att ta fram och sprida kunskapsstöd kring mat och måltider som fallprevention. Kunskapsstöden ska vara riktade till professionen inom vård och omsorg. I samverkan med Socialstyrelsen ska Livsmedelsverket också ta fram och sprida ett informationsmaterial riktat till äldre kvinnor och män om maten och måltidens betydelse för att minska risken för fallolyckor.

8 Ekonomiska konsekvenser

Förslagen i denna proposition handlar om det folkhälsopolitiska ramverket och hur det kan utvecklas för att på bästa sätt kunna utgöra en infrastruktur för arbetet med en god och jämlik folkhälsa. Förslagen förväntas inte påverka de totala kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda.

För att bedriva folkhälsoarbetet, enligt den inriktning som regeringen anger i denna proposition, krävs insatser från många myndigheter, från kommunerna och landstingen och från den ideella sektorn, däribland stora delar av frivilligrörelsen. I propositionen föreslås inte några förändringar när det gäller rådande ansvarsfördelning. Propositionen bedöms medföra begränsade kostnadsökningar för Folkhälsomyndigheten och två länsstyrelser.

Sammanfattning av SOU 2016:55 Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete

Kommissionen för jämlik hälsa har i uppdrag att föreslå åtgärder som kan bidra till att minska hälsoklyftorna i Sverige och att föra en bred dialog med relevanta aktörer om jämlik hälsa. I detta delbetänkande redogörs för ett antal grundläggande utgångspunkter, ställningstaganden och fakta som Kommissionens fortsatta arbete kommer att baseras på. Kommissionen lägger inte några förslag till åtgärder här. Delbetänkandet är i stället ett viktigt led i arbetet med att formulera konkreta förslag och ett underlag för Kommissionens fortsatta dialog med berörda aktörer om jämlik hälsa.

Varför jämlik hälsa? Nästan alla människor i Sverige delar uppfattningen att hälsa är mycket viktigt. Att alla ska ha samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv uttrycks i svensk grundlag, i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, liksom i WHO:s stadgar. I verkligheten har dock inte alla människor i Sverige samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv. Människor med olika lång utbildning, olika yrken eller olika stora inkomster skiljer sig också påtagligt åt i hälsa, sjukdomsrisk och livslängd. Kommissionen definierar ojämlikhet i hälsa som systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position. Kommissionens huvudsakliga fokus ligger på skillnader mellan socioekonomiska grupper samt mellan könen. Socioekonomisk position kan fångas på flera sätt, men oftast använder vi utbildningsnivå som indikator på människors sociala position. Ojämlikhet i hälsa uppkommer genom skillnader mellan sociala grupper i tillgången till ett antal sammankopplade och ömsesidigt förstärkande villkor och möjligheter (resurser), i ett samspel som sker över hela livet. Det handlar bl.a. om livsvillkor såsom utbildning, arbete, boende och om levnadsvanor. Hälsa är därmed både en förutsättning för och ett resultat av andra villkor och möjligheter, som utbildning, arbete, försörjning etc. Samtidigt menar vi att sociala skillnader i hälsa också måste förstås mot bakgrund av de reella möjligheter som människor har att göra och vara det de vill, samt de socialt påverkade handlingsmönster som delvis styr människors handlingar. Kommissionen ser därför ojämlikhet i hälsa som ett resultat av samspelet mellan individ och samhälle, där såväl individ som samhälle har ett ansvar. Resurser centrala för hälsa genereras av individer själva och deras familjer, men olika välfärdsstatliga institutioner är också betydelsefulla genom att tillhandahålla vad vi kallar kollektiva resurser. De kollektiva resursernas tillgänglighet och kvalitet blir särskilt viktiga för de grupper som har mindre av resurser och handlingsutrymme. Det finns olika argument för att det är viktigt att arbeta för jämlik hälsa. Det finns moraliska och rättviseteoretiska argument, och rätten till hälsa fastslås i svensk lag samt i flera internationella konventioner om de mänskliga rättigheterna. Andra argument är kopplade till bättre utnyttjande av det allmännas resurser samt hållbar utveckling. Dessa argument kompletterar varandra och ger sammantaget ett brett underlag för att uppmärksamma och verka för minskade sociala skillnader i hälsa.

Hälsans ojämlika fördelning Medellivslängd och dödlighet skiljer sig mellan olika sociala grupper i samhället i Sverige. Personer med kort utbildning har kortare medellivslängd och högre dödlighet än personer med lång utbildning. Kvinnor lever fortfarande i genomsnitt längre än män, men har i många avseenden en sämre hälsa. Barns hälsa påverkas av familjebakgrund och det tidiga livet har en på många sätt avgörande effekt för utveckling och hälsa senare i livet. Det finns även geografiska skillnader i hälsa. Medellivslängden skiljer sig exempelvis mellan norra och södra Sverige och mellan stad och landsbygd. Samtidigt finns det stora skillnader inom större och medelstora städer där befolkningsammansättningen skiljer sig mellan städernas olika delar. Vidare finns det hälsoskillnader mellan personer i särskilt utsatta situationer och den övriga befolkningen. Särskilt tydliga är dessa skillnader för personer med funktionsnedsättning, hbtq-personer och vissa nationella minoriteter.

Strategisk styrning och jämlika villkor Kommissionens arbete tar sin utgångspunkt i forskningen om jämlik hälsa och i arbetet av tidigare kommissioner för jämlik hälsa på såväl internationell nivå, som på lokal och regional nivå i Sverige. Den nationella folkhälsopolitiken utgör också ett viktigt ramverk för Kommissionens uppdrag och arbete. Utifrån detta, samt den dialog Kommissionen kontinuerligt för med relevanta aktörer, har två huvudsakliga inriktningar för förslag på hur hälsoskillnaderna i Sverige ska kunna minskas identifierats: 1) förslag med syfte att skapa mer jämlika livsvillkor inom sju områden som är centrala för en jämlik hälsa och 2) förslag med syfte att främja en mer strategisk styrning och uppföljning av insatser för jämlik hälsa. När det gäller förslag för att skapa mer jämlika livsvillkor har Kommissionen identifierat följande områden där olika former av resursbrister kan vara mest avgörande för jämlik hälsa: 1) Det tidiga livet; 2) Kunskaper, kompetenser och utbildning; 3) Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö; 4) Inkomst och försörjningsmöjligheter; 5) Boende och närmiljö; 6) Levnadsvanor; samt 7) Kontroll, inflytande och delaktighet. När det gäller förslag för att främja en mer strategisk styrning och uppföljning av insatser för en jämlik hälsa kommer Kommissionen att formulera förslag som handlar om en mer strategisk, långsiktig och sektorsövergripande styrning, organisering och uppföljning av folkhälsopolitiken och av andra verksamheter som påverkar jämlik hälsa.

Politik för en god och jämlik hälsa De sju områden som Kommissionen har identifierat som särskilt avgörande för jämlik hälsa motsvaras av en mängd samhällsinstitutioner och aktörer. Dessa inkluderar exempelvis olika välfärdstjänster som mödra- och barnhälsovård, förskola, skola, hälso- och sjukvård, handikapp- och äldreomsorg, samt olika socialförsäkrings- och transfereringssystem som föräldrapenning, barnbidrag, sjukpenning, arbetslöshetsersättning och pensioner. Att dessa och folkhälsopolitiken som sådan fungerar på ett sätt som främjar jämlik hälsa är avgörande. Utifrån de resonemang som redovisas i delbetänkandet har Kommissionen identifierat tre principiellt olika typer av åtgärder för att åstadkomma en mer jämlik hälsa. För det första åtgärder som handlar om att stärka människors egna möjligheter att agera och generera resurser. För det andra åtgärder som innebär att göra mer av sådant som verkar fungera. Här kan kommande diskussioner exempelvis komma att handla frågor som täckningsgrad och ersättningsnivåer i

Prop. 2017/18:249 socialförsäkringar eller andel barn inskrivna i förskolan. För det tredje
Bilaga 1 åtgärder som innebär att göra saker bättre eller annorlunda för att på så
sätt få ut mer nytta för brukare av olika välfärdstjänster. Här kan mer
strategisk styrning, ledning och uppföljning vara centrala element. Detta
sammantaget utgör utgångspunkterna för Kommissionens fortsatta arbete
med att ta fram förslag på hur hälsoskillnaderna i Sverige kan minska.

Sammanfattning av SOU 2017:4 För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket

Prop. 2017/18:249
Bilaga 2

Kommissionen för jämlik hälsa har i uppdrag att föreslå åtgärder som kan bidra till att minska hälsoklyftorna i Sverige och att föra en bred dialog med relevanta aktörer om jämlik hälsa. Enligt direktiven ska Kommissionen även överväga ändamålsenligheten av den sektorsövergripande strukturen för uppföljning av folkhälsopolitiken i förhållande till målet att sluta hälsoklyftorna inom en generation. Vid en analys av denna del av uppdraget tedde sig dock avgränsningen till att endast överväga uppföljningen för snäv. Kommissionen har därför valt att diskutera och analysera såväl styrning som uppföljning av folkhälsopolitiken och lägger fram en rad förslag med syfte att utveckla och förtydliga det folkhälsopolitiska ramverket för en god och jämlik hälsa.

Vad behöver uppnås?

Styrningen och uppföljningen inom ramen för det nuvarande folk-hälsopolitiska ramverket fungerar inte som avsett. Kommissionens bedömning är att den befintliga folkhälsopolitiken i grunden är rätt tänkt men samtidigt i behov av utveckling. I synnerhet gäller detta den del av ramverket som syftar till ett brett sektorsövergripande arbete av alla relevanta aktörer för en god och jämlik hälsa och samordningen av detta arbete. En väl fungerande styrning såväl som uppföljning är en viktig förutsättning för att nå målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation och därmed för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

För att uppnå detta krävs *för det första* ökat fokus på jämlikhet och tydligare mål. *För det andra* att arbetet organiseras så att det bedrivs brett, löpande, långsiktigt och dynamiskt i förhållande till ett föränderligt samhälle. *För det tredje* krävs ökat ägarskap från alla berörda aktörer och sektorer. Detta förutsätter i sin tur bättre stöd och samordning. *För det fjärde* krävs en mer utvecklad uppföljning som möjliggör jämförelser över tid och mellan olika samhällsnivåer samt en analys av drivkrafter bakom ojämlik hälsa.

Problembild

Kommissionen har identifierat ett antal utvecklingsområden som behöver hanteras. Det finns otydligheter i målstrukturen som försvårar såväl styrning som uppföljning av folkhälsopolitiken. Exempelvis saknas delmål och statusen för målet om jämlik hälsa är oklar. Vidare varierar genomslaget för folkhälsopolitiken som helhet, liksom för målet om jämlik hälsa, bland relevanta aktörer. Genomslaget är bättre på lokal och regional än statlig nivå, även om det finns en variation mellan kommuner och regioner. Ytterligare ett problem är att ett allt för snävt och ensidigt fokus har lagts på ett begränsat antal målområden inom folkhälso-

politiken, vilket gör det svårt att nå målet om en god och jämlik hälsa. Som en konsekvens av ett allt för snävt fokus har relevanta aktörer bristande eller otydliga uppdrag och saknar i stor utsträckning det stöd de anser sig behöva i arbetet. Fler behöver involveras i arbetet och känna ett aktivt ägarskap för en god och jämlik hälsa. Folkhälsomyndighetens och länsstyrelsernas roll i folkhälsopolitiken behöver förtydligas. Slutligen är uppföljningssystemet inte ändamålsenligt för att följa upp utvecklingen i förhållande till målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation.

Förslag

Våra förslag syftar till att sammantaget etablera ett uppdaterat ramverk för den breda folkhälsopolitiken med ett tydligare fokus på en god och jämlik hälsa. De olika delarna utgör därmed en helhet som är avsedd att både lösa de olika problem vi identifierat och lägga grunden för ett långsiktigt hållbart tvärsektorielt arbete.

Ett övergripande mål med stärkt fokus på jämlik hälsa

Det övergripande folkhälsopolitiska målet bör på ett tydligare sätt adressera den ojämlika hälsan. Kommissionen föreslår därför att jämlikhetsaspekten tydliggörs. Ambitionen att en god och jämlik hälsa i hela befolkningen ska uppnås inom en generation bör uttryckas i anslutning till det omformulerade målet. Vi föreslår därför att det övergripande målet för folkhälsopolitiken ändras till:

Att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

Färre målområden med stärkt fokus på jämlikhet

Det behövs en större tyngdpunkt på de breda livsområden som Kommissionen har pekat ut som avgörande för en god och jämlik hälsa. Kommissionen föreslår därför att dagens elva målområden omvandlas till åtta prioriterade målområden för en god och jämlik hälsa:

1. Det tidiga livets villkor
2. Kompetenser, kunskaper och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Strategier som täcker alla målområden ska säkra ett löpande arbete med tydliga mål och ägarskap av berörda aktörer

Kommissionen föreslår att strategier tas fram som omfattar alla målområden. På så vis skapas en slags motor som är tänkt att löpande driva det

folkhälsopolitiska arbetet på nationell nivå. I strategierna formuleras konkreta och uppföljningsbara delmål och etappmål för arbetet. Strategierna bör tas fram i ett brett samarbete mellan relevanta aktörer och förankras i riksdagen. De bör omfatta 3–5 år och utvärderas efter strategiperioden. Samtliga målområden bör vara täckta senast år 2020.

Ny övergripande struktur på nationell nivå

För att stärka samordningen av folkhälsopolitiken i Regeringskansliet föreslår Kommissionen att det inrättas en interdepartemental arbetsgrupp samt en nationell GD-grupp för god och jämlik hälsa. Dessa bör ges en aktiv roll i strategiarbetet. Mer fokus bör läggas på arbete för att ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv integreras i alla relevanta departement och myndigheters arbete. Regeringen bör också pröva möjligheterna att integrera jämlik hälsa i budgetarbetet.

Ett utvecklat uppföljningssystem

Folkhälsomyndigheten bör ytterligare utveckla sitt arbete med uppföljningen av folkhälsopolitiken i samarbete med relevanta aktörer. Uppföljningen bör byggas kring en kärna av indikatorer som går att följa på nationell, regional och lokal nivå och som i möjligaste mån kopplar till EU- och internationell nivå. Indikatorerna bör möjliggöra en analys av socioekonomiska skillnader. Folkhälsomyndigheten bör vidare arbeta för ökad spridning av resultaten av uppföljningen, samt ansvara för en regelbunden och strukturerad uppföljning av hälsan bland grupper i särskilt utsatta situationer. För detta arbete behöver myndigheten tillgång till relevanta mikrodata. Ett tillägg bör även göras i förordningen om officiell statistik (SFS 2001:100) som innebär att all individbaserad officiell statistik, om det inte finns särskilda skäl mot detta, bör vara uppdelad efter någon socioekonomisk bakgrundsfaktor.

Myndigheters roll görs tydligare

Kommissionen menar att Folkhälsomyndighetens roll som samordnande aktör för folkhälsopolitiken bör förtydligas och stärkas. Nödvändiga resurser som motsvarar detta förtydligade uppdrag bör säkerställas. Länsstyrelserna liksom andra relevanta myndigheter bör också få tydligare instruktioner om sin roll i det breda arbetet med god och jämlik hälsa.

Kommuner, landsting och regioner har en central roll

Många kommuner, landsting och regioner arbetar aktivt inom de livsområden som är centrala för en god och jämlik hälsa. Fler kommuner, landsting och regioner bör dock prioritera ett långsiktigt och tvärsektorieellt arbete på området. För detta krävs att de ges adekvat stöd, inte minst från den nationella nivån. Det är viktigt att alla kommuner, landsting och regioner ges bästa möjliga förutsättningar för att arbeta för en god och jämlik hälsa och ansvarsfördelningen mellan olika aktörer och nivåer behöver klargöras. En statlig utredning bör därför se över detta och bedöma om existerande lagstiftning är tillräcklig eller om en särskild folkhälso- lag skulle bidra till bättre möjligheter att nå målet om en god och

jämlik hälsa. Utredningen bör även analysera ekonomiska styrmedel som en kompletterande eller alternativ styrform.

Det civila samhällets och näringslivets roll

Kommissionen menar att samarbetet för en god och jämlik hälsa mellan det allmänna, det civila samhällets olika aktörer samt näringslivet bör stärkas. Kommissionen föreslår därför att inrätta ett dialogforum där regeringen löpande kan föra en bred dialog med civilsamhället.

Utmaningar och möjligheter

I detta delbetänkande fokuserar Kommissionen på det folkhälsopolitiska ramverket och hur det kan utvecklas så att det blir en ändamålsenlig och sektorsövergripande infrastruktur för det fortsatta arbetet för en god och jämlik hälsa. Ett uppdaterat och utvecklat ramverk av detta slag kommer inte i sig att ge människor mer jämlika och likvärdiga förutsättningar och villkor och en mer jämlik hälsa, men det är en viktig förutsättning för att ett kontinuerligt och långsiktigt arbete ska komma till stånd. I en avslutande del diskuteras att det finns flera andra pågående processer som också spänner över många sektorer och i stor utsträckning relaterar till varandra. I detta sammanhang framhåller Kommissionen att det är avgörande att alla aktörer aktivt arbetar för att skapa synergier snarare än att bli konkurrenter. Som utgångspunkt för att skapa synergier framhålls att alla offentliga verksamheter och institutioner redan har ett gemensamt och grundlagsstadgat, ansvar och syfte:

Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.

(Regeringsformen, SFS 2011:109, 1 kap., 2 §).

Beredningsunderlag

Kommissionen har i arbetet med delbetänkandet i huvudsak utgått från de enkätundersökningar som vi har genomfört bland Sveriges samtliga kommuner, landsting, regioner och länsstyrelser samt 40 myndigheter med verksamhet av betydelse för en god och jämlik hälsa. Vidare har resultaten av Kommissionens dialog med centrala aktörer inom folkhälsoområdet utgjort ett viktigt underlag, liksom rapporter och utvärderingar med bäring på frågor om styrning och uppföljning av folkhälspolitik. I relevanta delar har vi slutligen gjort jämförelser med andra tvärsektoriella politikområden.

Remissinstanser avseende SOU 2017:4 För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket

Prop. 2017/18:249
Bilaga 3

Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Barnombudsmannen, Boverket, Brottsförebyggande rådet (BRÅ), Centrala studiestödsnämnden (CSN), Diskrimineringsombudsmannen, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Försäkringskassan, Inspektionen för socialförsäkringar, Inspektionen för vård- och omsorg, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), Jordbruksverket, Kemikalieinspektionen, Konsumentverket, Livsmedelsverket, Lotteriinspektionen, Läkemedelsverket, Migrationsverket, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Myndigheten för yrkeshögskolan, Naturvårdsverket, Polismyndigheten, Pensionsmyndigheten, Sametinget, Skatteverket, Skolinspektionen, Skolverket, Socialstyrelsen, Specialpedagogiska myndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Statens kulturråd, Statistiska centralbyrån (SCB), Tillväxtverket, Trafikverket, Universitets- och högskolerådet, Vetenskapsrådet, Uppsala universitet, Lunds universitet, Göteborgs universitet, Stockholms universitet, Umeå universitet, Högskolan i Gävle, Malmö högskola, Mälardalens högskola, Länsstyrelsen i Blekinge län, Länsstyrelsen i Dalarna, Länsstyrelsen i Gotland, Länsstyrelsen i Gävleborg, Länsstyrelsen i Halland, Länsstyrelsen i Jämtland, Länsstyrelsen i Jönköping, Länsstyrelsen i Kalmar, Länsstyrelsen i Kronobergs län, Länsstyrelsen i Norrbotten, Länsstyrelsen i Skåne. Länsstyrelsen i Stockholm, Länsstyrelsen i Södermanland, Länsstyrelsen i Uppsala, Länsstyrelsen i Värmland, Länsstyrelsen i Västerbotten, Länsstyrelsen i Västernorrland, Länsstyrelsen i Västmanlands län, Länsstyrelsen i Västra Götaland, Länsstyrelsen i Örebro, Länsstyrelsen i Östergötland, Arvidsjaurs kommun, Arvika kommun, Bollnäs kommun, Borgholms kommun, Borlänge kommun, Falu kommun, Finspångs kommun, Gotlands kommun, Göteborgs kommun, Helsingborgs kommun, Jokkmokks kommun, Jönköpings kommun, Karlskrona kommun, Ludvika kommun, Luleå kommun, Malmö kommun, Stockholms kommun, Södertälje kommun, Tingsryds kommun, Trelleborgs kommun, Ulricehamns kommun, Umeå kommun, Uppsala kommun, Vilhelmina kommun, Västerviks kommun, Växjö kommun, Åre kommun, Örebro kommun, Östersunds kommun, Landstinget i Stockholms län, Landstinget i Östergötlands län, Landstinget i Blekinge län, Landstinget i Skåne län, Landstinget i Hallands län, Landstinget i Västra Götalands län, Landstinget i Dalarnas län, Landstinget i Örebro län, Landstinget i Västernorrlands län, Landstinget i Norrbottens län, Sveriges Kommuner och Landsting, Tjänstemännens Centralorganisation, Sveriges Akademikers Centralorganisation, Landsorganisationen i Sverige, Unionen, Vårdförbundet, A Non Smoking Generation, Amningshjälpen, Barnens Rätt i Samhället BRIS, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning CAN, Forum - idéburna organisationer

med social inriktning, Friluftsförbundet, Friskolornas riksförbund, Föreningen Svensk Företagshälsovård, Företagarna, Handikappförbundens samarbetsorganisation, Idéburnas skolors riksförbund, IOGT-NTO, Judiska centralrådet, Judiska ungdomsförbundet i Sverige, Landsrådet för Sveriges ungdomsorganisationer, Lika unika, Livsmedelsföretagen, Lärarförbundet, Met Nuoret, Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH, NCD-nätverket (non-communicable diseases), Pensionärernas Riksorganisation PRO, Rainbow Sweden, Riksförbundet för frivilliga samhällsarbetare RFS, Riksförbundet för sexuell upplysning RFSU, Riksförbundet för sexuellt likaberättigande RFSL, Lika unika, Riksförbundet för Social och Mental hälsa RSMH, Riksförbundet Hem och Samhälle, Riksförbundet Hälsofrämjandet, Riksförbundet romer i Europa, Riksföreningen för skolsköterskor, Riksidrottsförbundet, Romska ungdomsförbundet, Rädda Barnen, Röda korset, Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige, Sáminuorra, SPF Seniorerna, Studiefrämjandet, Svensk förening för folkhälsoarbete, Svensk Handel, Svenska Läkaresällskapet, Svenska Skolläkarföreningen, Svenska torne-dalingars riksförbund – Tornionlaaksolaiset, Svenskt Näringsliv, Sverigefinländarnas delegation, Sverigefinska ungdomsförbundet, Sveriges Konsumentråd, Sveriges Läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Sveriges Tandläkarförbund, Synskadades Riksförbund, Tobaksfakta – oberoende tankesmedja, Transföreningen FPES, Ungdomens Nykterhetsförbund, Unizon, Alkoholpolitiskt forum, Lärarnas riksförbund, Astma och allergiförbundet, Cancerfonden, Personskadeförbundet RTP, Svensk sjuksköterskeförening, Sveriges Landsråd för alkohol och narkotikafrågor, Kungliga Venskapsakademien, Svenska Psykiatriföreningen.

Sammanfattning av SOU 2017:47 Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för god och jämlik hälsa

Prop. 2017/18:249
Bilaga 4

Sverige är ett land där folkhälsan mätt på traditionellt sätt – som spädbarnsdödlighet eller medellivslängd – är väldigt god, men där ojämlikheten i hälsa och livslängd är mycket påtaglig. Mer kan och behöver därför göras, både för att stärka individens egna möjligheter att agera och generera resurser och för att öka det allmännas förmåga att bidra med resurser till individer och familjer under perioder i livet eller i situationer där de egna resurserna eller handlingsutrymmet inte räcker till. Med mer likvärdiga livsvillkor och möjligheter till sådant som en god uppväxt, en bra utbildning, ett gott arbete och en rimlig försörjning kommer också en mer jämlik hälsa.

Samtidigt är det troligen svårare att formulera och genomföra ytterligare insatser för mer jämlika villkor och möjligheter i Sverige då vi redan har kommit långt. Därför tror vi inte att vägen mot en mer jämlik hälsa går via en eller ett par avgörande åtgärder, utan att det är ett tålmodigt arbete med många olika frågor inom ett brett spektrum av sektorer som krävs. Vi trycker bl.a. på betydelsen av mer jämlika uppväxtvillkor, kunskaper, arbete och försörjning. Ojämlikheten i hälsa börjar således inte med levnadsvanorna, och kan inte lösas enbart i hälso- och sjukvården. Men det är viktigt att se att det omvända också gäller; utan att arbeta med levnadsvanor och en mer jämlik hälso- och sjukvård kommer vi inte att nå en jämlik hälsa.

Frågor rörande jämlikhet och resursfördelning är i hög grad politiska. I Sverige har det funnits en påtaglig politisk enighet kring vikten av att sträva mot en god och jämlik hälsa. Däremot har åsikterna om vilka medel som bör användas för att åstadkomma mer jämlik hälsa gått isär – är det samhället som ska förändras eller individerna som ska stödjas? Vi menar dock att föreställningen om en motsättning mellan att stödja individernas egna hälsoval eller att arbeta med de mer grundläggande förutsättningarna för hälsa är förlegad och måste överkommas om vi ska kunna röra oss mot en mer jämlik hälsa. Det behövs ett brett spektrum av åtgärder, både vad gäller innehåll och inriktning, men också ett brett spektrum av aktörer. Hälsogradienten berör hela samhället, därför behöver också hela samhället engageras i arbetet för en mer jämlik hälsa.

I detta slutliga betänkande gör Kommissionen för jämlik hälsa en samlad bedömning av vilka steg som krävs för att ett långsiktigt och hållbart arbete för en god och jämlik hälsa ska kunna fortsätta. Vi diskuterar vilken inriktning arbetet bör ha och vilka åtgärder som kan krävas för att nå regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

En viktig förutsättning för att nå detta mål är att arbetet för att skapa mer likvärdiga villkor och förutsättningar för en god och jämlik hälsa bedrivs uthålligt och långsiktigt över hela välfärdsområdet. Vi har därför i tidigare betänkande (SOU 2017:4) föreslagit en rad åtgärder som vi ser som nödvändiga för att få till stånd ett system för ett sådant långsiktigt arbete, där ett löpande arbete med strategier är ett centralt inslag. De

förslag på inriktning av arbetet, liksom de konkreta förslag rörande villkor och handlingsutrymme som vi presenterar inom ramen för respektive målområde, ska därför ses som viktiga inspel till det löpande strategiarbete som vi föreslagit.

Vi lägger här också förslag av mer övergripande slag, inte minst rörande generella förutsättningar för en mer jämlik hälsa. Dessa inkluderar frågor om infrastruktur liksom styr- och uppföljningsfrågor som inte kan hanteras inom ramen för det föreslagna strategiarbetet.

Utgångspunkter

Kommissionen menar att ojämlikhet i hälsa utgörs av systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper, och att dessa tar sig två delvis olika uttryck – dels som en gradient som löper genom hela samhället, dels som hälsoproblem i grupper i särskilt utsatta situationer eller positioner.

Vidare uppkommer ojämlikhet i hälsa generellt som ett resultat av ojämlikhet i tillgång till resurser – förhållanden, villkor och möjligheter – mellan olika sociala grupper. Vi identifierade i vårt första delbetänkande (SOU 2016:55) sju centrala livsområden där resursbrister och sårbarheter är särskilt avgörande för jämlik hälsa. Dessa inkluderar 1) det tidiga livet, 2) kompetenser, kunskaper och utbildning, 3) arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, 4) inkomster och försörjningsmöjligheter, 5) boende och närmiljö, 6) levnadsvanor samt 7) kontroll, inflytande och delaktighet. Resurser inom dessa livsområden genereras dels av individer själva, inom utbildningssystemet, på arbetsmarknaden, i familjen och tillsammans med andra inom civilsamhällets olika sammanslutningar, dels via välfärdsstatens olika institutioner och verksamheter. Av detta följer dels en strategisk inriktning av förslag mot dessa sju livsområden, dels att vi bör identifiera förslag som stärker såväl individens egen förmåga som samhällsinstitutionernas roll som resurs för medborgarna.

Skillnader i resurser inom dessa livsområden leder till ojämlikhet i hälsa via 1) skillnader i risker, 2) skillnader i sårbarhet/mottaglighet samt 3) skillnader i de sociala och ekonomiska konsekvenserna av ohälsa. Den ojämlika hälsan drivs dessutom av skillnader i handlingsutrymme och socialt bestämda handlingsmönster, vilka i sin tur kan påverkas negativt av resursbrist. Av detta följer behov av åtgärder för att stärka såväl resurser som handlingsutrymme.

En viktig del i vår förståelse för hur ojämlikhet i hälsa uppkommer är att hälsan och dess bestämningsfaktorer ingår i ett pågående samspel. Hälsa är ett viktigt värde i sig, och den formas av de villkor och möjligheter människor lever under, men hälsan är samtidigt en avgörande förutsättning för att upprätthålla och utveckla dessa livsvillkor. Detta är ett synsätt som har en avgörande betydelse för policy och förslag – det gäller att identifiera hur vi bäst kan främja det positiva samspelet mellan exempelvis arbete, inkomst och hälsa och motverka motsvarande negativa samspel. Dessa samspel mellan olika slags livsvillkor är också i sig ett viktigt argument för behovet av tvärsektorielt arbete.

Utöver åtgärder direkt riktade mot de sju centrala livsområden av vikt för hälsan som vi identifierar, samt en jämlik och hälsofrämjande hälso-

och sjukvård, menar vi att åtgärder för en mer strategisk styrning, uppföljning och utvärdering är ett sätt att åstadkomma mer jämlik hälsa. Ytterst handlar förstås också detta om att åstadkomma mer nytta för medborgarna, men fokus ligger på hur olika förändringar i sättet som verksamheter styrs, fungerar och följs upp kan skapa bättre kvalitet och högre tillgänglighet, vilket i sin tur kan bidra till förbättrade livsvillkor, möjligheter och hälsa för dem som behöver stöd och insatser från de olika välfärdssystemen.

Välfärdspolitikens utmaningar och gränser

Behovet av mer jämlika villkor och möjligheter innebär att välfärdspolitikerna utgör ett centralt verktyg i arbetet för en mer jämlik hälsa. En mer jämlik hälsa kan alltså uppnås om människors resurser inom ett antal viktiga livsområden blir mer jämlikt fördelade. Dessa resurser genereras först och främst av individer inom familjen, tillsammans med andra i civilsamhällets sammanslutningar och på marknaden. Därmed kan också ojämlikhet i olika avseenden sägas börja i fosterlivet och det tidiga livet, genom de skillnader i förutsättningar och möjligheter som barn får i och med att föräldrar och andra närstående skiljer sig åt vad gäller tillgång till viktiga resurser. Resurser överförs mellan generationer, och därigenom vidmakthålls olika former av ojämlikhet också över flera generationer, vilket även gäller i relativt jämlika länder som Sverige.

De resurser som via olika välfärdsinstitutioner kommer medborgarna till del är därför också viktiga, särskilt för människor med mindre av egna resurser. Dessa institutioner spelar därmed en avgörande roll för att i någon mån utjämna de skillnader i villkor och möjligheter som uppstår i familjerna och som fortplantas mellan generationer och över livscykel. Det främsta redskapet som står till buds för att motverka olika former av ojämlikhet i hälsans bestämningsfaktorer är därför välfärdsstatens olika institutioner. Även i de fall vi ser att det finns behov och möjligheter att öka människors egen förmåga att skapa eller hantera de resurser de har tillgång till handlar insatserna ytterst om olika former av kompetens- och humankapitalutveckling.

Därmed blir det också angeläget att diskutera vilket utrymme och vilka möjligheter som kan finnas för beslutsfattare att genomföra förbättringar eller reformer inom välfärdspolitikerna. Vi pekar på såväl externa som interna utmaningar och svårigheter som potentiellt kan ha påtaglig betydelse för välfärdsstatens möjligheter att stödja individer och familjer.

De externa utmaningarna utgörs av olika förutsättningar utanför välfärdssystemen själva, som en ökad internationalisering, där resurser, varor och kapital rör sig mellan länder och över gränser allt snabbare, och en åldrande befolkning. Dessa samhällsutmaningar utgör två avgörande faktorer för välfärdspolitikernas kostnader och möjligheter till finansiering. Samtidigt menar vi att dessa processer varken är ödesbestämda eller nödvändigtvis leder till en kapplöpning mot botten med sänkta ambitioner och låga skatter. Ny forskning pekar på att högre välfärdsutgifter under vissa omständigheter kan öka ett lands konkurrenskraft. Det går inte att ensidigt fokusera på skattebaser och förändringar i

deras rörlighet i ett resonemang om vilken betydelse internationaliseringen kan tänkas ha för möjligheterna att finansiera en ambitiös välfärdspolitik. Migrationen kan i detta sammanhang bidra med ett välbehövt tillskott av yngre arbetskraft, förutsatt att integration och arbetsmarknadsdeltagande kan bli bättre.

De interna utmaningarna utgörs av problem kopplade till organisering av och innehåll i välfärdssystemen vilka i huvudsak kan sägas vara orsakade av inhemska beslut (och avsaknad av beslut). Här pekar vi på betydelsen av innehållet i det som välfärdssystemen ska leverera (kvalitet, tillgänglighet, bemötande). Om välfärdssystemen inte levererar det som medborgarna förväntar sig riskerar tilliten och stödet för välfärdssystemen specifikt men även till politiken i stort att urholkas. Både det faktiska innehållet och tilliten till systemen är viktiga för att kunna upprätthålla en välfungerande välfärdsstat.

Brister i välfärdssystemens innehåll kan bero på resursbrist i relation till givet uppdrag, men även på hur verksamheterna organiseras och styrs. Den offentliga verksamheten i Sverige är ambitiös och komplex, med en långt driven sektorsindelning som en nödvändig förutsättning för att det offentliga ska kunna arbeta effektivt. Samtidigt riskerar en höggradig specialisering att skapa fler gränser och bidra till kommunikationsproblem och effektivitetsförluster. På motsvarande sätt kan ansvarsfördelningen mellan olika samhällsnivåer, nationell, regional och lokal, skapa friktion. I synnerhet när det gäller tvärsektoriella utmaningar som jämlikhet, jämställdhet och miljöfrågor finns det sannolikt behov av att hitta nya former för styrning, organisation och samverkan.

Mer jämlika villkor och möjligheter

Ett arbete för att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation måste vara långsiktigt, systematiskt och dynamiskt i relation till ett föränderligt samhälle, samt bedrivs på ett sätt som skapar delägarskap bland berörda aktörer. En palett med några få väldigt konkreta förslag inom ett fåtal områden från Kommissionen är inte i linje med detta resonemang.

I kapitel 4 lägger Kommissionen sina förslag för mer jämlika villkor och möjligheter inom ramen för de åtta målområden vi föreslagit. Inom vart och ett av dessa avsnitt görs en övergripande beskrivning av läget, följt av Kommissionens överväganden vad gäller den önskvärda inriktningen på politiken för att skapa mer jämlika villkor och möjligheter. Denna bedömning är således mer generell och kan ses som inspel till det löpande strategiarbete vi tidigare föreslagit. Utifrån denna inriktning lägger vi slutligen ett antal förslag riktade till regeringen, kommuner, landsting och regioner, respektive övriga aktörer som arbetsmarknadens parter och det civila samhället. Dessa förslag utgör därmed en samling åtgärder som enligt Kommissionens samlade bedömning skulle bidra till en god och mer jämlik hälsa, men som inte nödvändigtvis är tillräckligt konkreta i den meningen att de är möjliga att direkt genomföra.

I de följande sammanfattas den övergripande inriktningen inom respektive målområde.

Ojämlighet genom olika möjligheter i *det tidiga livets villkor* medför att barn har skilda förutsättningar att utvecklas. Under de första levnadsåren läggs grunden för barnens fysiska, sociala, psykiska och kognitiva förmågor. Inriktningen för att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör därför vara att skapa, stötta och stärka en god start i livet genom att alla barn ges grundläggande förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla sina förmågor. Viktiga förutsättningar för det är en jämlik mödra- och barnhälsovård, en likvärdig förskola av hög kvalitet samt metoder och medel som sätter barnets bästa i centrum.

Kompetenser och kunskaper utvecklas genom olika former av lärande under livets olika skeden och har ett starkt samband med människors förutsättningar för en god hälsa. Inriktningen för att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör därför vara att alla ska få möjlighet att utveckla sina kompetenser och kunskaper och tillgodogöra sig utbildning. Skolan är den arena som i detta sammanhang når alla barn och unga och har därmed en central roll i denna målsättning. Jämlik hälsa uppnås genom god lärandemiljö i skolan och genom att utbildningssystemet är likvärdigt. Särskilda insatser krävs även för att tidigt motverka skolmisslyckanden bland elever som inte klarar kunskapsmålen eller har andra svårigheter.

Människors sysselsättning och ekonomiska trygghet spelar stor roll för en god och jämlik hälsa. Inriktningen när det gäller *arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö* är att stärka människors egna möjligheter till sysselsättning och därmed möjligheter att agera och generera resurser. Nyckeln till detta är att öka sysselsättningsgraden och minska arbetslösheten inte minst i grupper med en utsatt ställning på arbetsmarknaden. För dem som redan är på arbetsmarknaden handlar det om att göra det lättare att byta arbete vid behov och att stärka arbetsmiljöpolitiken så att arbetslivet är hållbart för alla grupper och över hela arbetsmarknaden.

Även om *inkomster och försörjningsmöjligheter* i första hand stärks genom människors egna möjligheter till sysselsättning riskerar alla att någon gång under livets olika skeenden bli sjuka eller arbetslösa och då förlora arbetsinkomsten. För att motverka utvecklingen mot ett grundtrygghetssystem på socialförsäkringsområdet är det centralt att slå vakt om inkomstbortfallsprincipen, vilken har en sammanhållande karaktär mellan olika grupper i dessa system och därmed bidrar till en mer jämlik hälsa. För grupper som befinner sig i eller är på gränsen till ekonomisk utsatthet tycks hälsoproblem vara särskilt påtagliga. Bristande ekonomiska resurser påverkar möjligheterna att förvärva sådant som är tillgängligt för andra och innebär en lägre levnadsstandard avseende boende, mat och andra nödvändigheter. Genom att åstadkomma resursförbättringar för grupper med knappa ekonomiska marginaler uppnås en mer jämlik hälsa.

Att ha tillgång till ett bra *boende och en god närmiljö* bidrar till trygghet, tillit och en god och jämlik hälsa. En viktig förutsättning är att alla har tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad. Bostadsområden där negativa konsekvenser av boendesegregation kan motverkas och trygghet, tillit och jämlik hälsa främjas är också socialt hållbara. Boendemiljöer av alla slag bör ha god luftkvalitet, tillgång till grönområden samt likvärdig tillgång till en god förskole- och skolmiljö.

Förutsättningar för en god hälsa påverkas av människors handlingsutrymme och möjligheter till goda *levnadsvanor*. För att minska hälso-

skillnaderna bör människors möjligheter att etablera och upprätthålla hälsosamma levnadsvanor stärkas. Inriktning för att åstadkomma detta bör ta sikte på att begränsa tillgängligheten till hälsoskadliga produkter och samtidigt öka tillgängligheten till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter. Hälsofrämjande och förebyggande arbete med goda levnadsvanor inom ramen för välfärdens institutioner såsom inom skolan och inom hälso- och sjukvården är också viktiga verktyg för att uppnå en god och jämlik hälsa.

Kontroll över sitt eget liv, tillit till andra, *inflytande* och *delaktighet* i samhället är viktiga faktorer för individer och grupper hälsoutveckling. För att åstadkomma en mer jämlik hälsa bör åtgärder vidtas för att främja alla individers möjligheter till kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och i det dagliga livet. Ett antal förslag inom andra målområden har bäring på människors möjligheter till kontroll, men här läggs särskilt fokus på olika insatser för att främja ett jämlikt demokratideltagande och deltagande i civilsamhället, stärka arbetet för de mänskliga rättigheterna och motverka diskriminering och annan kränkande behandling, främja frihet från hot och våld samt främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Trots goda intentioner om vård på lika villkor, finns det för de flesta diagnoser omotiverade skillnader i vårdens insatser och resultat mellan olika sociala grupper. *En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård* bör arbeta förebyggande och hälsofrämjande genom att utgå från människors behov och möjligheter. Inriktningen för ett arbete för en jämlik vård och en hälsofrämjande hälso- och sjukvård bör präglas av ett systematiskt jämlikhetsfokus och inriktas mot en förbättrad tillgänglighet för att motsvara olika behov. Vårdmöten bör vara hälsofrämjande och skapa förutsättningar för jämlika insatser och resultat. En förstärkning av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete fordras för att uppnå en god och jämlik hälsa. Landstingen bör dessutom i ökad utsträckning leda, styra och organisera sin verksamhet i syfte att ge förutsättningar för en jämlik vård. Slutligen bör även tandvården ses som en del av hälso- och sjukvården.

Mer strategisk styrning och uppföljning

Det finns ett antal generella frågor relaterade till styrning och uppföljning vilka alla är kopplade till behovet av att skapa förutsättningar för ett främjande, förebyggande och långsiktigt arbete, vilket vi menar skulle bidra till en god och jämlik hälsa. Vi diskuterar i kapitel 5 fyra sådana frågor, nämligen 1) vikten av att ha medborgarnas behov och intressen i centrum, 2) vikten av ett sektorsövergripande angreppssätt där olika perspektiv hanteras och där samverkan och ansvarsfördelning sker effektivt, 3) en finansiering och arbetsätt med fokus på förebyggande, långsiktighet och metodutveckling samt 4) ett kunskapsbaserat arbete med bättre uppföljning, utvärdering, forskning och dialog.

Vi menar att alla offentliga verksamheter av betydelse för god och jämlik hälsa bör ha *medborgarnas behov* och intressen i centrum, och arbeta med ett jämlikhets- och likvärdighetsperspektiv. För att nå dit måste mer

fokus läggs på de konkreta resultaten för medborgarna som elev, patient och brukare, inte minst vad gäller likvärdighet i insatser och jämlikhet i resultat, och medborgarna bör ses som medskapare i utformandet av offentliga tjänster.

Det långsiktiga arbetet för en god och jämlik hälsa som vi ser som nödvändigt bygger i många fall på ett *sektorsövergripande* arbetssätt. För att detta ska fungera krävs samverkan och samordning mellan olika områden på nationell nivå liksom mellan nationell, regional och lokal nivå. I synnerhet behövs sådan samordning med andra tvärsektorieella processer och perspektiv (t.ex. Agenda 2030) så att olika målkonflikter och perspektivträngsel inte förs vidare till myndigheter och den regionala och lokala nivån.

Vi ser ett stort behov av *finansieringsmodeller* och arbetssätt som har ett *socialt investeringsperspektiv* och främjar ett effektivt användande av offentliga resurser där det finns ett tydligt fokus på förebyggande arbete och långsiktighet. Mer konkret framhåller vi att de resursfördelningsmodeller som används för fördelning av offentliga medel på statlig, regional och kommunal nivå i högre grad bör använda ett socioekonomiskt perspektiv. Dessutom bör ett arbete med finansiell samverkan utvecklas för effektivare användning av resurser, i synnerhet för de människor som är i behov av flera olika slags stödinsatser. Vi pekar även på att offentlig upphandling bör kunna användas som ett medel för att främja en god och jämlik hälsa, exempelvis genom införandet av sociala klausuler.

För att stärka förutsättningarna för ett *kunskapsbaserat arbete* för en god och jämlik hälsa bör kunskapen om hur politiska beslut och olika verksamheter påverkar hälsan och dess bestämningsfaktorer i olika sociala grupper stärkas. Detta kräver i sin tur bättre kunskaper om mekanismer och processer som bidrar till ojämlikhet i hälsa, samt bättre uppföljning och utvärdering av åtgärder som har konsekvenser för en god och jämlik hälsa. För detta behövs en utvecklad dialog mellan olika vetenskapliga fält men framför allt mellan forskning, praktik och politik inom olika samhällssektorer. Till detta krävs vissa satsningar inom forskningspolitiken, men vi ser behov av att mer direkt stimulera dialog, forskning och utveckling kring hur ojämlikhet i hälsa uppkommer och kan motverkas. Inte minst krävs en mer utvecklad och sammanhållen infrastruktur för kunskapsuppbyggnad och evidensförsörjning inom hela välfärdsområdet, särskilt vad gäller verksamheters konsekvenser för jämlik hälsa.

Mer konkret pekar vi här på behovet av att bättre kunna bedöma om reformer och förändringar som görs inom välfärdsområdet får den effekt de är tänkta att ha. För detta krävs en vidare insikt och förståelse för behovet av sådana utvärderingar, bättre möjligheter att designa, planera och organisera implementeringen av reformer på ett sätt som skapar möjligheter för utvärdering, samt förstärkta och förenklade möjligheter att använda befintliga registerdata för utvärdering och uppföljning. Dessutom behövs en uppbyggnad av nationella register där sådana saknas.

Vi föreslår också att ett Råd för en god och jämlik hälsa inrättas med uppgift att främja forskning, utvärdering och en tätare dialog mellan forskning, politik och profession. Rådet bör fungera som en oberoende

rådgivare åt regeringen i frågor om en god och jämlik hälsa, bl.a. genom att ha en löpande dialog med berörda departement, beställa och presentera forskningsrapporter om jämlik hälsa, samt initiera och stödja utvärderingar av olika åtgärder och reformer i förhållande till uppsatta mål i folkhälsopolitiken.

Slutsatser

Kommissionens utredningsarbete är härmed slutfört, men arbetet med att skapa bättre samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa behöver fortsätta länge till. En viktig övergripande slutsats från vårt arbete är att det krävs ett envetet, tålmodigt och aldrig avstannande arbete för att åstadkomma mer likvärdiga förutsättningar, och därmed också mer jämlika villkor och förhållanden, för människor i olika sociala skikt och grupper. Eftersom de processer som genererar ojämlikhet är självförstärkande, där de som har lite mer också kommer att ha större möjligheter att få lite mer, behövs ett pågående arbete enbart för att hålla ojämlikheten i samhället konstant. Om klyftorna ska minskas krävs alltså ytterligare ansträngningar.

Jämlik hälsa handlar ytterst om välfärd och livsvillkor, om att människors uppväxtvillkor, utbildningschanser, boendemiljö, arbetsmiljö och inkomster skiljer sig systematiskt åt mellan olika sociala grupper och att dessa skillnader måste bli mindre. Om fler kan komma genom skol-systemet med en utbildning, om fler kan försörja sig på arbete, om fler kan ha en god arbetsmiljö så kan också fler vara friska längre. Liv och hälsa hänger samman för såväl individer som för samhället. Därför är det i allas intresse att bidra till att alla medborgare har rimliga villkor och möjligheter. Kunniga, kompetenta och friska människor har lättare att få arbete och försörja sig, vilket i sin tur påverkar hälsan positivt. Dålig hälsa påverkar å andra sidan både studieresultat och arbetsförmåga.

För flera av dessa mer grundläggande bestämningsfaktorer till hälsa, som kunskaper och kompetenser eller arbete och arbetsförhållanden, är det också viktigt *i sig* att arbeta mer med likvärdighet och mer jämlika förutsättningar. Problem inom skolan med sviktande kunskaper och avhopp liksom problem på arbetsmarknaden med arbetslöshet och kompetensbrister handlar i många fall just om hur olika slags ojämlikhet i förutsättningar och möjligheter inte har hanterats på ett framgångsrikt sätt. Ojämlikheten i hälsa kan således inte lösas enbart genom insatser för bättre levnadsvanor eller i hälso- och sjukvården. Men utan att arbeta med levnadsvanor och en mer jämlik hälso- och sjukvård kommer vi heller inte att nå en jämlik hälsa.

Hur samhället ska utvecklas och om ojämlikhet i hälsa ska prioriteras är förstås ytterst politiska frågor. Här finns en grundläggande politisk enighet kring vikten av god och jämlik hälsa men skillnader i vilka medel som betonas, och kanske främst då i vilken utsträckning det är individens egna hälsoval som ska stödjas eller om det är de mer grundläggande förutsättningarna för hälsa som ska prioriteras. Vår uppfattning är att denna åtskillnad är förlegad och måste överkommas om vi ska kunna röra oss mot en mer jämlik hälsa.

I fler avseenden har Sverige en god folkhälsa, men vårt arbete visar samtidigt att det finns mer att göra för att nå en mer jämlik hälsa. Individens egna möjligheter att agera och generera resurser måste stärkas, liksom det allmännas förmåga att bidra med resurser under perioder i livet eller i situationer där de egna resurserna eller handlingsutrymmet inte räcker till. Samtidigt som vi i Sverige kan vara stolta över hur långt vi har kommit på vägen mot jämlik hälsa finns det nu all anledning att ta nästa steg.

Prop. 2017/18:249
Bilaga 4

Remissinstanser avseende SOU 2017:47 Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för god och jämlik hälsa

Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Barnombudsmannen, Boverket, Brottsförebyggande rådet (BRÅ), Centrala studiestödsnämnden (CSN), Diskrimineringsombudsmannen, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Försäkringskassan, Inspektionen för socialförsäkringen, Inspektionen för vård- och omsorg, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), Jordbruksverket, Kemikalieinspektionen, Konsumentverket, Livsmedelsverket, Lotteriinspektionen, Läkemedelsverket, Migrationsverket, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Myndigheten för yrkeshögskolan, Naturvårdsverket, Polismyndigheten, Pensionsmyndigheten, Sametinget, Skatteverket, Skolinspektionen, Skolverket, Socialstyrelsen, Specialpedagogiska myndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Statens kulturråd, Statistiska centralbyrån (SCB), Tillväxtverket, Trafikverket, Universitets- och högskolerådet, Vetenskapsrådet, Uppsala universitet, Lunds universitet, Göteborgs universitet, Stockholms universitet, Umeå universitet, Malmö högskola, Mälardalens högskola, Länsstyrelsen i Blekinge län, Länsstyrelsen i Dalarna, Länsstyrelsen i Gotland, Länsstyrelsen i Gävleborg, Länsstyrelsen i Halland, Länsstyrelsen i Jämtland, Länsstyrelsen i Jönköping, Länsstyrelsen i Kalmar, Länsstyrelsen i Kronobergs län, Länsstyrelsen i Norrbotten, Länsstyrelsen i Skåne, Länsstyrelsen i Stockholm, Länsstyrelsen i Södermanland, Länsstyrelsen i Uppsala, Länsstyrelsen i Värmland, Länsstyrelsen i Västerbotten, Länsstyrelsen i Västernorrland, Länsstyrelsen i Västmanlands län, Länsstyrelsen i Västra Götaland, Länsstyrelsen i Örebro, Länsstyrelsen i Östergötland, Arvidsjaurs kommun, Bergs kommun, Bollnäs kommun, Borgholms kommun, Borlänge kommun, Eslövs kommun, Finspångs kommun, Gävle kommun, Göteborgs kommun, Jokkmokk kommun, Jönköpings kommun, Katrineholms kommun, Karlskrona kommun, Lindesbergs kommun, Malmö kommun, Osby kommun, Sundsvalls kommun, Stockholms kommun, Södertälje kommun, Trelleborgs kommun, Ulricehamns kommun, Uppsala kommun, Västerviks kommun, Växjö kommun, Åre kommun, Ystad kommun, Örnsköldsviks kommun, Örebro kommun, Östersunds kommun, Landstinget i Stockholms län, Region Gotland, Landstinget i Blekinge Län, Landstinget i Skåne län, Landstinget i Hallands län, Landstinget i Västra Götaland, Landstinget i Dalarnas län, Landstinget i Örebro län, Landstinget i Västernorrlands län, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Tjänstemännens Centralorganisation (TCO), Landsorganisationen i Sverige (LO), Vårdförbundet, A Non Smoking Generation, Alkoholpolitiskt Forum, Astma och allergiförbundet, Cancerfonden, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Friskolornas riksförbund, Funktionsrätt Sverige, Fysioterapeuterna, Föreningen Svensk Företagsvård, Funktionsrätt

Sverige, Hjärt- och lungfonden, IOGT-NTO, Kungliga Vetenskapsakademien, Lärarförbundet, Lantbrukarnas riksförbund, Lärarnas riksförbund, Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH), NCD-nätverket (non-communicable diseases), NUFT (Nätverket unga för tillgänglighet), Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Personskadeförbundet RTP, Riksförbundet för frivilliga samhällsarbetare (RFS), Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Riksförbundet för Social och Mental hälsa (RSMH), Riksförbundet Hälsofrämjandet, Riksföreningen för skolsköterskor, Riksidrottsförbundet RF, Rädda Barnen, SPF Seniorerna, Studieförbundet, Svensk förening för folkhälsoarbete (SFFF), Svenskt Friluftsliv, Svensk Handel, Svensk sjuksköterskeföreningen, Svenska Läkaresällskapet, Svenska Psykiatriföreningen, Svenska tornedalings riksförbund – Tornionlaaksolaiset, Sverigefinländarnas delegation, Sveriges konsumenter, Sveriges kvinnolobby, Sveriges Landsråd för alkohol och narkotikafrågor (SLAN), Sveriges Läkarförbund, Sveriges Tandläkarförbund, Synskadades Riksförbund, Tobaksfakta – oberoende tankesmedja, Transföreningen FPES.

Nedan redovisas de av den statliga verksamhetens politikområden som i propositionen Mål för folkhälsa bedömdes ha betydelse för att nå det övergripande folkhälsomålet uppdelat på de 11 målområdena

**Målområde 1: Delaktighet och inflytande i samhället
(15 politikområden)**

Arbetslivspolitik
Arbetsmarknadspolitik
Demokrati inkl. mänskliga rättigheter
Funktionshinderspolitik
Integrationspolitik
Jämställdhetspolitik
Mediepolitik
Storstadspolitik
Barnpolitik
Ungdomspolitik
Utbildningspolitik
Äldrepolitik
Socialtjänst
Folkrörelsepolitik
Kulturpolitik

**Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet
(15 (16) politikområden)**

Ekonomisk familjepolitik
Ekonomisk äldrepolitik
Ersättning vid arbetsoförmåga
Bostadspolitik
Arbetsmarknadspolitik
Arbetslivspolitik
Utbildningspolitik
Hälso- och sjukvårdspolitik
Socialtjänst
Rättsväsendet
(Kriminalpolitik)
Allmänna bidrag till kommuner
Jämställdhetspolitik
Integrationspolitik
Storstadspolitik
Ungdomspolitik

Målområde 3: Trygga och goda uppväxtvillkor (14 (15) politikområden)

Prop. 2017/18:249
Bilaga 6

Barnpolitik
Ungdomspolitik
Ekonomisk familjepolitik
Socialtjänst
Ersättning vid arbetsförmåga
Jämställdhetspolitik
Utbildningspolitik
Storstadspolitik
Hälso- och sjukvårdspolitik
Bostadspolitik
Integrationspolitik
Funktionshinderspolitik
Kulturpolitik
Rättsväsendet
(Kriminalpolitik)

Målområde 4: Ökad hälsa i arbetslivet (4 politikområden)

Arbetslivspolitik
Jämställdhetspolitik
Integrationspolitik
Funktionshinderspolitik

Målområde 5: Sunda och säkra miljöer och produkter (6 politikområden)

Bostadspolitik
Miljöpolitik
Skydd och beredskap mot olyckor och svåra påfrestningar
Storstadspolitik
Transportpolitik
Konsumentpolitik

Målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård (1 politikområden)

Hälso- och sjukvårdspolitik.

**Målområde 7: Gott skydd mot smittspridning
(7 politikområden)**

Folkhälsopolitik
Hälso- och sjukvårdspolitik
Integrationspolitik
Livsmedelspolitik
Djurpolitik
Miljöpolitik
Ungdomspolitik

**Målområde 8: Trygg och säker sexualitet och en god
reproduktiv hälsa
(8 (9) politikområden)**

Folkhälsopolitik
Ungdomspolitik
Utbildningspolitik
Hälso- och sjukvårdspolitik
Integrationspolitik
Jämställdhetspolitik
Funktionshinderspolitik
Äldrepolitik
(Kriminalpolitik)

**Målområde 9: Ökad fysisk aktivitet
(9 (10) politikområden)**

Folkhälsopolitik
Miljöpolitik
Storstadspolitik
Äldrepolitik
Handikappolitik
Bostadspolitik
Folkrörelsepolitik
(Idrottspolitik)
Transportpolitik
Utbildningspolitik

**Målområde 10: Goda matvanor och säkra livsmedel
(9 politikområden)**

Folkhälsopolitik
Barnpolitik
Hälso- och sjukvårdspolitik
Konsumentpolitik
Integrationspolitik
Livsmedelspolitik
Miljöpolitik

**Målområde 11: Minskat bruk av tobak och alkohol, ett
samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade
skadeverkningar av överdrivet spelande
(11 (12) politikområden)**

Folkhälsopolitik
(Kriminalpolitik)
Barnpolitik
Hälso- och sjukvårdspolitik
Rättsväsendet
Skatt, tull och exekution
Ungdomspolitik
Utbildningspolitik
Socialtjänst
Livsmedelspolitik
Finansiella system och tillsyn
Folkrörelsepolitik

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 19 april 2018

Närvarande: statsminister Löfven, ordförande, och statsråden Lövin, Y Johansson, M Johansson, Baylan, Hallengren, Bucht, Hultqvist, Hellmark Knutsson, Bolund, Damberg, Bah Kuhnke, Strandhäll, Shekarabi, Fridolin, Eriksson, Linde, Skog, Ekström, Fritzon, Eneroth

Föredragande: statsrådet Strandhäll

Regeringen beslutar proposition 2017/18:249 God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik