



F

FOLKHÄLSO
MAGASINET

#1 2006



VAD FÅR FOLKHÄLSA KOSTA?

sid 4-13

Folkhälsoministern – en stram politiker
Folkhälsorapporten som kom av sig
Priset per kilo övervikt – och rökning

Ledare/

Våga lita på kunskapen

Ett strategiskt och planmässigt arbete för ökad folkhälsa ger effekt, det kan sägas med självklarhet. Det som saknas är långsiktighet och uthållighet. Detta fastän de flesta politiker förstår behovet av att arbeta förebyggande, att främja hälsa och förebygga sjukdomar. Men tyvärr finns det få som orkar göra politik av folkhälsofrågorna.

Jag ser två politiska systemfel i folkhälsoarbetet:

- Brist på kunskap och otillräcklig tilltro till metoder och arbetssätt som visat sig effektiva.
- Mandatperiodens längd – fyra år – och den uttalade meningen att budgeten varje år skall vara i balans.

Låt oss börja med mitt första systemfel. Kommuner och landsting styrs efter olika metoder, men gemensamt för dem är att de arbetar strategiskt och genom målstyrning. Det är bra för det skulle kunna ge möjligheter till bra och långsiktiga arbetsplaner. Men ofta arbetar man ändå kortsiktigt därför att man vill se resultat inom mandatperioden. Och om man får en ny majoritet vill den börja om med något helt annat!

Här har vi folkhälsoarbetare – alla kategorier – ett ansvar för att lära ut vetenskapligt utvärderade metoder som också är möjliga att följa i



Jan Linde
Ordförande
Svensk förening för
folkhälsoarbete

”**Snabba effekter och transparens är modeorden. Därför brister vi i långsiktigheten och uthålligheten**

det lokala perspektivet. Vi känner sådana metoder, men slåss vi tillräckligt för dem? Är vi själva tillräckligt lyhörda för att släppa fram den nya kunskapen, eller kör vi lika gärna med det gamla? Den nya folkhälsopolitiken är bra och ger oss många möjligheter – men tillämpar vi den?

Det andra systemfelet gäller mandatperiodens längd och balanskravet. Snabba effekter och transparens är modeorden. Därför brister vi i långsiktighet och uthållighet. Alla vet att vi kan sänka sjukvårdskostnaderna och minska socialbudgeten om vi satsar förebyggande. Vi kan ”investera i folkhälsa”, med andra ord avsätta medel i budgetarna för kommuner och landsting år 2006, fast de först ger besparingar om tio år eller ännu senare. Att arbeta förebyggande så att barn och ungdomar inte dricker alkohol eller använder andra droger sparar socialtjänstkostnader om 10-20 år och sjukvårdskostnader om 20-40 år.

Som kommunpolitiker kan jag få med mig mina politikerkollegor från alla politiska partier när det gäller att investera i infrastruktur och byggnader, för sådant finns en investeringsbudget. Men att investera i hälsa – där man ser de ekonomiska vinsterna först om åtskilliga år – där är intresset svagt och budgetsysteem saknas.

Folkhälsopolitiska rapporten ger **många** förslag...

I februari gick remisstiden ut på den tidigare Folkhälsopolitiska rapport 2005, som Folkhälsoinstitutet levererat till regeringen.

Många framhåller att rapporten genom sin omfattning följer vad som är viktigt.

Men om man tar ett avsnitt i taget kan rapporten just genom sin omfattning ge bra kunskap som motiverar till praktiskt folkhälsoarbete.

Nu är det upp till Socialdepartementet att göra något av alla förslag!

Det är bara att hoppas att regeringen inför valet orkar markera sina ambitioner i rapportens skog av 40 indikatorer och 400 förslag.

Vi önskar:

- ✓ att befintliga regionala folkhälsocentra får ekonomiska resurser att stödja regionalt och lokalt folkhälsoarbete med kunskap och kompetensuppbyggnad.
- ✓ mandat att utveckla det konkreta folkhälsoarbetet.
- ✓ varna för att statliga regionala myndigheter eller länsstyrelser nu lägger all en-

ergi på indikatorer och uppföljning.

- ✓ stopp på stuprörstänkande och skvätande med pengar till "flavour of the month-insatser" på t ex alkohol, tobak eller motion.
- ✓ att Folkhälsoinstitutet, om än i Östersund, får resurser att koordinera och kolla statliga departement och myndigheter samt stödja den regionala nivån genom kunskapssammanställningar och erfarenhetsutbyte.
- ✓ utbildning i folkhälsovetenskap för många yrkesgrupper t ex läkare, lärare, samhällsplanerare.
- ✓ satsning på forskning med fokus på genomförande och ekonomi av folkhälsoinsatser.
- ✓ att barns bästa och barns röst lyfts i folkhälsoarbetet – i enlighet med barnkonventionen.
- ✓ att folkhälsan ses som en hörnpelare i begreppet hållbar utveckling och tillväxt.
- ✓ frivilligorganisationer och folkbildning lyfts som viktiga aktörer.



De nominerade till årets folkhälsoinsats är...

I förra numret av Folkhälsomagasinets efterlyste vi tips på priser, utnämningar eller andra bra "incitament" för folkhälsoarbete.

I Gävleborg gick priset 2005 till **Höstrusket**, ett umgängeslopp i prattakt och föreläsningsserien

Ork till friskhet. Vuxenutbildningen i Nordanstig arrangerade. Finns det fler lokala exempel och borde vi införa en rikstävling? Kom med förslag till gunnar.oberg@sl.se.

/GÅ

/GÅ

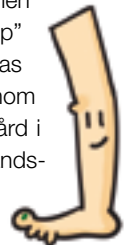


Treåringar lär sig **rättigheter** i ny bok

Barnhälsovården ska ge alla treåringar en sagobok om barnens rättigheter i vården. "Trasiga Tandnen, Ledsna Hjärtat, Brutna Benet och Arga Armen behöver hjälp" kommer att finnas på alla ställen inom sjukvård och tandvård i Stockholms läns landsting.

Tanken är att både föräldrar och personal ska se barnen, även de minsta, som personer som har rätt att ställa frågor och få svar samt tala om hur de vill ha det.

Boken är ett resultat av ett utvecklingsarbete i landstinget. En "Handlingsplan för arbetet med barnkonventionen 2006-2008" har också antagits och kommer att följas upp av fullmäktige. Se www.folkhalsoguiden.se



Innehåll

Nyhetsnotiser • 3

Tema: Politik, folkhälsa och ekonomi

Folkhälsoministern blickar bakåt • 4

Har vi råd att inte förebygga • 7

380 politiker utbildade • 12

Synpunkten: Ansatser i stället för insatser? • 14

Lyckan kommer, lyckan går och annan läsning • 15

Nordiska folkhälsokonferenser • 16

Reflektörer bra inslag i Alingsås • 17

Baktankar: Mitt i eländesbruset lyssnade jag på "Sommar"! • 18

Hälsa på... Alexandra Charles • 20



TEMA: Politik, folkhälsa och ekonomi**>> SATSNINGEN PÅ MISSBRUKARVÅRD SOM VI GENOMFÖR NU HADE JAG VELAT BÖRJA MED TIDIGARE. OM**

Vad bryr sig politiken om folkets hälsa? Ska vi satsa på sjukvård eller kan det löna sig att förebygga? Har vi råd med rökare och överviktiga? Folkhälsoministern inleder en serie artiklar som kanske ger fler frågor än svar!

– Jag är nog en **stram** politiker

Satsningen på missbrukarvård och rökstoppet på restauranger vill Morgan Johansson helst lyfta fram från sina första år som folkhälsominister. Den växande psykiska ohälsan bland unga är det han känner mest oro för.

Av Eva Åhlström / Märten Gudmundhs (foto)

För tre år sen berättade Morgan Johansson i Folkhälsomagasinets om sina första månader som folkhälsominister och om sin nyss framlagda folkhälsoproposition. Nu är det dags för avstämning. Vad är det viktigaste som hänt? Vad är han mest nöjd med? Vad har lyckats sämre?

– Viktigast är satsningen på missbrukarvård, med sammanlagt 820 miljoner kronor på tre år 2005-2007, och förbudet mot rökning på restauranger.

Han är nöjd med satsningarna på

förebyggande arbete när det gäller alkohol, narkotika och tobak men mindre nöjd med utvecklingen av den psykiska ohälsan hos ungdomar. Därför har ett handlingsprogram för att minska självmorden bland unga beställts. Som en förklaring till problemen pekar han på det tryck som de unga är utsatta för, framför allt från den kommersiella pressen med budskap om hur man ska se ut och hur man ska vara.

– Det är svårast för unga tjejer, och det är bland dem som självmorden ökat.

Han ser också problem i skolan.

– Många känner att om de inte är bland de allra bästa har de svårt att få jobb. I den politiska debatten finns ett elittänkande, man vill plocka ut dem som har de bästa förutsättningarna och sätta dem i elitskolor. Jag värjer mig mot den tanken!

För tre år sen sa Morgan Johansson att tobaken är vårt största folkhälsoproblem, åtminstone om man mäter i antalet dödsfall.

– Det är fortfarande så att flest dör av tobak. Men på röksidan har vi varit framgångsrika. Idag är Sverige ett av de länder som har lägst andel rökare – 15 procent.

Betyder det att satsningen är slut nu, efter rökstoppet på restauranger och tobaksuppdraget?

– Nej, arbetet är inte avslutat. Vi håller på med en utvärdering av tobaksuppdraget, och många projekt kommer att leva vidare. Slaget om tobaken är inte vunnet, men vi börjar se hur rökningen fasas ut. Om 15-20 år tror jag att det är sällsynt att mäniskor röker.

Den ökade alkoholkonsumtionen är däremot ett växande folkhälsoproblem.

– Visserligen har den alkoholrelaterade dödligheten minskat, men om konsumtionen fortsätter att öka som de senaste åren, kommer vi att få öka-



Hallå Viveka Asplund

Hälsoplanerare, Kungsörs Kommun. Har de nationella målen för folkhälsoarbete haft betydelse för ditt arbete med folkhälsofrågor?

I Kungsörs kommun bygger en stor del av folkhälsoarbetet på de nationella målen. Hälso- och miljörådets handlingsplan med övergripande mål, inriktning och strategier för fem av de nationella målområdena är antagen av kommunfullmäktige för perioden 2003-2006.



de skador och ökad dödlighet.

För att få ner konsumtionen vill han fortsätta satsningen på förebyggande insatser, riktade till ungdomar och föräldrar, och på stramare regler för utskänkningsstillstånd. Någon ytterligare liberalisering av den svenska alkoholpolitiken vill han inte se, även om han tror att vi blir tvungna att sänka spritskatten.

– Vi slår vakt om den svenska alkoholpolitiken. Vi kommer aldrig att lämna över Systembolaget i privata händer eller tillåta försäljning av vin och sprit i snabbköp. Men visst har vi bekymmer med alkoholfrågorna i förhållande till EU.

Samtidigt tycker han att det börjar bli lättare att få gehör för folkhälsoargument i EU-arbetet.

– Jag märker i flera länder en annan medvetenhet i folkhälsofrågor. Titta bara på inställningen till trafik och alkohol i länder som Frankrike, Italien, Spanien, Irland. Sakta men säkert får vi fler att dela vår uppfattning att alkohol inte är vilken vara som helst. När vi blir fler, kan vi på allvar utmana de starka ”inremarknadsfundamentalisterna”.

Som folkhälsominister är det också hans uppgift att få andra ministrar och departement att ”tänka folkhälsa”. Som exempel nämner han förhandlingarna om en ny skollag, där hälsa föreslås bli ett särskilt mål i skolan, ett ökande intresse inom hälso- och sjukvården för förebyggande insatser och arbetsgivarnas ökade kostnader för långtidssjuka, som gör det lönsamt att förebygga sjukdom. I Folkhälsomagasinet har vi också ställt frågor till andra departement om hur

de arbetar med folkhälsofrågor, och då har intresset verkat rätt svalt.

– De behöver alltid puffas på, konstaterar folkhälsoministern. Det är svårt att jobba ”mainstream”. Men exemplen visar att det går. Och vi ska fortsätta. Nu vill jag lyfta fram den psykiska ohälsan, i första hand med insatser i skolan.

Morgan Johansson tycker inte att han ser annorlunda på folkhälsofrågorna idag än för tre år sedan, däremot att han lärt sig mycket och förhoppningsvis blivit lite klokare.

– Men min ideologi är densamma. Vi har en tradition av stramhet men också en vetskap om att det krävs en balans mellan lagstiftning och hur mycket man ska få bestämma själv.

– Jag är nog själv en stram politiker, både i andras ögon och i mina egna.

–Jag har till och med blivit kallad ”folkhälsofascist” av Expressen - men det fick de ta tillbaka.

Om han fick börja om nu, med den kunskap han har idag, finns det åtminstone en sak han skulle vilja göra annorlunda:

– Satsningen på missbrukarvård som vi genomför nu hade jag velat börja med tidigare. Om missbrukare får behandling snabbare, minskar också prostitution och hemlöshet. Det minskar också nyrekryteringen. Men det var inte lätt att få loss pengar tidigare, satsningen kom inte förrän 2005. Men nu finns stora möjligheter att göra något bra! **f**



Hallå Britt-Marie Långström

Strateg för hållbar utveckling, Umeå. Har de nationella målen för folkhälsoarbete haft betydelse för ditt arbete med folkhälsofrågor?

Ja, de nationella folkhälsomålen har lyft den sociala dimensionen i begreppet hållbar utveckling på liknande sätt som de nationella miljömålen förtydligat den ekologiska delen av hållbar utveckling. Vi arbetar nu i Umeå med att ta fram förslag på hur vi ska arbeta med

välfärdsbokslut för kommunen. Utgångspunkten för det arbetet är bl.a. de nationella folkhälsomålen och de indikatorer som Folkhälsoinstitutet tagit fram.

>> EN SKRIVELSE TILL RIKSDAGEN /.../ ÄR ATT MISSA ÄNNU EN POLITISK MÖJLIGHET!

Lägg en propp mitt råd:

Har det hänt något i folkhälso-politiken?

Ja! Och nej! skriver Margareta Persson, f.d. ordförande i Nationella folkhälsokommittén, nu sektionschef SKL.

När jag började som ordförande i Nationella folkhälsokommittén för nio år sedan var ordet folkhälsofrågor ett nästan okänt begrepp för alla utom den innersta kretsen. Så är det inte idag. Nu är det tvärtom ett ord som används hej vilt, även när det är helt fel.

”Akta *din* folkhälsa”, har folk sagt åt mig när jag tagit en kaka.

Fördelen med att vi nu har en folkhälsopolitik och ett Folkhälsoinstitut som ska följa upp den, är att det idag finns en ökad medvetenhet om hälsoaspekter hos både myndigheter, kommuner, landsting och privatpersoner. Även hos privata företag – om de kan göra business på en hälsosam produkt, vill säga.

Så visst har mycket hänt! Även om jag var besviken på regeringens folkhälso proposition, som inte var skriven för politiska beslutsfattare. Därmed förlorade den en möjlighet att bli en politisk blåslampa och debattbjörna. Samtidigt har den ändå lyckats få den administrativa nivån att bli mer medveten om folkhälsoaspekter. Man är tvungen att skriva in något om folkhälsofrågor i sammanhang man tidigare inte tänkt den tanken. På sikt påverkar det. Fast, fast... jag har hört många tjänstemän svära över att de måste rapportera saker - alltså även sådant som de alltid utfört men inte klätt i folkhälso termer tidigare. Det positiva är att folkhälsofrågorna ändå lyfts, det negativa är att ny verksamhet inte alltid utförs - det är allt-



Margareta Persson vill att rapporten ska politiseras.

för ofta bara gammal verksamhet som fått folkhälsa i rubriken.

Nu verkar det som om regeringen endast gör en skrivelse till riksdagen på den folkhälso politiska rapporten. Det är att missa ännu en politisk möjlighet! Jag hoppas verkligen Morgan Johansson förstår värdet av att politisera rapporten och få riksdagen att ta ställning. Gör ingen skrivelse, lägg en ny proposition till riksdagen istället! Då kan man dra politiska slutsatser av rapporten och man kan föreslå riksdagen vilka mål som ska gälla. Gör om målområdena till politiska mål helt enkelt! Då lyfter man folkhälsofrågorna.

När folkhälso politiken skulle sjösättas avsatte man inga nya medel för det. Man stiftade inga lagar (jo, äntligen kom tobaksfria restauranger förra

året!) och man antog inga politiska delmål. Samtidigt föreslår Folkhälsoinstitutet att länsstyrelserna ska följa upp den lokala folkhälso politiken! Helknäpp! Om det inte finns några mål antagna av riksdagen, om det inte finns några lagar, som det t.ex. finns kring miljömålen, om det inte finns pengar avsatta – vad är det då man ska följa upp? Den politiska handlingskraften i kommuner och landsting? Men inte kan väl länsstyrelsen bedöma den lokala demokratin?

Eftersom regeringen valde att inte göra politik av folkhälsofrågorna, så finns det ett problem: folkhälsofrågorna betraktas åter igen som individens eget hälsoansvar.

I mina mer deprimerade stunder kan jag tycka att uppmärksamheten på folkhälsofrågor under senare år har varit lite farlig – med fokus på att individen är för fet, dricker för mycket och rör sig för lite. En kommersiell marknad slår mynt av olika hälsotrender och tidningar trumpetar ut hur individen bör lägga om sin livsstil för att bli en sund och frisk medborgare.

Då känner jag en lätt vindpust från det mörka 30-talet. Alltså: fixeringen vid individuellt hälsoansvar och hälsobudskap kan i sig leda till ny ohälsa - man tänker så mycket på sin kropp att man känner sig sjuk, man kan få ätstörningar och man kan få en nedvärderande syn på människor som inte ser sunda ut. Det leder bort från det politiska ansvaret.

Samhället utgör grunden för människors hälsa och hur hälsan är fördelad i befolkningen, men vad är det för samhälle vi skapar?

Mitt råd till regeringen: politisera folkhälsofrågorna!

Margareta Persson

Har vi råd att inte förebygga?

För snart 10 år sedan gjorde Stockholms läns landsting ett försök att sammanställa ekonomiska beräkningar kring vad vi då kallade Hälsoprogram. Har det hänt något sedan dess?

Har vi råd att inte förebygga, SLL (1997) slår fast att folkhälsoarbetets främsta uppgift inte är att minska sjukvårdens kostnader. De totala sjukvårdskostnaderna beräknades då till 162 mdkr, varav psykiska sjukdomar var ca 17 procent. (2003 uppgick kostnaden för hälso- och sjukvård till 226 mdkr och 2004 till 233 mdkr, vilket är 9 procent av BNP.) Av 49 000 förlorade levnadsår svarade skador och tumörer för ungefär hälften och hjärt-kärlsjukdomar för 20 procent. För skador totalt gjordes beräkningar att landstinget svarade för 14 procent. Mellan 0,7 och 2,0 procent av hälso- och sjukvårdsbudgeten avsattes till folkhälsoarbete enligt en skattning.

Några exempel ur rapporten 1997:

- Nettoeffekten av sekundärprevention för minskad alkoholkonsumtion beräknas till 6 000 kr/patient.
- Akutbesök, sjukskrivningstid och skolfrånvaro för astmatiker kan halveras genom lyckad sekundärprevention.
- En minskning av cancerdödlighet på 8 år med 20 resp 30 procent för män och kvinnor kan åstadkommas genom behandling samt insatser mot rökning och för bättre kost och solvanor.
- Antalet nya diabetesfall (typ 2) kan minskas med 2 200 fall per år i Stockholms län genom bättre matvanor, mer motion och mindre rökning.
- En satsad krona på minskat fettintag och rökning kan ge sex gånger igen i minskade sjukvårdskostnader.

Hälsan går att påverka, Ett kunskapsunderlag, Lf och KI (2002) visar hur hälsoutveckling och tillväxt hänger ihop - åt båda hållen - och inte är något enkelt oberoende samband:

- sjukdomsfall har alltid många bidragande orsaker, men det kan räcka att påverka någon
- många åtgärder påverkar flera ohälsosaker samtidigt.

Förebygga eller bota Om kostnads-effektiva sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvården, CDUST-länen kan läsas eller beställas genom www.orebroll.se, välj rubriken Vård & hälsa. Välj rubriken Folkhälsa.

Hälsovinstprojektet i Västra Götaland - hälsoekonomi och resursfördelning tar upp hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i ett beställarperspektiv. Exemplet är höftfrakturer, kostnad ca 300 milj. för vård dagar i slutenvård, tillsammans med kommunens nota dubbla kostnaden. Resonemang förs kring utvärderade metoder, risker, vårdinsatser, hälsofrämjande och förebyggande insatser, kostnadseffektivitet, hälsovinst och rättvisebegrepp och slutsatsen blir en kostnadsminskning på 157 milj. per år.

Tänk långsiktigt - en samhälls-ekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa, Skolverket, Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut. Fokus ligger på de generella insatsernas betydelse. Man jämför mellan kostnader för tidiga generella insatser och senare selektiva insatser samt visar hur samhälls-ekonomiska analyser kan användas som beslutsunderlag.

Hur mycket kan man spara (Quick and dirty)

Skador:	1 satsad krona ger 40 kronor tillbaka
Tobak:	1 satsad krona ger 60 kronor tillbaka
Fett- & rökminskning:	1 satsad USD ger 6 USD i minskad sjukvårdskostnad

Satsa tidigt, Barnombudsmannen rapporterar 2005:04. Barnombudsmannen sammanfattar att det behövs mer satsningar för barns psykiska hälsa inom BUP, elevhälsan, föräldrastöd, en översyn av skolans psykosocial arbetsmiljö mm.

Ledarforum (nätverk för folkhälso- och samhällsmedicinska chefer) går igenom vad som gjorts kring hälsoekonomi gällande folkhälsoarbete och belyser viktiga utvecklingsområden. Arbetet pågår 2006 - 2007. Du kan hjälpa till genom att fylla på med kunskap och källor.

Kontakta Göran Henriksson, goran.henriksson@vgregion.se.

Efter att ha läst rapporterna är slutsatsen att vi som arbetar med folkhälsa måste våga vara lite tuffare och göra som i andra ekonomiska sammanhang och ta ut svängarna när vi räknar på hur mycket det kostar och hur mycket vi kan spara. Prognoser kring börsindex BNP och kostnader för t ex väg-tunnlar är ju inte alltid så exakta.

När Vägverket planerar för mitträck-en använder de kalkylerade siffror för lönsamhet i vägsäkerhet och sparade liv, får politikerna med sig och sätter upp räckena. Medan vi som arbetar med andra hälsofrämjande och livspara-nde insatser är så kollosalt försiktiga när vi gör våra kalkyler. Vi kanske inte behöver både livrem och hängslen för att beskriva verkligheten och motivera till hur den ska bli bättre! /GÅ

>> DE DIREKTA KOSTNADERNA FÖR FETMARELATERADE SJUKDOMAR ÄR CIRKA TVÅ PROCENT AV UTGIFT

Ju fler kilo övervikt, desto högre blir priset – både för individen och samhället. Vi efterlyser studier som visar vilka behandlingar som är mest kostnadseffektiva utifrån minskning av sjuklighet, dödlighet eller förbättrad livskvalitet – och i jämförelse med förebyggande åtgärder.

Övervikt och fetma har ökat under de senaste 25 åren över hela världen. I Sverige visar mindre studier av barn att övervikten fördubblats sedan 1980 och att fetma ökat 4-5 gånger!

Utvecklingen bland vuxna är inte lika dramatisk men ändå kraftig. I tex Stockholms län fördubblades antalet män och kvinnor med fetma under 90-talet medan andelen överviktiga ökade med en tredjedel. Med så stora förändringar under en kort tidsperiod är det rimligt att ställa frågan vad effekterna blir för den drabbade individen och samhället?

Övervikt och framför allt fetma innebär klart sämre livskvalitet för individen jämfört med befolkningen i genomsnitt eftersom fysisk funktion, allmänt hälsotillstånd och vitalitet påverkas.

Övervikt och fetma innebär också en förhöjd risk att drabbas av olika följsjukdomar.

Till detta kan komma diskriminering på arbetsmarknaden, svårigheter att bilda familj etc.

Det finns även studier i USA där man funnit ett samband mellan fetma och lägre lön.

Övervikt (BMI mellan 25 och 30) behöver inte medföra hälsoproblem. Riskökningen beror inte enbart på graden av övervikt utan även på personens levnadsvanor, t ex hur fysiskt aktiv han eller hon är. Ju närmare gränsen till fetma (BMI >30) desto mer ökar risken för förtida sjukdomar och risken ökar med stigande grad av fetma, särskilt vid bukfetma. Vanligaste följsjukdomarna är typ 2-diabetes, högt blodtryck, hjärtinfarkt,



KILONA KOST

gallsten, sömnapné, ledbesvär och vissa cancersjukdomar.

En viktig fråga är hur mycket fetma och övervikt (och dess följsjukdomar) kostar samhället. Kostnader för behandling och vård av en viss sjukdom oavsett vem som svarar för behandlingen är *direkta* kostnader. I en systematisk översikt av internationella studier, som presenterades 2002, bedömde Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) att de direkta kostnaderna för fetmarelaterade sjukdomar är cirka två procent av utgifterna för hälso- och sjukvård, vilket då motsvarade tre miljarder kronor per år i Sverige.

Storleksordningen på denna siffra bekräftas i en studie baserad på svenska data från Institutet för hälso- och

sjukvårdsekonomi (IHE) (Landstingsförbundet 2004). Där skattades merkostnaden för sjukdomar orsakade av övervikt och fetma för öppenvård och slutenvård samt läkemedelsbehandling i öppenvård till 3,6 miljarder kronor per år.

I en nyligen publicerad studie (Borg et al 2005) baserad på 15 års uppföljning av en Malmökohort omfattande 33 000 män uppskattades merkostnaden för enbart sjukhusvården av övervikt och fetma till ca 2,3 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården eller 2,2 miljarder kronor per år.

Indirekta kostnader uppstår som en konsekvens av sjukdom och behandling och utgörs av produktionsförluster till följd av sjukfrånvaro,

ERNA FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD, VILKET MOTSVARAR TRE MILJARDER KRONOR PER ÅR I SVERIGE.



Foto: Photos.com

AR FÖR ALLA

förtidspensionering eller dödsfall före pensionsåldern. Det vetenskapliga underlaget för bedömning av indirekta kostnader är än mer begränsat. En svensk studie från Göteborg (Narbro et al 1996) bedömde att kostnaden för produktionsbortfallet vid korttidsfrånvaro och förtidspensionering uppgick till 3,6 miljarder för enbart kvinnor. Detta skulle motsvara cirka 10 procent av de totala indirekta kostnaderna för sjukfrånvaro och förtidspensionering för kvinnor i Sverige detta år.

I en ny rapport från IHE (Persson och Ödegaard 2005) baserar författarna en skattning av de totala indirekta kostnaderna för övervikt och fetma under ett år dels på statistik om sjukskrivning och förtidspensionering

i Narbros population av kvinnor, dels på förtida död bland män med övervikt och fetma i Malmökohorten i Borgs studie. Deras slutsats är att de indirekta kostnaderna av övervikt och fetma är 12,4 miljarder, 3 - 4 gånger större än de direkta sjukvårdskostnaderna. De understryker att deras dataunderlag är både osäkert och begränsat men att förhållandet mellan direkta och indirekta kostnader är rimligt med tanke på vad som rapporterats om andra sjukdomar.

Vad kostar det att förebygga och behandla? När det gäller prevention av fetma har olika metoders effekter hitintills bedömts vara så osäkra att det med något enstaka undantag ansetts omöjligt att beräkna kostnadseffektiviteten. Informationen om behand-

lingsmetodens kostnadseffektivitet är också begränsad, men några studier bedömde SBU, i den tidigare nämnda rapporten från 2002, som användbara. Deras sammanfattning är att kostnaden är relativt låg per kilo vikt-nedgång genom kostrådgivning, beteendeterapi, VLCD (Very Low Calorie Diet, kostersättningspreparat med lågt energiinnehåll) och kirurgisk behandling. Vid läkemedelsbehandling är kostnaden avsevärt högre.

När det gäller läkemedelsbehandling och kirurgisk behandling finns det några få studier med mycket varierande resultat som mäter kostnader per enhet hälsoeffekt. Hälsoeffekten uttrycks som QUALYs, kvalitetsjusterade levnadsår. En QUALY kan tolkas som att patienten vunnit ett år med full hälsa. Studier som beskriver kostnadseffektiviteten utifrån observerad minskning av sjuklighet, dödlighet, QUALYs eller förbättrad livskvalitet saknas tyvärr för behandling som innebär förändrade mat- och rörelsevanor, vilket gör det omöjligt att jämföra kostnadseffektiviteten för olika behandlingsalternativ.

Har vi råd att inte förebygga?

Kostnadsberäkningar bygger alltid på en rad antaganden. Under förutsättning att gjorda antaganden om utbredning, risker samt statistik för sjukskrivning och förtidspension, som sammanhänger med övervikt och fetma, överensstämmer någorlunda med verkligheten skulle summan av samhällets direkta och indirekta kostnader för övervikt och fetma i dag uppgå till minst 15 miljarder kronor per år. Med tanke på den dramatiska ökningen av fetma hos barn och unga finns det alla skäl att anta att denna siffra kommer att stiga kraftigt under de närmaste åren bl.a. för att följsjukdomar som diabetes och högt blodtryck kommer att uppträda tidigare i livet.

Eva Callmer
Enhetschef

Tillämpad näringslära / Hälsomålet
Centrum för folkhälsa, SLL

>> DEN ÅRLIGA TOBAKSSKATTEN /.../ INTE ÖRONMÄRKT FÖR ÅTGÄRDER MOT TOBAK

Rökningen kostar det svenska samhället minst 26 miljarder kr varje år. Ca 6 500 människor per år beräknas avlida till följd av egen rökning och 500 av passiv rökning. Sveriges kommuner kan sammanlagt spara två miljarder kr per år genom att hjälpa anställda att sluta röka.

En studie som gjordes 2001 vid Lunds universitets Centrum för Hälsoekonomi visar att rökningen kostar samhället 26 miljarder kronor varje år. Det är sju gånger mer än landstingens samlade underskott på 3,5 miljarder samma år och kan även jämföras med de 21 miljarder som satsades på rättsväsendet eller utgifterna för internationellt bistånd 17 miljarder kronor.

De 26 miljarderna består av:

- 2,2 miljarder i *sjukvårdskostnader* (öppenvård 408 000, slutenvård 1 591 000 och läkemedel 175 000)
- Det utgör 1,3 procent av de totala sjukvårdskostnaderna.
- Till detta kommer 6 miljarder för förlorade arbetsår (*dödsfall och förtidspensioner*).
- Sammanlagt utgör sjukvårdskostnaderna och de förlorade arbetsåren 2,6 procent av kostnaderna för alla sjukdomar.
- Ovanpå detta kommer kostnaderna för *sjukskrivningarna* på 18 miljarder kronor.
- Det blir tillsammans 6,7 procent av alla kostnader.

Studien är begränsad till åldersgruppen 35-84 år. I beräkningarna ingår endast cancer i övre luftvägarna, lungorna, bukspottkörteln, njurarna och urinblåsan, sjukdomar i andningsorganen som KOL, lunginflammation och de vanligaste hjärt- och kärlsjukdomarna. Det finns således en rad sjukdomar som studien inte tar hänsyn till, t.ex. cancer i mage och lever samt blodcancer, magkatarr/magsår, Crohns sjukdom, benskörhet, tandlossning, impotens, minskad fertilitet,

operationskomplikationer och passiv rökning. Därför innebär beräkningarna troligen en kraftig underskattning av kostnaderna.

Rökningen innebär också en stor kostnad för arbetsgivare. Rökare beräknas ha i genomsnitt *åtta sjukdagar mer* om året än personer som aldrig rökt och tar en halvtimme extra paus om dagen. Det kostar arbetsgivaren ca 30 000 kr per år. En typkommun med 1 300 anställda kan spara 4 miljoner kr per år på att hjälpa de anställda som kan antas vilja sluta röka. Sveriges kommuner kan sammanlagt spara 2 miljarder kr per år.

De tobakspreventiva och avvänjande insatserna i landstingen beräknas bara motsvara drygt 100 miljoner kr per år. Staten har genom Folkhälsoinstitutet sedan 1992 i genomsnitt anslagit 14 miljoner kr om året för det nationella arbetet mot tobak. Detta utökades till 30 miljoner åren 2002-2004 på grund av ett särskilt regeringsuppdrag, men därefter understiger den nationella satsningen (förutom stödet till frivilliga organisationer) en miljon. Den årliga tobaksskatten, som uppgår till ca 8 miljoner kr, är inte alls öronmärkt för åtgärder mot tobak.

Tobakens skadeverkningar kan minskas bara genom ett brett arbete, som omfattar många strategier och målgrupper, i stat, landsting, kommuner och frivilligorganisationer. Tobaksavvänjning anses vara en av vårdens mest kostnadseffektiva åtgärder samtidigt som det finns effektiva metoder. Trots det har mindre än varannan vårdcentral en rökavvänjare. Kostnaden per vunnet levnadsår är 3 000 - 10 000 kr för rådgivning till den som önskar sluta röka. Som jämförelse kan nämnas att kostnaden per vunnet levnadsår vid behandling av förhöjt blodtryck är 150 000 - 200 000 kr.

WHO rekommenderar alla medlemsländer att avsätta 1 procent av tobaksskatten till tobaksförebyggande arbete. Detta skulle ha gett 80 miljoner kr till det svenska arbetet år 2001. Om Sverige kunde satsa i den storleksordningen skulle vi ha en god chans att nå de höga nationella folkhälsomål som riksdagen satt för tobak, att halvera rökningen till år 2014.

Margaretha Haglund och Barbro Holm Ivarsson, Insatser mot tobaksbruket, Statens folkhälsoinstitut



FOTO: PHOTOS.COM

TOBAKS- PREVENTION

– en lönsam affär

>> **FRAMGÅNGSRIKA FÖREBYGGANDE INSATSER BLIR ALLT MER LÖNSAMMA.**

Kommer vi att ha råd med sjukvården? är titeln på en rapport som Landstingsförbundets ekonomiberedning presenterat som en del av beredningens uppdrag att stimulera debatten om hur vården ska finansieras i framtiden.

Liksom i de flesta andra länder brottas sjukvården i Sverige med ekonomiska problem. Med fler äldre i befolkningen och fortsatta kostnadsdrivande medicinska framsteg kommer finansieringen av en sjukvård på lika villkor för alla att så småningom bli övermäktig. Detta i synnerhet som den yrkesaktiva befolkningen växer långsammare och möjligheterna att ta ut högre skatter upplevs som alltmer begränsade.

Beredningen är trots allt ganska optimistisk om den närmaste framtiden. Det finns möjligheter att effektivisera och få mer vård för befintliga resurser genom en förändrad vårdstruktur, systematiskt förbättrings- och kvalitetsarbete, it-stöd m.m. Förutsatt att fler kommer i arbete finns det också ett utrymme att tillföra resurser utan att höja det totala skatteuttaget. Men kostnadsökningen måste reduceras till cirka hälften av vad den har varit under de senaste decennierna.

På längre sikt, fram mot 2020-talet, ställs vården och andra offentliga åtaganden inför stora utmaningar. Konkurrensen om de offentliga resurserna ökar när inte minst äldreomsorgen måste få en växande del av kakan. Det är i det perspektivet diskussionen måste föras om i vilka former vården skall finansieras: skatter, avgifter eller försäkring. Dagens modell kommer att kräva högre skatter eller att en större andel av skatterna går till vården. Flera undersökningar visar att medborgarna är beredda att betala högre skatt om pengarna går till vården, ändå är detta ingen oproblematisk väg.

Beredningen är tydlig med att starka

SJUKVÅRD eller FOLKHÄLSA?

för en del
för alla



FOTO: PHOTOS.COM

skäl talar mot att ta ut högre avgifter, dvs att vi skulle betala mer när vi behöver vård. Vården skall betalas när vi är friska och har goda inkomster, inte när vi är sjuka. Sjukvårdsförsäkringar är ett bättre alternativ. Men det skall vara försäkringar som täcker behandlingar, mediciner m.m. som inte ryms inom den offentliga vården. Detta är något annat än den typ av försäkringar som finns idag som ofta bygger på att den offentliga vården inte klarar sitt uppdrag.

En utgångspunkt i rapporten är att vårdbehoven de kommande 25 åren kommer att växa i minst samma takt som de gjort de gångna 25 åren. Ett växande antal äldre ökar självfallet vårdbehoven. Men demografin betyder mindre än man får intryck av i debatten. Det är istället den medi-

cinska utvecklingen, ständigt förbättrade möjligheter att diagnosticera och behandla sjukdomar, som driver på vårdbehov och kostnader. Den processen kommer av allt att döma att fortsätta.

Alla som är engagerade i folkhälsoarbete ställer frågan om inte förebyggande insatser kan ändra bilden och bidra till en mer dämpad utveckling av vårdbehoven. Att det finns en stor potential att spara resurser visar bl.a. beräkningar (gjorda av Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi) att samhällets årliga kostnader för sjukdomar orsakade av övervikt och fetma uppgår till ca 15 mdkr.

Läkarvetenskapen förefaller dock skeptisk. I en expertrapport till Ansvarskommittén drar man slutsatsen att "primärprevention (förhindrande av uppkomsten av sjukdomar genom att känna dess mekanismer) är omöjlig p.g.a. komplicerad genes (orsakssamband) vid de flesta sjukdomar. Dessutom är befolkningen relativt ovillig att primärt preventera livsstils-sjukdomar."

Det finns säkert de som gör en mer optimistisk bedömning av folkhälsoarbetets möjligheter. Dilemmat är att med allt knappare resurser kan det bli svårare att skapa utrymme för förebyggande insatser som ger resultat först på lång sikt. *(Det är svårt nog redan idag! Red. anm.)*

Det kan noteras att en konsekvens av en alltmer kostnadskrävande vård är att framgångsrika förebyggande insatser blir allt mer lönsamma.

Stefan Ackerby
Bitr. chefekonom SKL

>> SFFF HAR HITTAT EN PERFEKT NIVÅ PÅ UTBILDNINGEN.

Hallå, Agneta Fleismark (s).

Du är ordförande i Folkhälsoutsiktet inom Landstinget i Västmanland. Vilka frågor är aktuella hos er just nu?

– Vi har börjat det nya året med stor energi och arbetsglädje! I mars kommer folkhälsoutsiktet att arrangera ett seminarium i Västerås, riktat till förtroendevalda på olika nivåer. Det ska handla om stress - den nya ohälsan. Gästföreläsare är Peter Währborg. Han är docent, sociolog, psykolog och psykoterapeut och verkar i Göteborg.

– Vi kommer också att besöka Västerbottens landsting i början av maj. Vi är särskilt intresserade av folkhälsonämndernas arbete och hälsoundersökningarna som gjorts i 20 år i Norsjö och vill veta mer om tillgängligheten till hälso- och sjukvården, kompetensen på vårdcentralerna etc. Västerbotten har mycket att bidra med både när det gäller kunskaper och erfarenheter.

I Västmanland har ni valt att utbilda hela landstingsfullmäktige i folkhälsa. Vem väckte denna tanke? Hur har detta initiativ tagits emot av politikerna?

– Folkhälsoutsiktet tog initiativ till denna utbildning. Fullmäktige beslutar om visioner och mål och det är därför väldigt viktigt att förtroendevalda höjer kompetensen när det gäller politikens roll i folkhälsoarbetet! Utbildningsdagen har mottagits väl av de förtroendevalda och eftersom landstinget Västmanland har flyttat fram positionerna vad gäller folkhälsa så blev dagen för många ”den dag då myntet ramlade ner i apparaten”.

Vilka förväntningar hade du/ni inför utbildningen?

– Det stora intresset bekräftades under de två första dagarna. Hoppas att det bli lika stort deltagande i april! Svensk förening för folkhälsoarbete har hittat en perfekt nivå på utbildningen. Engagemanget har varit stort från våra folkvalda.

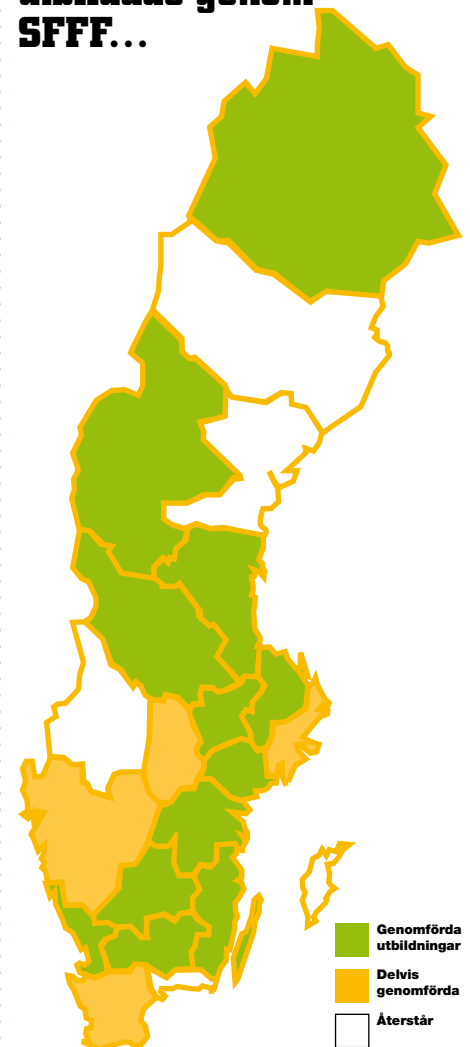
Två av tre utbildningar är genomförda. Har folkhälsofrågorna blivit mer aktuella i fullmäktige? Vad har hänt? Har det skrivits motioner, interpellationer? Har debatten kring folkhälsa ökat?

– Utbildningsdagarna var i början av november 2005. Det är svårt att se någon aktivitet redan i januari. Min förhoppning är naturligtvis att se mer av debatt kring folkhälsa framöver i landstinget Västmanland.

Har du något övrigt du vill berätta?

– Folkhälsoutsiktet har 2004-05 använt fokusintervjumetoden för att samtala med medborgarna om folkhälsa. Vi har intervjuat västmanlänningar från 18 år och uppåt. Frågorna har rört Landstinget Västmanlands vision ”Det hälsofrämjande landstinget” samt inriktningsmål och strategier för att förbättra folkhälsan. Vårt utskott lade också förslag till förändringar i landstingsplanen när det gäller strategival för att bli ett hälsofrämjande landsting.

380 politiker utbildade genom SFFF...



...och fler blir det!

Under 2003 genomfördes sex regionala konferenser i syfte att informera om den nya folkhälsopolitiken. Konferenserna samlade 350 politiker och tjänstemän. Erfarenheterna visade att särskilda utbildningar kunde vara intressanta för politikergruppen.

Från 2004 har ett drygt 20-tal utbildningar genomförts i samverkan med Statens folkhälsoinstitut.

Sammanlagt har nu 380 politiker genomgått SFFF:s politiker-utbildningar

Under våren 2006 planeras utbildningar för politiker i Region Skåne, landstinget Västmanland och miljöpolitiker i Göteborgsregionen.

/AÖ

Satsa på förebyggande insatser - vi vet att det lönar sig!

Läkarkollektivet tycks vara synnerligen passivt i frågan om möjligheterna till primärprevention. Dags att utbilda också läkare i epidemiologi?!

Kan inte föreningen göra något för att bryta motståndet mot att satsa förebyggande? Politikerna gör ju inget...

Självklart finns det svårigheter att ta hem vinsterna för folkhälsoarbetet. Men, det borde vara en av de politikernas viktigaste uppgifter att genomdriva.

"Kan vi motivera medborgarna att betala mer skatt för att slippa sjukdom och död? Jag vill minnas att Norsjö-projektet bevisade det.

Är sjukvården rättvisare än hälsoarbetet?

Vad skulle vi inte kunna ha gjort inom sjukvården idag om vi hade rutit lika mycket som idag när vi rökte som mest?

Vem har ansvaret för övervikten - chipsfabrikanten, skolcaféet, tv-spelsindustrin, idrottsläraren, lunchrestaurangerna eller folkhälsoarbetaren - eller du själv?

Är vi som hälsoarbetare dåliga på att föra fram de ekonomiska effekterna av att inte satsa på det förebyggande arbetet?

Regeringen tycks tro att man under tre år och med en riktad satsning kan åstadkomma underverk med en liten summa pengar på sådant som har tagit decennier att göra medborgarna sjuka.

Ny läsning från Folkhälsainstitutet

Frivilliga insatser och hälsa

Rapporten belyser temat socialt kapital och hälsa och beskriver samband mellan hälsa och frivilligt arbete, informella nätverk samt informellt hjälparbete. Pris 50:-

Kultur för hälsa

En exempelsamling som lyfter fram forskning och praktik inom området kulturupplevelser och hälsa. Pris 100:-

Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar

En generell vägledning för HKB, framtagen i nära samverkan med representanter för centrala myndigheter, landsting och kommuner. Pris 50:-

Vad kostar hållbara matvanor?

En beräkning av hur konsumentens matkostnader förändras vid en omställning till mer hållbara matvanor. Pris 90:-

@ Hemsida för svenska nätverket för Healthy Cities
www.healthycities.se

SFFF lobbar i Almedalen

Svensk förening för folkhälsoarbete lyfter fram folkhälsoarbetet under Almedalsveckan!

Som uppföljning till den uppmärksammade serien av politikerutbildningar planerar föreningen ett arrangemang under Almedalsveckan 2006. Tanken är att under tre dagar arrangera seminarier till samtliga riksdagspartier. Seminarierna arrangeras 4-6 juli tillsammans med Folkhälsainstitutet och i praktisk samverkan med Gotlands kommun. De syftar till att bredda basen och stödet för ett nationellt politikernätverk för folkhälsofrågor.

Seminarierna har ekonomi-, genus-



Almedalen nästa! Fr v Eva Renhammar, Marianne Enge Swartz, Björn Carlén, Anna Östbom och Gunnar Åberg. Foto: Jan Linde

och delaktighetsperspektiv och inleds av en framstående forskare inom varje område och följs av en politikerdebatt. Folkhälsominister Morgan Johansson har ställt sig positiv till medverkan i en debattpanel./BC

Arbetslivsfondens egen utvärdering visade att förbättringsprojektet i Fors under perioden 1991 - 1994 gav besparingar på 107 miljoner kronor. För varje satsad krona fick man fem tillbaka.

Källa: Johnny Johnsson, Anders Lugn, Birger Rexed: Långtidsfrisk, 2003, Ekerlids förlag

Satsa en krona - få fem tillbaka!

Att ge sina anställda nya egenvårdskunskaper är en mycket klok investering för framtiden, vare sig det handlar om att rehabilitera långtidssjukskrivna och få ner sjukskrivningstalen eller att se till att behålla en redan

låg sjukfrånvaro på företaget. Det finns ett flertal studier gjorda på framsynta företag utöver i arbetslivet, som visar att varje investerad krona i friskvård och arbetsmiljö ger ca fem kronor tillbaka, och detta på relativt kort tid"

Källa: Bosse Angelöw : Friskare arbetsplatser, Studentlitteratur.



Synpunkten/

Ansatser i stället för insatser?

Efter fem års erfarenhet av arbetet som kommunal folkhälsoplanerare ser jag arbetet som ett slags säljjobb. Förvaltningarna är mina kunder, därför är kundorientering viktig. Med kundorientering menar jag intresse och kunskap om den andres, kundens, verksamhet.

På förvaltningarna kan "hälso-biten" upplevas som ytterligare något att syssla med utöver kärnverksamheten.

Det behövs kunskap om förvaltningarnas kärnverksamhet, mål och uppdrag för att kunna anknyta och integrera folkhälsoarbetet i ordinarie verksamhet. Annars blir det projekt av mer övergående karaktär som är beroende av eldsjälarna för att finnas kvar.

Som folkhälsoarbetare har man en viktig uppgift i kunskapsspridning och påverkan.

Man kan inte ta för givet att det finns intresserade och motiverade mottagare, som är beredda att verka för att omsätta kunskapen i sina dagliga verksamheter och praktik. Kunskap är inte lika med insikt, insikt är inte lika med förmåga. Kunskap är makt, sägs det, men kunskap medför också ansvar att handla. När tid och andra resurser är knappa kan ansvaret för andra ansvarsområden komma i förgrunden – och folkhälsofrågorna skjuts i bakgrunden.

För att visa de verksamhetsansvariga fördelarna med att beakta folkhälsoperspektivet inom sina ansvarsområden behöver folkhälsoplaneraren kunskaper om förändringsarbete, system- och gruppprocesser, andra mål- och styrdokument, lagar och förordningar och – sist men inte minst – om kom-



Foto: Jannika Roeck-Hansen

” **Expertvärlden talar om vad som bör/ska göras och varför, men kring hur det kan genomföras har vi liten kontakt.**

munens beslutsgång och organisation.

När de åtgärder/förändringar som initierats ingår i ordinarie verksamhetsrutiner tas folkhälsoarbetet över av förvaltningarnas kvalitets- och organisationsutveckling.

Det finns i mitt tycke ofta ett glapp mellan expert/myndighetsvärlden och den kommunala verksamheten. Expertvärlden talar om vad som bör/ska göras och varför, men kring hur det kan genomföras har vi liten kontakt. Även här är begreppet kundorientering på sin plats, dvs. intresse och kunskap om kommunernas villkor. Folkhälsoarbetet är för oss som sitter i den kommunala världen i första hand ett beteendevetenskapligt område, inte naturvetenskapligt. Fler interventionsstudier i samverkan mellan forskare och kommuner i det praktiska arbetet vore givande för alla parter.

Metoder och modeller är svar på ett problem/arbetsområde--- vårt arbete är att verka för att frågorna blir angelägna för andra. Den som ställer eller formulerar en fråga har också ett förhållande till den, är på sätt och vis "frivillig" ägare till frågan, och oftast intresserad av ett svar eller lösning.

Utan ägare till frågorna stannar insatser vid att vara ansatser. Vår uppgift som folkhälsoarbetare, vare sig det är på kommunal- eller forskarnivå, är att väcka viljan till ägarskap för folkhälsofrågor, så att det blir en angelägenhet för många. Och för detta behövs, utöver folkhälsovetenskap, även kundorientering.

Mette Kjörstad
folkhälsoplanerare Tyresö kommun

Synpunkten är en ny avdelning i Folkhälsomagasinets och är till för dig som har synpunkter! Skicka ditt bidrag – hur kort som helst men max 2900 tecken inkl blanksteg – och ett foto till gunnar.berg@sl.se . Redaktionen förbehåller sig rätten att redigera, publicera eller avstå från publicering.

Lyckan kommer, lyckan går...

Happiness. Lessons from a new science

RICHARD LAYARD

Allan Lane/Penguin Ltd 2005

Vad svarar man när någon frågar om man är lycklig? Vad är lycka? Är det ett tillstånd eller något snabbt förbiilande? En norsk lyckoundersökning, som jag brukar referera till ibland, säger att den lyckligaste tiden – i alla fall i normmännens liv – är när man funnit sin partner men innan barnen kommit!

Lyckoforskning låter inte helt vetenskapligt men den nya hjärnforskningen, som kan identifiera hjärnvågor från centra som vi vet har betydelse för våra känslor av glädje och olust, ger den nya chanser. Amerikanen Richard Layard, en av de ledande experterna på arbetsmarknadens ekonomi, har skrivit en bok som behandlar "lyckan": *Happiness. Lessons from a new science*. Den behandlas i en essä av Gunnar



Wetterberg i DN (050504). Wetterberg tycker att *Happiness* är "en omtumlande bok" och att den rymmer fascinerande perspektiv och uppslag, även om frågorna och skepsisen så småningom hinner ifatt. Wetterberg ser *Happiness* som en bok "där en etablerad forskare spränger sitt ämnes gränser och kastar sig ut i något nytt och djävt och vilt" och tvingar läsaren att vända och vrida på alltför välbekanta perspektiv. "Det är inte det sämsta".

Richard Layard börjar med två

frågor som många samhällsengagerade ofta ställer sig: Hur kan det komma sig att vi, fastän vi blivit allt rikare, inte blivit lyckligare? Vad är det då för mening med rikedom? Han menar att det finns sju faktorer som påverkar vårt välbefinnande: familjerelationer, ekonomin, arbetet, gemenskapen och vännerna, hälsan, den personliga friheten och de personliga värderingarna. Kring dessa faktorer för han resonemang om vad man kan göra för att öka lyckan.

Starkt förenklade är rekommendationerna att vi ska arbeta mindre, se mindre på tv och umgås mera med familj och vänner! När det gäller värderingarna skriver Layard om individens ansvar både för sig själv och för dem man har omkring sig och han pekar på religionens betydelse. Lycka, menar Layard (och här låter han som Antonovsky) beror på om man hittar någon mening i det man gör.

/MES

Läsa för nöjes skull?

Förvandlingen

EVA ADOLFFSSON

Albert Bonniers förlag

Många i vår bransch skryter med att de minsann inte hinner läsa "roliga" böcker utan bara facklitteratur.

Det är synd eftersom de riskerar att gå miste om erfarenheter och kunskaper om själens innersta skrymslen som de kanske egentligen behöver för sitt jobb. Det finns också de som tycker det är snobbigt att läsa skönlitteratur. En av 2005 års finaste böcker för min del var Eva Adolfs-

sons "Förvandlingen", som handlar om en ung kvinna som går omkring i Sundbyberg och väntar barn. Hon funderar över sitt liv, sina relationer och om det väntade barnet och hur det kommer att förvandla hennes liv. En av litteraturens huvuduppgifter, tycker jag, är att sätta ord på tankar som man själv inte kan formulera. Hon fångar på pricken mina känslor, glädjen, oron och den stora förväntan som jag kommer ihåg från en gång för länge sedan när jag var i samma situation.

/MES

Träffande om tidspress

Den tärande tiden

CARINA NILSSON

Carlsson Bokförlag

Titeln på den här boken "Den tärande tiden" är, misstänker jag, träffande för många.

Carina Nilsson är psykolog och arbetslivsforskare och beskriver här fenomen som många möter i sitt yrke och/eller privat: tidspress och stress, ohälsa och sjukskrivning.

Tidspressen förklarar inte all ohälsa, menar Carina Nilsson, men den är en klart otillräckligt beaktad faktor bakom dagens

ohälsa och den omfattande sjukskrivningen.

När man läser om hur vårt arbetsliv förändrats och hur kravet på effektivitet och rationaliseringar krymper tidsmarginalerna är det inte svårt att förstå att människor reagerar både fysiskt och psykiskt.

Människor kan orka mycket under längre eller kortare tid, tänk bara på våra idrottare, men behovet av återhämtning blir större ju mer vi ansträngt oss. Många har idag en lika stressande fritid som på arbetet – är det klokt?

/MES

Nordiska Folkhälsokonferenser

– från Reykjavik till Östersund

Konferensen i Reykjavik samlade ett imponerande stort deltagande från de nordiska länderna.

Konferensens perspektiv var brett med särskild tonvikt på hur de olika samhällssektorerna i våra länder kan stödja utvecklingen på lokal och regional nivå.

Förre rektorn vid Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg, Gudjon Magnusson, numera företrädare för WHO, talade bland annat om krav och insatser från ett globalt perspektiv.

Den nya svenska folkhälsopolitiken – med tonvikt på folkhälsans bestämningsfaktorer – imponerar på många i övriga länder. Biträdande generaldirektören vid vårt svenska folkhälsoinstitut, Bosse Pettersson, anknöt till denna och informerade också om hur The Bangkok Charter for Health Promotion kunde tänkas påverka vår syn på folkhälsoarbetet.

Förutom en mängd seminarier och diskussioner kring regionalt och lokalt folkhälsoarbete i våra nordiska grannländer kan nämnas att folkhälsochefen i Västra Götalandsregionen, Johan Jonsson, utvecklade hur de arbetar i Västsverige med utgångspunkt



Den åttonde nordiska folkhälsokonferensen gick av stapeln i Reykjavik på naturskön Island i oktober.

Foto: photos.com

från den nationella folkhälsopolitiken.

I samband med avslutningen inbjöds deltagarna till nästa konferens i Östersund 2008.

De nordiska folkhälsokonferenserna alternerar mellan de nordiska

länderna och har tidigare arrangerats i Odense (2002), Kristiansand (1999), Helsingfors (1997) och Göteborg (1995). Nu är det alltså återigen Sveriges tur att svara för arrangemangen.

/BC



Hallå Ylva Arnhof

Chef för avdelningen Samhälle och hälsa Statens folkhälsoinstitut. Har de nationella målen för folkhälsoarbete haft betydelse för ditt arbete med folkhälsofrågor?

Ja, väldigt mycket! De nationella målen innebär att vi har klara riktlinjer för vårt arbete och en gemensam plattform tillsammans med andra ute i landet som arbetar med folkhälsofrågor. Målen gör också att det kommit med andra aktörer på banan som arbetar med olika bestämningsfaktorer för

hälsa, men som tidigare inte alltid betraktat sitt arbete ur hälsosynpunkt. De nationella målen synliggör vilken stor betydelse deras arbete har för hälsan. En annan viktig sak är att vi nu har strukturella mål som visar hur våra livsvillkor påverkar vår hälsa, det är kanske det viktigaste. /MES

Reflektörer

bra inslag under Folkbildning & Folkhälsa

Under temat Folkbildning & Folkhälsa arrangerades 2005 års nationella folkhälsokonferens i Alingsås som blev en klar succé!

Svensk förening för folkhälsoarbete arrangerade konferensen 20 – 21 oktober tillsammans med Västra Götalands Bildningsförbund, Västra Götalandsregionen, Statens folkhälsoinstitut och Alingsås kommun.

Två ministrar - Ann-Christin Nykvist och Bosse Ringholm – inledde, respektive avslutade konferensen. Däremellan lyssnade de drygt 230 deltagarna till generaldirektören Gunnar Ågren, landshövdingen Eva Eriksson, professor Lars Svedberg med flera, som diskuterade kopplingen mellan folkbildning och folkhälsa ur olika aspekter.

80-talister och föräldrakraft

I ett snöfritt Luleå i november samlades folkhälsointresserade på konferensen "Hur bidrar vi till trygga och goda uppväxtvillkor?". Västerbottens läns landsting och Luleå kommun var värdar när Forum Folkhälsa, där även SFFF ingår, arrangerade. Bland besökarna var glädjande nog nära 40 procent politiker. Folkhälsa börjar bli ett politikerområde!?

Plenarföreläsningar och tio seminarier belyste på olika sätt folkhälsoarbete kring barn. Det handlade både om mat och fysisk aktivitet, föräldrakraft och familjecentraler, delaktighet och emotionellt lärande samt samarbetskompetens och 80-talister. Spännande!? - vill du ta del av innehållet finns en föredömligt kort rapport på Forums Folkhälsas hemsida som du hittar på www.fhi.se. Här kan du också få kontakt med föredragshållare om du vill arrangera något liknande på hemmaplan.

/GÅ



Bilder och annat finns på nätet. www.folkbildning-folkhalsa.se

Ett viktigt syfte med konferensen var att skapa mötestillfällen mellan företrädare för folkbildningen och folkhälsoarbetet. Bland annat skedde detta under "riktiga" café-seminarier.

Under bägge dagarna samlades man nämligen i ett tjugotal seminariegrup-

per just på caféerna i caféernas stad Alingsås.

De praktiska arrangemangen fick mycket goda betyg i utvärderingarna likaså de kringarrangemang med "ljusvandring" med mera som bjöds i samband med den pågående internationella ljusfestivalen i Alingsås.

Likaså fick upplägget med "reflektörer" goda betyg i utvärderingen. Reflektörerna var ett antal kvalificerade resurspersoner som under första dagen gick runt till de olika seminarierna och lyssnade till diskussionerna för att sedan delta i en paneldebatt andra dagen, ledd av konferensens moderator Chris Forsne, känd från radio och TV. Omfattande dokumentation finns att läsa på hemsidan www.folkbildning-folkhalsa.se

Björn Carlén



PACKAT OCH KLART...snart. Som vanligt hjälper många till med kuvertering av Folkhälsomagasinets på lunchrasten. Frivilligt arbete vid Miljöförvaltningen i Göteborg!

Foto: Björn Carlén



Baktankar/

Mitt i eländesbruset lyssnade jag på "Sommar"!

Ett nytt år har påbörjats och i vanlig ordning diskuteras löften som skall uppfyllas under året. Själv har jag tidigare inte varit engagerad i denna löftediskussion. Men nu känns det annorlunda, kanske har det att göra med att jag under året passerar femtioårsstrecket.

Jag grubblar över vad livet gör med mig och jag med det. Vi lever i en värld där vi ständigt matas med nyheter från jordens alla hörn. Globaliseringen är positiv men när det gäller att hantera anstormningen av alla nyheter, framförallt de negativa kan jag ibland uppleva att min beredskap är dålig. Det känns ibland hopplöst, eländet verkar aldrig ta slut.

Men mitt i eländesbruset så lyssnade jag i somras på "Sommar" med Hans Rosling, professor i internationell hälsa, som värd. Rosling bjöd in till två timmars betraktelse och visade på att trots aids, hunger och andra katastrofer så har den globala hälsan stadigt förbättrats de senaste fyra decennierna, medellivslängden har ökat och barnadödligheten minskat i stora delar av världen. På den intressanta hemsidan www.gapminder.org kan man följa utvecklingen i världen.

Såväl privat som i mitt dagliga värv som folkhälsoarbetare behöver jag känna att det finns hopp och att utvecklingen går framåt, inte minst när det gäller befolkningens hälsa. Det gäller i stora världen och i den lilla här hemma i Malmö. WHO har högt ställda mål för att komma tillrätta med orättvisorna i världen. Här i Sverige har vi som bekant nationella målområden för folkhälsa.

Vad kan då jag göra för att påverka utveckling-



Eva Renhammar

Jag är övertygad om att bli sedd och uppmärksam är viktiga ingredienser i livet.

en? Jag stödjer och stimulerar folkhälsoarbetet i min stad. Vi har strategier och handlingsplaner för olika folkhälsoområden och sammanställer årligen välfärdsredovisningar för att kunna följa utvecklingen och föreslå utvecklingsområden. Det är ett stimulerande men långsiktigt arbete där det inte går att snabbt avläsa resultat och få bekräftelse på att vi gör rätt.

Min strategi för att få näring är att ta tillvara på det positiva som händer både i arbetet och livet. Balans är ett nyckelord (har kanske att göra med att jag är född i Vågens tecken). Vi lever i en tid där de som arbetar ofta tycker att tempot och förväntningarna är för höga samtidigt som de som befinner sig utanför arbetsmarknaden är frustrerade av sin situation. Det krävs mycket för att komma tillrätta med detta.

Jag förmodar att ingen av läsarna av denna tidskrift har undgått att komma i kontakt med Aaron Antonovskys tankar kring KASAM, känsla av sammanhang, som man får när tillvaron är begriplig, hanterlig och meningsfull.

Jag är en stor vän av hans tankar och idéer och vet av egen erfarenhet att de fungerar.

Ett sätt som också fungerar är att ge feedback till vänner, arbetskamrater och andra människor som jag möter i vardagen. Om någon gör något som jag uppskattar och tycker är bra försöker jag komma ihåg att berätta det för vederbörande. Detsamma gäller om det är något jag inte tycker är bra! Jag vet att det kan uppfattas som patetiskt men jag är övertygad om att en viktig ingrediens i livet är att bli sedd. Så med tanke på det där med nyårslöften så får mitt nog bli att se till att leva som jag lär. Hoppas du gör detsamma!



F

FOLKHÄLSO
MAGASINET

Folkhälsomagasinet

är medlemstidning för
Svensk förening för
folkhälsöarbete

Ansvarig utgivare:

Jan Linde

Redaktion:

Marianne Enge Swartz (red)
(MES)
Gunnar Åberg (GÅ)
Anna Östbom (AÖ)

Produktion:

Mårten Gudmundhs
mg media
marten@mgmedia.nu
0705-586989

Tryck:

GTC Print AB, Luleå



Omslagsfoto:

Photos.com

Styrelsen/ Svensk förening för folkhälsoarbete

Ordförande Jan Linde
Verksamhetsutvecklare
Stenmurklan 15
435 40 Mölnlycke
Mail: jan.linde@alna.se
031-879815 (arbetet)
031-886585 (bostaden)
Mobil: 0705 88 65 84

Vice ordförande
Lena Backstig
Landstinget i Jönköpings län
Box 1024
551 11 Jönköping
Tel 036-324 207
Mob 070-522 79 75
lena.backstig@ljtkpg.se

Kassör Björn Carlén
Planeringsledare
Miljöförvaltningen
Karl Johansgatan 23-25
414 59 Göteborg
Tel 031-61 25 48
Fax 031-61 26 24
Mob 0707-71 19 61
bjorn.carlen@miljo.goteborg.se

Sekreterare
Marianne Enge Swartz
Konsult
Västmannagatan 84
113 26 Stockholm
Tel 08-30 69 07
Mob 073-557 01 18
mes@comhem.se

Vice sekreterare
Anna Östbom
Sveriges Kommuner
och Landsting
Avd för vård och omsorg
Enh för hälsa och Jämställdhet
118 82 STOCKHOLM
anna.ostbom@skl.se
08-452 76 96
070-692 44 94

Anna-Karin Sollgard
Försäkringskassan
Box 86
161 26 BROMMA
Mob 070-656 75 92
sollgard@passagen.se

Sören Berglund
Hälsoplanerare
Haninge kommun
136 81 Haninge
Tel 08 - 606 83 79 arb.
08 - 604 62 54 bost.
Mob 0702 - 14 22 31
Fax 08 - 606 81 40
soren.berglund@haninge.se

Gunnar Åberg
Centrum för folkhälsa
Box 175 33
118 91 Stockholm
Tel 08-737 35 28
Fax 08-737 36 39
Mob 0704-84 03 04
gunnar.berg@sil.se

Eva Renhammar
Malmö kommun
Stadshuset
August Palmsg 1
20580 Malmö
Tel 040-34 56 86
Mob 070-667 87 55
Fax 040-23 47 88
eva.renhammar@malmö.se



SVENSK FÖRENING FÖR FOLKHÄLSÖARBETE

c/o Björn Carlén, Piggvarsgatan 8, 426 79 Västra Frölunda
Tel 070-771 19 61, Fax 031-61 26 24
E-post carlens@algonet.se
Hemsida: www.sfff.org

BLI MEDLEM!

Alla vi som är medlemmar i SFFF utför tillsammans ett viktigt arbete för folkhälsan. Ju fler vi blir desto mer får vi att säga till om och desto starkare blir vårt nätverk. Hjälptill du också att värva nya medlemmar!

Medlemsavgiften är endast 200 kr och då får du bland annat två medlemstidningar per år och inbjudan till kurser och konferenser. Använd talongen här nedan.

Du kan också faxa (031-61 26 24) eller e-posta (carlens@algonet.se) din anmälan. Inbetalningskort sänds till dig när vi fått in din anmälan.

Ja, jag vill bli medlem i Svensk förening för folkhälsoarbete!

Namn:
Yrke/titel:
Arbetsplats:
Adress:
Postadress:
Telefon:
Telefax:
E-post:
Mobiltelefon:
Bostad:
Postadress:
Telefon:

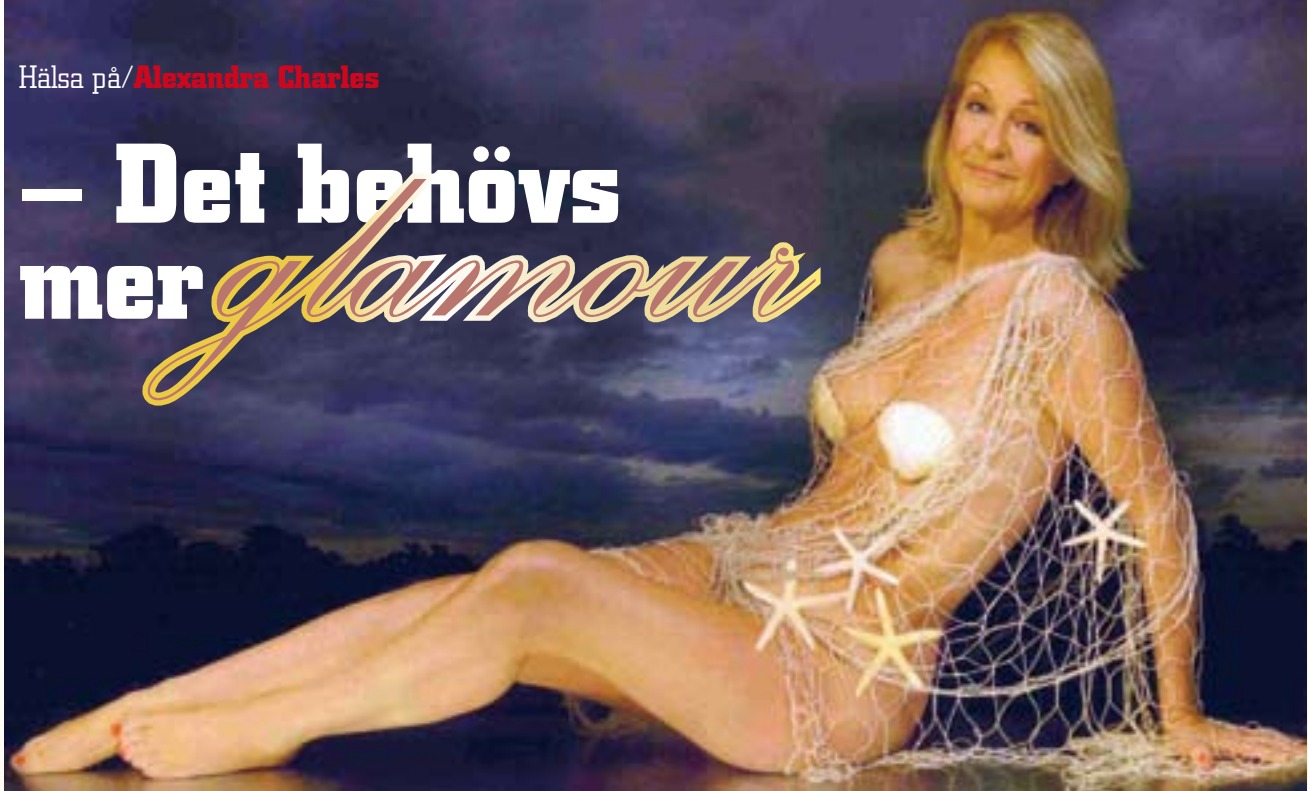
Jag vill ha tidningen
sänd till
 min bostad
 min arbetsplats

FHM/06

Plats
för porto

Björn Carlén
Piggvarsgatan 8
426 79 Västra Frölunda

– Det behövs mer *glamour*



Bilden ur Svenska Kalenderflickorna 2006

Det behövs mer glamour i folkhälsoarbetet tycker Alexandra Charles. Själv ser hon lätt stressad ut när hon visar in mig i ett av rummen på 1,6-miljonerklubben kontor på Östermalm i Stockholm, och är inte påfallande glamorös i rosa jumper och grå långbyxor.

Lång och smal, rakt blont hår, snygg – men kanske inte lika omärkt av åren och ”tjusig” som utvikt bland de svenska kalenderflickorna, klubbens försäljningssuccé sedan två år, som säljs till förmån för Centrum för genusmedicin vid Karolinska Institutet.

”Timing är viktigt”, säger Alexandra, ”och det här kom till mig vid rätt tidpunkt. Jag stod vid ett vägkäl i livet och engagerade mig spontant och helhjärtat.”

Alexandra var fortfarande känd som Stockholms nattklubbsdrottning (fast Alexandras lades ner på 80-talet) när hon fick problem med sin egen hälsa.

För att lära sig mer gick hon på ett seminarium på Läk-

1.6miljoner-klubben bildades 1998 med Alexandra Charles som ordförande. Namnet fick den efter antalet kvinnor över 55 år i landet. Klubben har nu ca 20 000 medlemmar, en utmärkt hemsida, en både informativ och glamorös medlemstidning, bokutgivning samt seminarier och researrangemang. De anordnar också hearings med politiker. Systerklubbar finns i flera andra svenska städer och i Finland, Norge och Tyskland är liknande klubbar på gång. www.1.6miljonerklubben.com

sällskapet där hjärtspecialisten Karin Schenck-Gustafsson och gynekologen Britt-Marie Landgren ”avslöjade” att den mesta medicinska forskningen gjordes på män och att ingen egentligen visste hur kvinnor påverkades.

Den medicinska vetenskapen såg mannen som norm för mänskligheten både när det gällde diagnos på sjukdomar och medicinsk behandling.

Detta gjorde till exempel att kvinnors hjärtinfarkt inte upptäcktes eftersom de inte hade ”normala” symptom!

”Så här kan det inte fortsätta”, tänkte Alexandra, ”det är ju klart ojämnt!”

Dessutom finns det samhälls-ekonomiska konsekvenser av att kvinnor får senare och ofta sämre vård än män och att samhället inte lägger lika mycket resurser på rehabilitering av kvinnor.

Hon funderade över vad hon skulle kunna bidra med för att ändra på saken och kom fram

till att kanalerna som läkarna hade för att nå ut inte räckte.

De hade i flera år skrivit och hållit föredrag om sina upptäckter men ansågs av en del av sina kolleger som ”besvärliga kvinnosakskvinnor” och till allmänheten nådde de inte alls ut.

Alexandra hade tillgång till helt andra kanaler i sin egenskap av ”kändis” och genom sin vänskap med andra kända kvinnor. Kända människor lyssnar man till, press och andra media kommer till sammankomster och frågorna lyfts upp på dagordningen.

Alexandras idé var att ge kvinnorna en blandning av livsviktig information, inspiration, kultur och medicinska fakta – gärna spetsat med lite ”glamour”! Det är ett koncept som har lyckats och Alexandra är säker på att klubben har bidragit till att frågor om kvinnors hälsa blivit mer intressanta – både för politiker och kvinnorna själva.

/MES

Alexandras hälsotips till andra kvinnor

Börja med att sätta dig själv i första rummet. Ha roligt, se till att du får inspiration, sträva efter balans i tillvaron. Skaffa hund! Men alla har sitt recept. För egen del tycker jag det är viktigt att lyssna till den inre rösten. När jag inte har balans i tillvaron försöker jag omprioritera, ge mig ut i naturen, roa mig.