

Bör samhället satsa på friluftsliv?

Lars Axel Hagberg

Hälsoekonom, medicine doktor, Samhällsmedicinska enheten och Vårdvetenskapligt forskningscentrum, Örebro läns landsting, Box 1613, 701 16 Örebro. E-post: lars.hagberg@orebroll.se.

Introduktion

Samhället har många viktiga funktioner som att verka för ekonomisk utveckling och att värna om mänskliga rättigheter. Oavsett vilka värden som anses vara viktigast är individens och befolkningens hälsa grundläggande och därmed en viktig samhällsuppgift. I Sverige tydliggörs det främst genom Hälso- och sjukvårdslagen [1] och Mål för folkhälsan [2]. Vilka metoder samhället ska tillämpa för att skapa god hälsa i befolkningen är bara delvis klarlagt. Frågeställningen här är om samhället bör satsa på friluftsliv i syfte att främja befolkningens hälsa.

Samhällets prioriteringsprinciper

Viktiga etiska principer vid prioriteringar av insatser är allas lika värde och att de med störst behov ska prioriteras högst [1, 3]. Därutöver är en viktig princip att prioritera de insatser som ger störst värde för satsade pengar [3]. Detta kan inom hälsoområdet uttryckas i kostnadseffektivitet i syfte att vinna hälsa, vilket exempelvis kan uttryckas som kostnad per vunnet levnadsår. På så vis kan kostnadseffektiviteten för olika samhälleliga insatser, som syftar till vinster i hälsa, jämföras med varandra. Exempelvis kan insatser för att främja friluftsliv jämföras med sjukvård eller trafiksäkerhet.

Olika samhällssektorer har olika budgetar som man prioriterar inom. Insatser som går till trafiksäkerhet (när staten är väghållare) tycks få kosta mer för samma mängd vunnen hälsa än insatser inom sjukvården för att inte tala om kommunernas insatser för att främja hälsa, exempelvis skadeförebyggande insatser. Inom trafiksäkerheten kan ett vunnet levnadsår få kosta upp till 1 miljon kr samtidigt som kommunala insatser för att minska skador ofta inte blir gjorda trots att de leder till såväl hälsovinster för individen som besparingar för samhället. När det gäller satsningar på friluftsliv finns inte denna typ av kostnadseffektivitetsanalyser gjorda.

Baserat på samhällets prioriteringsprinciper bör lika stora hälsovinster prioriteras lika högt oberoende hur de produceras (exempelvis trafiksäkerhet jämfört med friluftsliv). Olika prioritering bör endast bero på vilka individer som berörs, där de med sämst hälsa eller högst risk för ohälsa bör prioriteras högst.

Kostnadseffektivitet för främjande av friluftsliv

Den viktigaste aspekten vid bedömning av kostnadseffektivitet är vinster i hälsa. Hälsovinster av friluftsliv kan ha

två förklaringsgrunder. Dels har den fysiska aktiviteten i samband med friluftsliv betydelse för hälsan [4] och dels har vistelse i naturen (oberoende av fysisk aktivitet) hälsofrämjande effekter [5]. Hälsoekonomiska analyser har främst berört metoder att öka den fysiska aktivitetsgraden. I dessa har visats att många olika metoder för att främja fysisk aktivitet är kostnadseffektiva och värda att tillämpa [6]. Metoder som ger effekt på den fysiska aktivitetsnivån är oftast kostnadseffektiva. Exempelvis räcker det oftast med att cirka fem procent av de som ges stöd blir långsiktigt fysiskt aktiva för att insatsen ska vara kostnadseffektiv. Sannolikt är det så att ju mindre fysiskt aktiva och ju sämre hälsa de har som ges stöd till ökad fysisk aktivitet, desto större är chansen att insatserna är kostnadseffektiva.

Satsningar på mer urbana naturområden skulle kunna diskuteras utifrån kostnadseffektivitet. Frågan är dock komplex. Ökad närhet till naturområden leder till ökad fysisk aktivitetsgrad och vunnen hälsa [7], men kanske är inte hälsa det viktigaste argumentet för att bevara urbana naturområden. Troligen är en stads skönhet och attraktionskraft väl så viktiga, liksom biologisk mångfald. Samtidigt är naturområden i stadsmiljö kostsamma. De representerar stora värden (markpriset) och leder till ökade kostnader för transporter i och med att staden blir mer utspridd. Denna fråga bedöms inte här.

En mer greppbar frågeställning är om det är kostnadseffektivt att ge aktivt stöd till att fler vistas i naturen. När det gäller dessa insatser så är en avgörande

faktor för kostnadseffektivitet att insatser har effekt inom grupper som är otillräckligt fysiskt aktiva. Exempel på sådana insatser kan vara:

- Utbildning och stöd till friluftsliv för grupper som inte är vana vid svensk natur. Det berör invandrargrupper från ett flertal länder, men även en inte så liten andel infödda svenskar.
- Stöd till grupper i samhället med särskild risk för ohälsa. Här är faktorer som arbetslöshet och långtidssjukskrivning av stor betydelse.
- Personer med ohälsa där ökad fysisk aktivitet är en del i behandlingen. Insatser som individanpassade recept (inklusive samtal och uppföljning) på fysisk aktivitet har visat sig öka fysiska aktivitetsgraden och vara ett kostnadseffektivt sätt att förbättra hälsan [8]. För en del bör stöd till friluftsliv vara den bästa individanpassade metoden.

Denna typ av insatser, väl utformade, har goda förutsättningar att vara kostnadseffektiva.

Ska man då enbart satsa på insatser för fysiskt inaktiva och de med ohälsa? Inom folkhälsovetenskap diskuteras frågan om befolkningsinriktade insatser kontra insatser för riskgrupper. Ofta förespråkas att insatser ska göras för hela befolkningen, men att det görs proportionellt mer i riskgrupper [9]. Man menar att insatserna för hela befolkningen behövs för att de riktade ska ge effekt. Vidare kan även generellt hälsofrämjande insatser (exempelvis utbildning i vad som har betydelse för hälsa) och påverkan på enskilda be-

stämningfaktorer (exempelvis insatser för att främja friluftsliv) utgöra komplement till varandra [10].

Diskussion

Troligen är insatser för att stödja friluftsliv bland fysiskt inaktiva goda resursanvändning, dvs. är väl så kostnadseffektiva som andra insatser som samhället satsar på. Slutsatsen är ganska snäv i ett sammanhang där satsningar på friluftsliv i allmänhet diskuteras, men den representerar nuvarande kunskapsläge. Många av de värden vistelse i naturen har, är svåra att uttrycka i termer av att det lönar sig. Det intressanta med ovanstående slutsats är att trots det snäva perspektivet och att inte alla värden med friluftsliv är beaktade, så är slutsatsen att satsningar på ökat friluftsliv bör göras inom stora grupper i samhället.

Forskning om effektiva och kostnadseffektiva metoder att främja friluftsliv är eftersatt. Även om mer forskning behövs är det nog inte skälet till att insatser inte prioriteras. När ansvaret är väl definierat, som vid statens trafiksäkerhetsarbete eller inom hälso- och sjukvården, fungerar prioriteringar utifrån behov, effektivitet och kostnadseffektivitet. När uppdraget är otydligt fungerar det sämre. Som när kommunerna ska prioritera mellan hälsoskapande insatser, utbildning och äldreomsorg. Problemet med prioritering av insatser för friluftsliv är troligen att det är allas ansvar och därmed ingens uttalade ansvar.

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdslagen. 1982.
2. Socialdepartementet, Mål för folkhälsan, in 2002/03:35. 2002, Socialdepartementet: Stockholm.
3. Socialdepartementet, Världens svåra val; slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. 1995, Socialdepartementet: Stockholm.
4. U.S. Department of Health and Human Services, Physical Activity and Health; A Report of the Surgeon General. 1996. p. 1-264.
5. Bowler, D.E., et al., A systematic review of evidence for the added benefits to health of exposure to natural environments. *BMC Public Health*, 2010. 10: p. 456.
6. Hagberg, L., Cost-effectiveness of the Promotion of Physical Activity in Health Care (medical dissertation). 2007, Umeåuniversitet: Umeå.
7. Kaczynski, A.T. and K.A. Henderson, Environmental correlates of physical activity: a review of evidence about parks and recreation. *Leisure Sci*, 2007. 29: p. 315-354.
8. Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. 2011, Socialstyrelsen: Stockholm.
9. Marmot, M., et al., Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. 2010.
10. World Health Organisation, Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. 2008, World Health Organisation: Geneva.