

Redaktion

Bo J A Haglund, redaktör och ansvarig utgivare
Sarah Axelsson, redaktionssekreterare
Jan Halldin, debattredaktör

Socialmedicinsk tidskrifts styrelse/nätverk

Ragnar Westerling ordförande, Preben Berntsen, Anne Hammarström, Stig Larsson, Katarina Wilhelmson, Sara Lindeberg, Asgeir Helgason, Sara Sjölund.

Folkhälsopolitik prioriterad?

Folkhälsopolitiken har lyfts fram som viktig för att påverka befolkningens hälsa i några dokument under det senaste året. Här presenteras tre sådana dokument: 1/ Trondheimsdeklarationen från augusti 2014; 2/ Det skall vara lätt att göra rätt! Läkarförbundets politik för att främja hälsa och förebygga ohälsa; 3/ Folkhälsopolitiken i den nya regeringsförklaringen.

Trondheimsdeklarationen 2014 – en folkhälsodeklaration för jämlik hälsa i Norden

Under sommarens 11:e nordiska folkhälsokonferens i Trondheim tillskapades för första gången har ett dokument för folkhälsan gemensamt för de nordiska länderna. Minska de hälsoskillnader och bättre folkhälsa står i fokus för Trondheimsdeklarationen. (<http://www.nordiskfolkehelsekonferanse.no/doku.php?id=trondheimserklaeringen>)

Särskilt viktigt för alla nordiska aktörer är det att möta utmaningar som att minska hälsoskillnaderna och att arbeta efter WHO Europas ramverk för hälsa genom Health 2020. Trondheimsdeklarationen bygger dels på WHO:s globala hälsofrämjande konferenser, från där den första resulterande i Ottawa Charter 1986 till «The Helsinki statement on Health in All Policies» 2013, dels på de tio tidigare nordiska folkhälsokonferenserna. Nästa nordiska folkhälsokonferens hålls i Danmark 2017 då innehållet i Trondheimsdeklarationen kommer att följas upp.

Citat från Trondheimsdeklarationen:

Samfunnsutvikling for helse og trivsel

Gjennom befolkningens helse og trivsel kan vi avlese hvor vel politikken lykkes med ett av sine sentrale oppdrag. Helse og trivsel er både en forutsetning og investering for gode liv, et resultat av og en indikator for sosialt bærekraftige samfunn.

Vi vet at sosial ulikhet i helse som danner et systematisk mønster (gradient) gjennom hele befolkningen er et resultat av ulik fordeling av makt, penger og ressurser i samfunnet. De sosiale ulikhetene i helse er uakseptable og urettferdige og oppstår fra de sosiale og materielle betingelsene for menneskers fødsel, oppvekst, voksenliv og alderdom.

*I våre nordiske land Danmark, Finland, Færøyene, Grønland, Island, Norge og Sve-
rige er folkehelsens utvikling nært forbundet med nordisk politikk- og velferdsutvikling.
Grunnleggende er våre universelle velferdsordninger, kombinert med målrettede inn-
satser.*

*De nordiske land har et sterkt offentlig ansvar for forhold som er avgjørende for helse
og trivsel, som økonomisk sikkerhet og fordeling, bolig og oppvekstmiljøer, skole og
utdanning, arbeidsliv og arbeidsmiljø, helsetjenester og velferdsordninger, samt kultur
og fritid. Til grunn for utviklingen ligger ett demokratisk styresett med et sterkt regionalt
og lokalt selvstyre med stor innflytelse over de samfunnsfaktorene som påvirker befolk-
ningens levekår, helse og trivsel.*

*I global sammenheng er folkehelsen i Norden svært god. Samtidig står vi overfor be-
tydelige utfordringer. I likhet med andre land, har vi ikke løst vår største utfordring - å
reducere sosial ulikhet i helse. Vi har dermed gått glipp av de største helsegevinstene
på befolkningsnivå. Helseforskjellene må bekjempes i forhold til sosio-økonomi, kjønn
(gender), etnisitet, funksjonsnivå og seksuell legning.*

*Retten til helse er grunnleggende. Ressurser og muligheter må fordeles slik at men-
nesker kan forme sine liv ut fra sine egne ønsker og ambisjoner- for seg og samfunnet.
Inkluderende samfunn med mennesket i sentrum!*

Rettferdig fordeling av helse og trivsel forutsetter:

Innsats mot grunnleggende årsaker til helse og trivsel

- Det må investeres i universell velferd som bolig og oppvekstmiljøer, skole og utdan-
ning, arbeidsliv, arbeidsmiljø, helsetjenester og velferdsordninger, for gode levekår.
- For å fremme psykisk helse og trivsel må vi stimulere til sosiale nettverk, deltakelse
og sosial støtte i hverdagslivet.
- Det er behov for styrket samfunnsrettet innsats for å forebygge ikke-smittsomme syk-
dommer gjennom forpliktelser med WHO's globale NCD handlingsplan. Innsats
innen områdene ernæring, fysisk aktivitet, tobakk, alkohol, samt rus, skader og
ulykker (injuries and violence) og psykisk helse må også rettes mot de underlig-
gende årsakene basert på en forståelse av politiske og kommersielle drivkrefter.
- Gevinster kan tas ut både ved en god start i livet, ved å fremme ungdommers helse,
innsatser i arbeidslivet og aktiv, sunn og trygg aldring.

Styring i samspill og reell gjennomføringsvilje

- Styring handler om forpliktelse og lederskap som gir resultater.
- Strategier, planer og mål er aldri bedre enn gjennomføringen tilsier. Politikk for rettfer-
dig fordeling av helse og trivsel uten ressurser, strukturer og ekte politisk forpliktelse
vil ha liten effekt.
- For å kunne holdes ansvarlig kreves målbare mål for å fremme helse og trivsel med
hensikt å redusere de sosiale ulikhetene.
- Samfunnsutvikling for helse og trivsel krever sektorovergripende samarbeid på like
premisser med gjensidig respekt for ulike sektors samfunns mål. Vi må søke gjen-
sidig nytte og samordningsgevinster gjennom partnerskap og allianser, men også
identifisere potensielle interessekonflikter og forhandle løsninger ut fra dette.
- Vi trenger åpenhet og medvirkning for bedre resultater og å utløse menneskers og
sivilsamfunnets egne ressurser.
- Konsekvensvurderinger må omfatte rettferdig fordeling av helse og trivsel

Bredt kunnskapstilfang og erfaring

- Vi har et godt grunnlag for handling, men må stimulere til økt forskning om årsakssammenhenger, gjennomføring og effekt av tiltak.
- Utvikling av folkehelsearbeidet krever kunnskap fra mange fag og sektorer, og bruk av ulike metoder og deltakelse.
- Innsats må evalueres med en flervitenskapelig tilnærming hvor vi lærer av erfaringer.

Sosialt bærekraftige lokalsamfunn og helsefremmende nærmiljøutvikling

- Det er der mennesker lever, virker og bor vi kan forme de kvaliteter som fremmer helse, trivsel og tilhørighet.
- Lokale og regionale aktører nærmest befolkningen er ryggraden i folkehelsearbeidet og må sikres tilstrekkelige ressurser og kapasitet.
- Vi må investere i nærmiljøer som fremmer deltakelse, sosiale nettverk og møteplasser, aktivitet og trygghet.

Mange må bidra - sektorer og aktører

Mange samfunnsaktører har et ansvar for rettferdig helse og trivsel. Det endelige ansvaret ligger på våre regjeringer. Stat, fylker og kommuner har alle et ansvar, men ulike virkemidler.

Frivillig sektor (NGOs) utfører et viktig arbeid og er en ressurs, policypartner og mobiliseringsaktør.

Likeverdige helsetjenester kan ta systematiske grep som bidrar til rettferdig helse og trivsel.

En koordinert stat kan gjennom strategisk styring, regulering og lovgivning aktivt skape gode forutsetninger for helse og trivsel, nasjonalt, regionalt og lokalt.

Næringsaktører har et stort potensial for å bidra til helse og trivsel i rollen som arbeidsgiver, produsent og samfunnsansvarlig partner.

Vi forplikter oss til å

- Spre budskapet fra Trondheimsdeklarasjonen til beslutningstakere
- Ta en aktiv rolle for å nå våre felles ambisjoner
- Bidra til økt nordisk samarbeid for rettferdig helse og trivsel i Norden og bidra til å redusere helseforskjeller globalt.
- Utfordre kommende konferanser til å følge opp budskap fra deklarasjonen

Det skall vara lätt att göra rätt! Läkarförbundets politik för att främja hälsa och förebygga ohälsa

En svensk aktör för Ny folkhälsopolitik är Sveriges läkarförbund. De har efter lång förberedelseid i juni 2014 presenterat policydokumentet: *Det skall vara lätt att göra rätt! Läkarförbundets politik för att främja hälsa och förebygga ohälsa.* (https://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/Folkh%C3%A4lsopolitik_A5_web.pdf) I sitt nya folkhälsopolitiska program, som presenterades i Almedalen den 2 juli, gör Läkarförbundet för första gången en bred genomgång av de stora folkhälsofrågorna. Folkhälsopolitik handlar mycket om att ge stöd till den enskildes möjligheter att göra hälsosamma val. Där behövs också läkares kunskaper om t.ex. sunna matvanor, om riskerna med rökning och med stillasittande och så vidare. Men en enskild läkare på en vårdcentral kan inte ta hand om allt, kan inte påverka de socioekonomiska faktorer som har betydelse för patientens hälsa. Därför är det viktigt att läkare arbetar även på systemnivå.

Det nya programmet är uppdelat i tolv avsnitt, som behandlar var sin central folkhälsofråga. Varje avsnitt avslutas med några förslag. Några exempel: höj barnbidraget

ordentligt och indexreglera det sedan; använd skatter och subventioner för att stimulera hälsosamma kostvanor; se till att skolorna ger en timmes fysisk aktivitet per dag till alla elever; fasa ut all rökning i Sverige till senast år 2025.

Ett sammandrag av de tolv punkterna återfinnes på Läkartidningen. <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/07/12-punkter-for-en-ny-folkhalsopolitik/>

De tolv punkterna som redovisas sammanfattas där som: 1. Underlätta hälsosamma val; 2. Höj barnbidraget; 3. Infrastruktur och lagstiftning; 4. Satsa på socialmedicin; 5. Lär av MVC och BVC; 6. Samtala om levnadsvanor; 7. Hur förebygga psykisk ohälsa?; 8. Rökfritt Sverige år 2025; 9. Identifiera riskbruk av alkohol; 10. Rörelse i skolan varje dag; 11. Skatt på nyttigt mat; 12. Gratis simundervisning till alla.

Avsnitt 4 där socialmedicin lyfts fram har som rubrik *Kunskapsbaserat folkhälsoarbete* och policydokumentet kan exemplifieras med detta som exempel:

Det måste ställas höga krav på att alla hälsopolitiska åtgärder vilar på en solid kunskapsgrund. Inte minst då många förebyggande insatser griper in i människors privatliv. Folkhälsoområdet är ofta behäftat med tyckande. Ett viktigt nationellt ansvar är att finna bra former för hur kunskapsläget presenteras. För att uppnå jämlik hälsa är det centralt att ha kunskap om hur grupper med sämre förutsättningar effektivt nås. De delar av befolkningen som har ett gott hälsoläge är ofta de som först tar till sig ny kunskap. Betydligt svårare är att nå fram till dem som har sämre hälsa och störst behov av hälsofrämjande insatser. Här finns stora behov av utveckling som båda Läkarförbundet och SKL vill ska uppmärksammas.

Kunskap om ohälsans bestämningsfaktorer och epidemiologi är avgörande för förebyggande insatser. Socialmedicin och arbets- och miljömedicin är viktiga kunskapsområden som behöver utvecklas för att främja folkhälsoarbetet. Folkhälsa och prevention ingår i målbeskrivningarna för läkarnas grundutbildning och specialiseringstjänstgöring. Det är viktigt att skapa förutsättningar för att dessa mål uppnås.

- *Det behövs ökade resurser till forskning som klarlägger orsakssambanden bakom hälsa och ohälsa.*
- *Metodutveckling för att bättre nå grupper med sämre förutsättningar bör prioriteras.*
- *Metoderna för implementering och uppföljning av folkhälsoarbetet behöver utvecklas.*
- *Det bör göras en översyn av hur specialiteterna socialmedicin samt arbets- och miljömedicin kan utvecklas för att stärka folkhälsoarbetet*
- *Grundutbildningen för läkare ska ge förutsättningar att initiera och medverka i hälsoinriktat och sjukdomsförebyggande arbete för individer och grupper.*
- *Levnadsvanors betydelse för hälsa och orsakerna bakom ohälsa behöver få större utrymme inom läkares vidareutbildning och fortbildning.*

Avsnitt 8 Mot ett rökfritt Sverige år 2025 är en aktuell politisk fråga. Här skriver man: *Trots att kunskapen om tobakens skadeverkningar är väl spridd röker fortfarande runt en miljon svenskar dagligen och ungefär lika många snusar. Drygt 12 000 dör årligen i förtid av sitt eller andras tobaksbruk, ofta efter långt lidande. Vinsterna med rökstopp är mycket stora, både individuellt och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Omkring 40 mer eller mindre allvarliga sjukdomstillstånd kan kopplas till rökning. Den passiva rökningen ger oacceptabla hälsorisker inte minst för barn. Länder som Sydafrika och Bahrain förbjuder rökning i fordon med barn närvarande, och i Mauritius gäller förbud oberoende av passagerarens ålder. I Sverige har Folkhälsomyndighetens utredning om skärpta insatser mot passiv rökning försenats och Tobakskonventionen som Riksdagen*

anslöt sig till 2005, är fortfarande inte implementerad. Tobaksbruket är mest utbrett i socioekonomiskt svagare grupper och är en viktig bidragande orsak till den ojämlika fördelningen av hälsa. Insatser för att stödja rökfrihet och hindra rökdebut måste utökas. Läkarförbundet vill se ett perspektivskifte i det tobakspreventiva arbetet från "blame the smoker" till "shame the tobacco industry". Sverige bör ha en hög ambitionsnivå där vi, liksom Finland och Nya Zeeland, lägger fast ett årtal när tobaksbruket ska vara urfasat. Läkarförbundet anser att regeringen bör tillsätta en utredning med uppdrag att föreslå en handlingsplan för en urfasning senast år 2025.

- Regeringen bör ta initiativ att utreda hur tobaksanvändning kan fasas ut i Sverige senast 2025.
- Det bör införas ett garanterat utbud av rökavvänjnings- och rökstoppsstöd i sjukvården.
- Ett ökat lagstadgat skydd mot passiv rökning.
- Sverige bör verka för att det snabbt införs neutrala tobakspaket och att övriga artiklar av Tobakskonventionen snarast implementeras.

Folkhälsopolitiken i den nya regeringsförklaringen

I regeringsförklaringen säger statsminister Stefan Löfven (http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Kammaren/Protokoll/Snabbprotokoll-2014156-Freda_H2096/):

"En kommission för jämlik hälsa tillsätts. Arbetet för att förbättra folkhälsan stärks bland annat genom en tydligare ansvarsfördelning och bättre uppföljning. Regeringens mål är att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation.

Psykiskt sjuka och personer med funktionsnedsättning skall få bättre möjlighet till vård, boende, rehabilitering och sysselsättning.

Ett aktivt och gott liv efter arbetslivet ska stimuleras. Äldreomsorgen ges ökad kvalitet genom mer personal. En långsiktig kvalitetsplan för den svenska äldreomsorgen tar fram i bred samverkan".

Tankarna bakom finns utvecklade i en Motion till riksdagen (2013/2014:So670) med rubriken **Modernisera folkhälsopolitiken och tydliggöra ansvar** från Miljöpartiet (http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/Modernisera-folkhalsopolitiken_H102So670/?text=true). I motionen argumenterar man för att en ny folkhälsopolitik inte bara utvecklar en målstyrning för folkhälsoarbetet i det svenska samhället, genom t. ex. de 11 folkhälsomålen, utan att även andra sätt för styrning behövs. Exempel är lagstiftning, ekonomisk styrning, kunskaps- och informationsstyrning, och styrning genom uppföljning och utvärdering. Delar av dessa idéer återfinns i regeringsdeklarationen. Påverkan av de grundläggande orsakerna till hälsoutvecklingen i ett samhälle som lyfts fram i Trondheimsdeklarationen finns också med i regeringsförklaringen. Det blir spännande att följa arbetet för en ny folkhälsopolitik. Vi på smt kommer att följa upp med ett temanummer om den svenska folkhälsopolitiken.

Bo J A Haglund
Redaktör och professor