

**”FULL HÄLSA, TOTAL LYCKA -
ledarskap och politik
eller en *lögn*???”**

Göran Hallman

Folkhälsopolitisk Strateg

Region Jämtland Härjedalen

Socialmedicin, ledamot av Sv. Läkarsällskapet

goran.hallman@regionjh.se

Health in the River of Life

PROMOTION 

HEALTH EDUCATION 

PREVENTIVE 

PROTECTIVE 

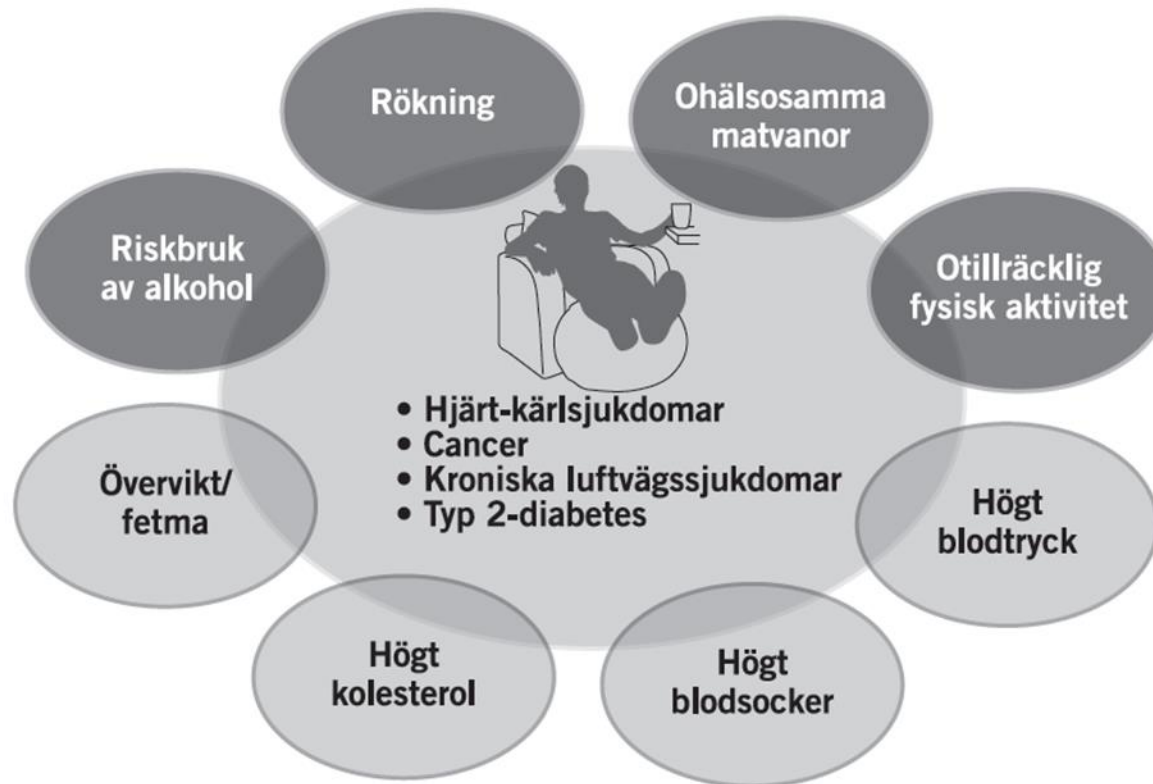
CURATIVE 

DEATH, DISEASE

Salutogenesis

QUALITY OF LIFE
WELLBEING

**Fyra ohälsosamma levnadsvanor orsakar de
fyra huvudsakliga sjukdomar som dödar**
Samt fyra metabola fysiologiska riskfaktorer som till
stor del är en konsekvens
av de ohälsosamma levnadsvanorna



Folkhälsopolitik – förankrad i grundlag

- **Grunden för folkhälsopolitiken finns i Regeringsformen 1 kap. 2 §:**

”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**.*”

Två typer av ojämlikhet i hälsa

- **Ojämlikhet i hälsa utgörs av ”Systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position”**
- **Vi skiljer mellan två delvis olika typer av ojämlikhet i hälsa**
 - Hälsogradienten som skär genom hela samhället
 - Hälsoskillnader mellan grupper i utsatta eller marginaliserade positioner och den övriga befolkningen

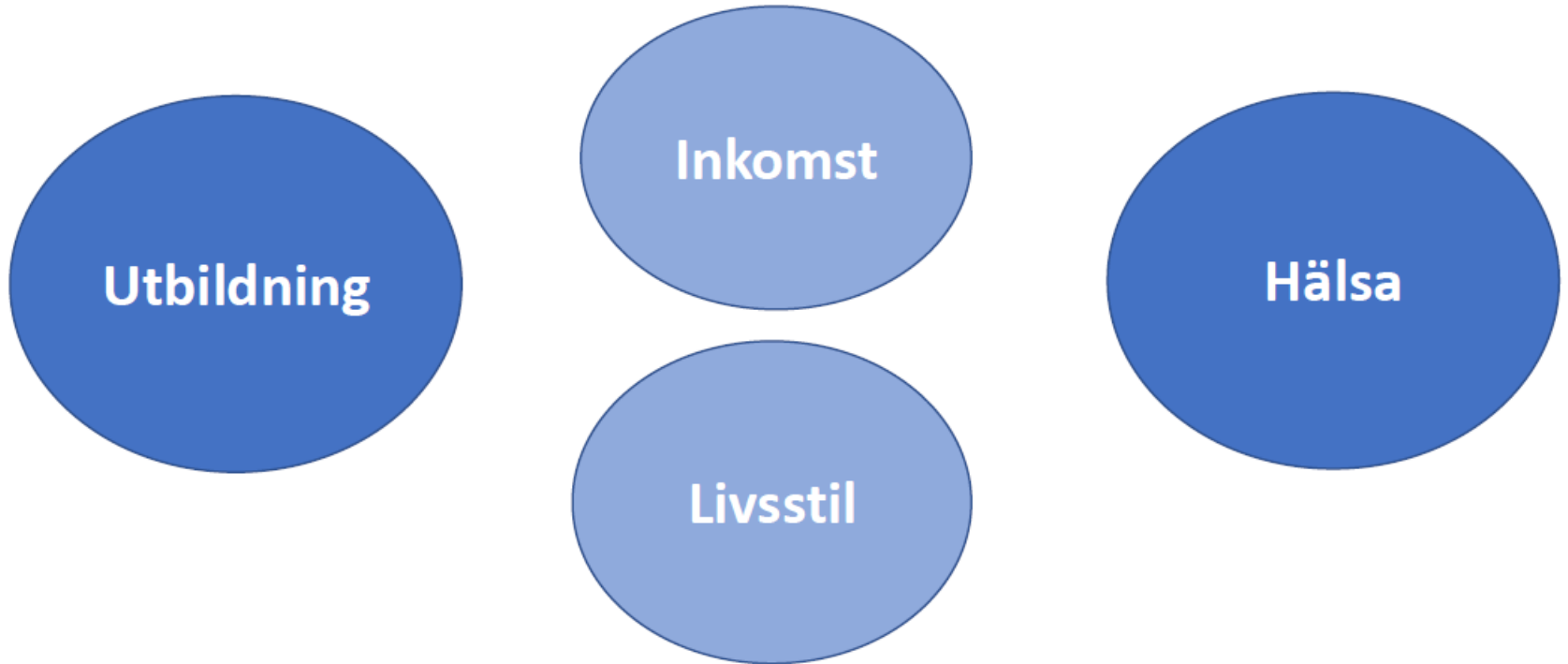
Förklaringar till ojämlikhet i hälsa

- Ojämlikhet i hälsa uppkommer genom att de *förhållanden, villkor och miljöer (resurser)* som människor lever i skiljer sig påtagligt åt för människor i olika sociala positioner
- Dessa resurser är sammankopplade och ömsesidigt förstärkande, och samspelar över hela livet
 - Hälsa är därmed både en **förutsättning** för och ett **resultat** av andra viktiga resurser (utbildning, arbete, försörjning etc.)

Förklaringar till ojämlikhet i hälsa (2)

- **Skillnader i resurser ger inte bara skillnader i risk för ohälsa – mottagligheten eller motståndskraften skiljer sig också åt mellan människor i olika sociala positioner**
- **Ojämlikhet i hälsa formas även av skillnader i handlingsutrymme inom och mellan sociala grupper**
 - Socialt bestämda handlingsmönster
 - Brist på resurser tenderar att i sig påverka människors beslut

Utbildning nyckelfaktor för hälsosamt liv



Hur ser det då ut ??

Dystra rubriker från Lärarnas riksförbund, 2017

Skolvärlden

NYHETER WEBB-TV DEBATT BLOGGAR LEDARE KONTAKTA TIPSA



Var femte elev saknar behörighet till gymnasiet

PUBLICERAD 28 SEPTEMBER 2017

Skolvärlden

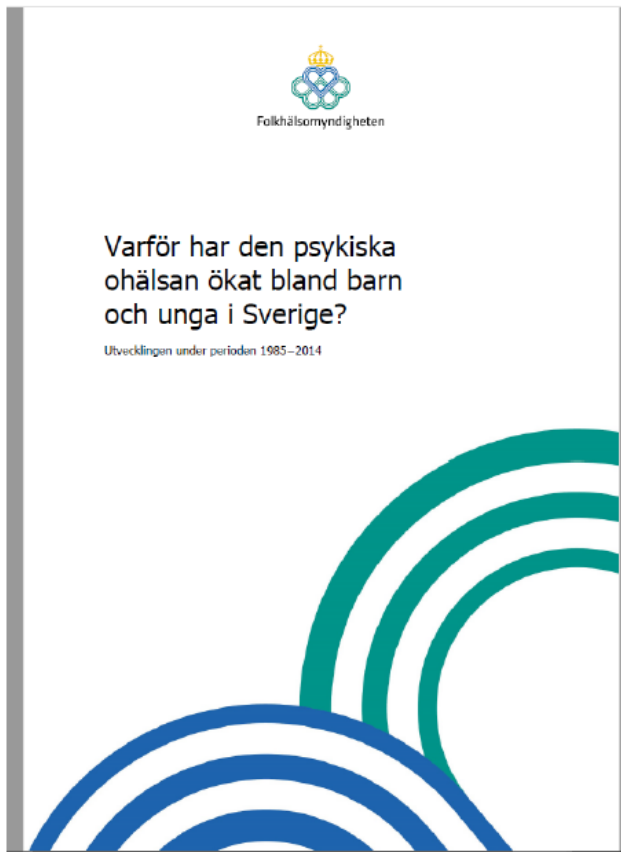
NYHETER WEBB-TV DEBATT BLOGGAR LEDARE KONTAKTA TIPSA



En av tre klarar inte gymnasiet

PUBLICERAD 4 JULI 2017

Psykisk ohälsa bland unga ökar I Sverige



Förord

Sedan mitten av 1980-talet har andelen unga som uppger att de har återkommande psykosomatiska symtom fördubblats, och nästan hälften av 15-åringarna har denna typ av besvär. Vi har i denna rapport försökt finna svar på varför den psykiska ohälsan ökat bland unga. Rapporten pekar bl.a. på att både brister i skolans funktion och förändringar på arbetsmarknaden med allt högre krav på utbildning och kompetens kan ha haft betydelse. Vår roll är inte att uttala oss om hur t.ex. skolan kan förbättras, utan snarare att öka kunskapen om levnadsvanor och levnadsförhållanden som är viktiga för barns hälsa, samt att följa utvecklingen över tid och mellan länder.

Jämlik hälsa - en viktig samhällsfråga

- Skillnaden i medellivslängd mellan Danderyd och Vårby i Stockholm är ca 4 år
- Skillnaden i medellivslängd mellan högutbildad man i Danderyd och lågutbildad man i Vårby är 18 år!

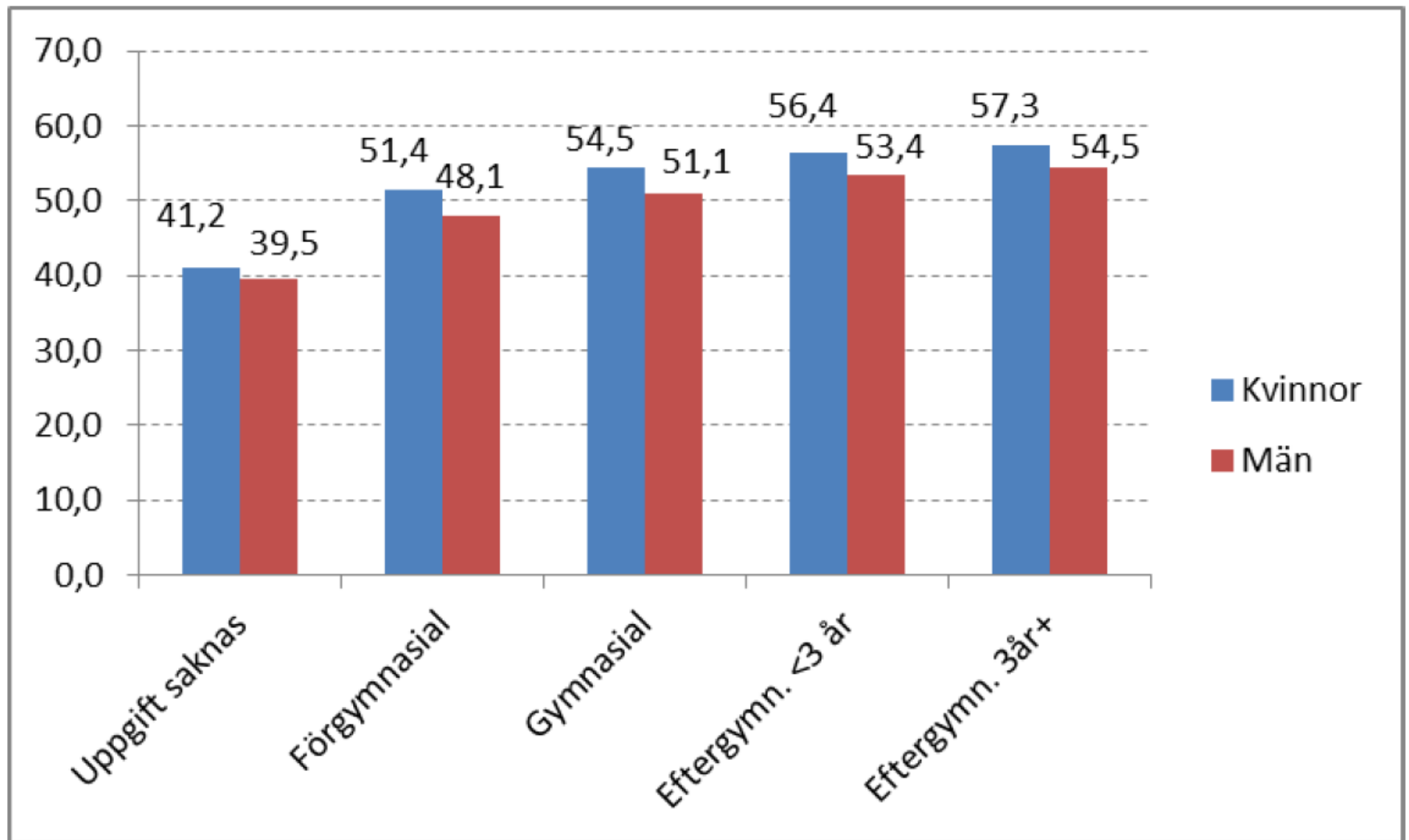


Källa:

Kartläggning av Stockholms läns landstings

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2014

Medellivslängd vid 30, 2015



Ålder vid död efter utbildningsnivå

Medelvärde och spridning (SD), kvinnor och män 2000-2015

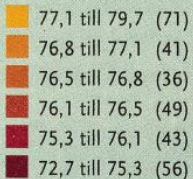
Period	Kvinnor			Män		
	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial
2000-2002						
Medelålder vid döden	81,1	83,2	85,2	76,9	79,0	81,5
SD ifrån 30 års ålder	13,0	11,6	10,5	13,1	12,0	10,8
2006-2008						
Medelålder vid döden	81,3	83,9	85,8	77,8	80,1	82,5
SD ifrån 30 års ålder	13,5	11,4	10,5	13,3	12,0	10,7
2013-2015						
Medelålder vid döden	81,4	84,4	86,8	78,1	81,1	83,9
SD ifrån 30 års ålder	13,7	11,5	10,3	14,1	12,0	10,5

Acceptabelt??

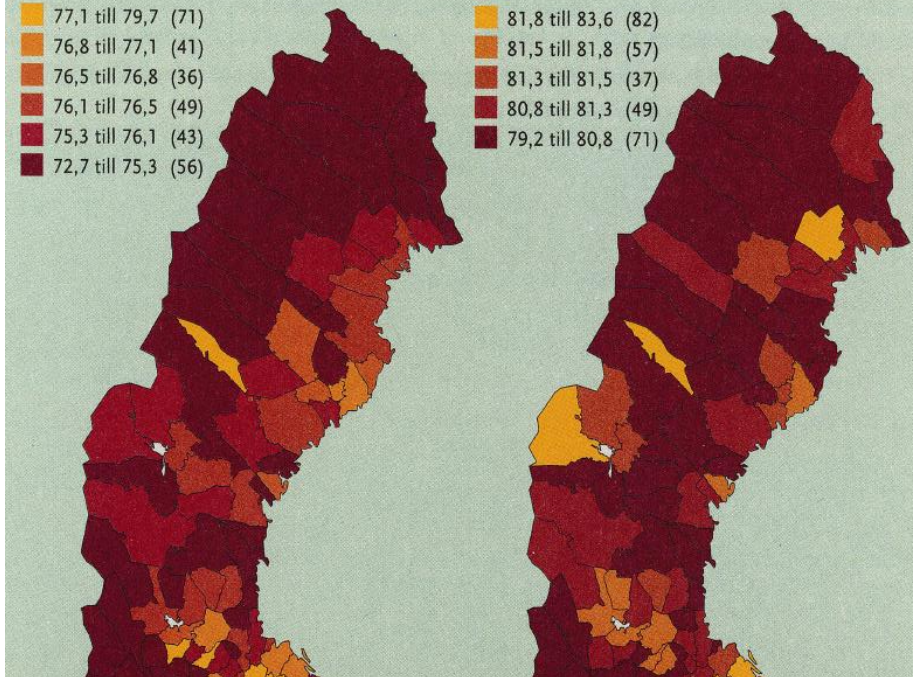
MEDELLIVSLÄNGD ÅTERSTÅENDE VID FÖDSELN 2011-2015

Medellivslängd i Sveriges kommuner, 10-årsmedeltal

Män



Kvinnor



Kommun	Män	Kvinnor
Strömsund	78,4	83,3
Ragunda	78,0	82,8
Krokom	80,2	82,6
Åre	79,7	83,8*
Östersund	79,7	83,3
Bräcke	78,9	83,8
Berg	77,3*	83,2
Härjedalen	80,5	83,0
Länet	79,4	83,2

Återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter kön och utbildningsnivå 2014, samt könsskillnader och skillnader mellan förgymnasialt och eftergymnasialt utbildade.

	Kvinnor	Män	Skillnad Kvinnor - Män
Totala riket	54,5	51,2	3,4
Förgymnasial	51,5	48,1	3,4
Gymnasial	54,5	51,2	3,4
Eftergymnasial	56,7	53,8	2,8
Skillnad eftergymnasial – förgymnasial	5,1	5,7	

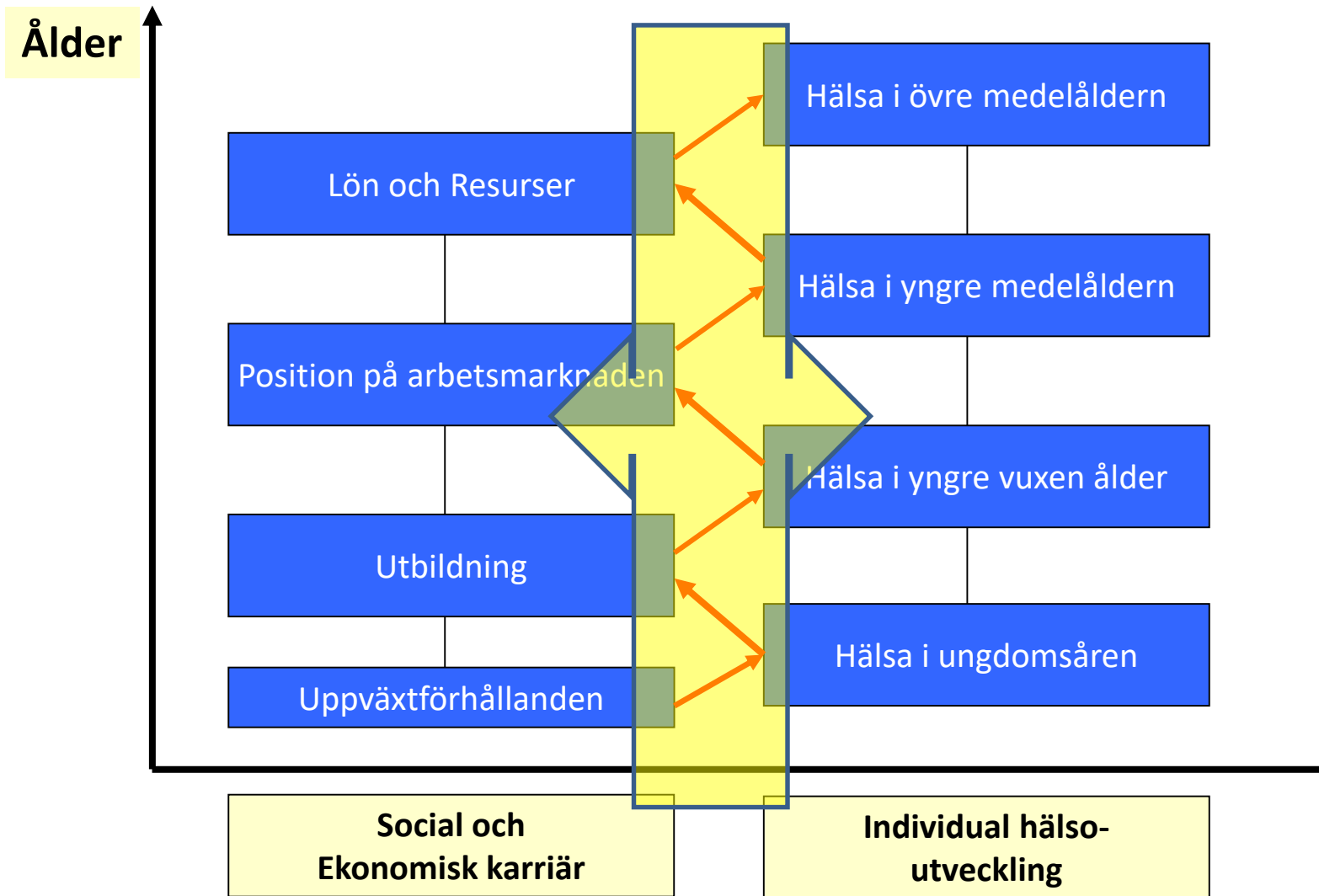
(källa SCB)



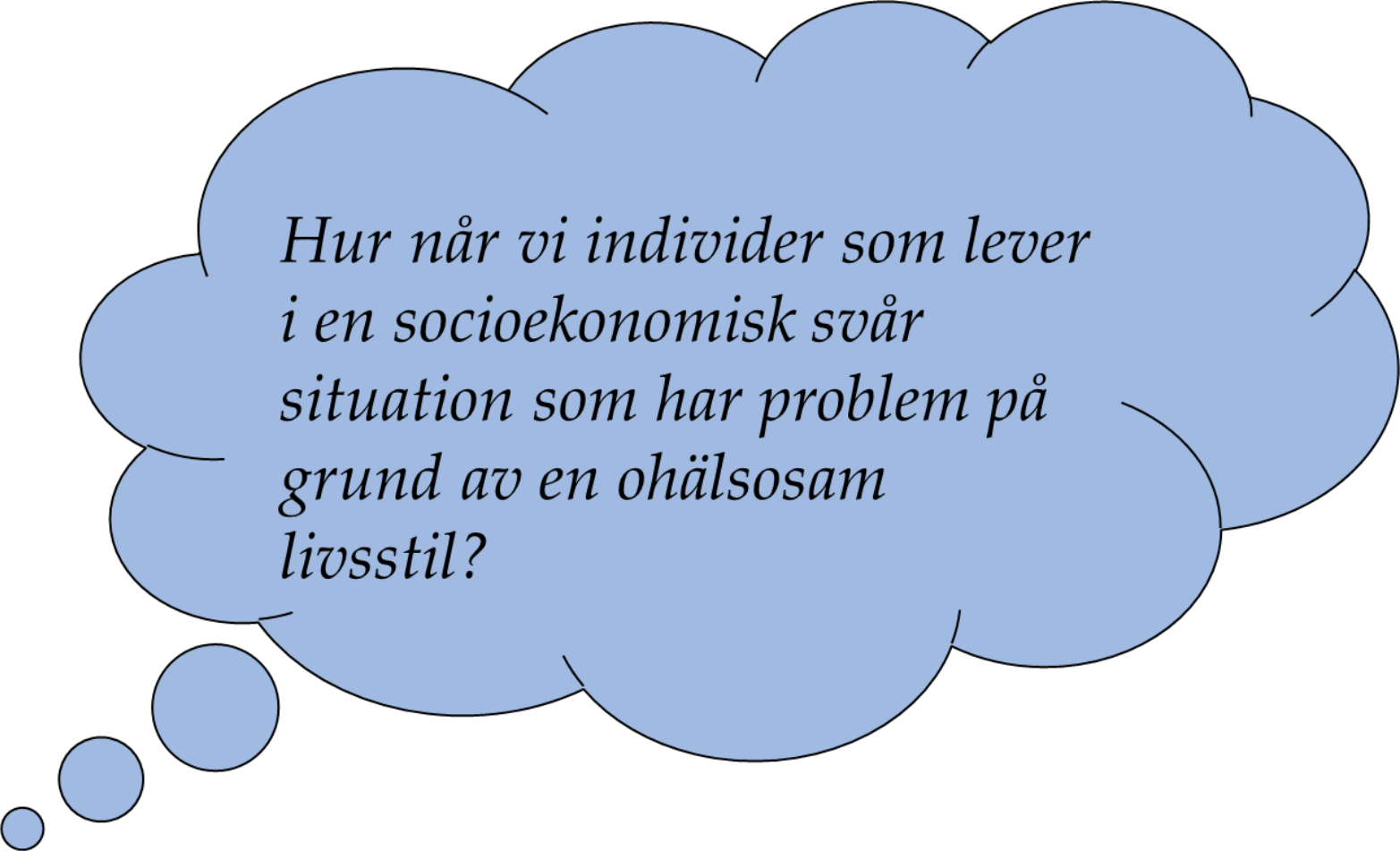
* I denna beräkning är utlandsfödda exkluderade på grund av metodproblem, bland annat att uppgift om utbildning saknas för många utlandsfödda i SCB:s register.

Källa: SCB.

Hälsa, kunskap, profession och inkomstnivå



De röda pilarna indikerar faktiska relationer baserat på vetenskaplig dokumentation



*Hur når vi individer som lever
i en socioekonomisk svår
situation som har problem på
grund av en ohälsosam
livsstil?*

Att göra lika kan öka ojämlikheten

- Hälsa- och sjukvården kan bidra till att *öka* skillnaderna i hälsa då de socialt mest utsatta är de som har minst benägenhet att svara på hälsointerventioner
- Människor har *olika* hälsoförhållanden och vårdbehov, och man når dem på *olika* sätt, på *olika* arenor
- Ska man minska hälsoklyftorna måste insatserna inriktas på de lågutbildade, och kanske t.ex. arbeta uppsökande mot både lågutbildade och vissa invandrargrupper
- Mest resurser ska riktas till dem som har störst behov

Hälsans bestämningsfaktorer

Vad påverkar vår hälsa?

Hälsans bestämningsfaktorer kallas de olika faktorer som i samspel med varandra påverkar vår hälsa i positiv eller negativ riktning.

Marmot-rapporten:

”Closing the gap in a generation”

Kommissionen för sociala bestämningsfaktorer för hälsa | SAMMANFATTNING AV SLUTRAPPORTEN

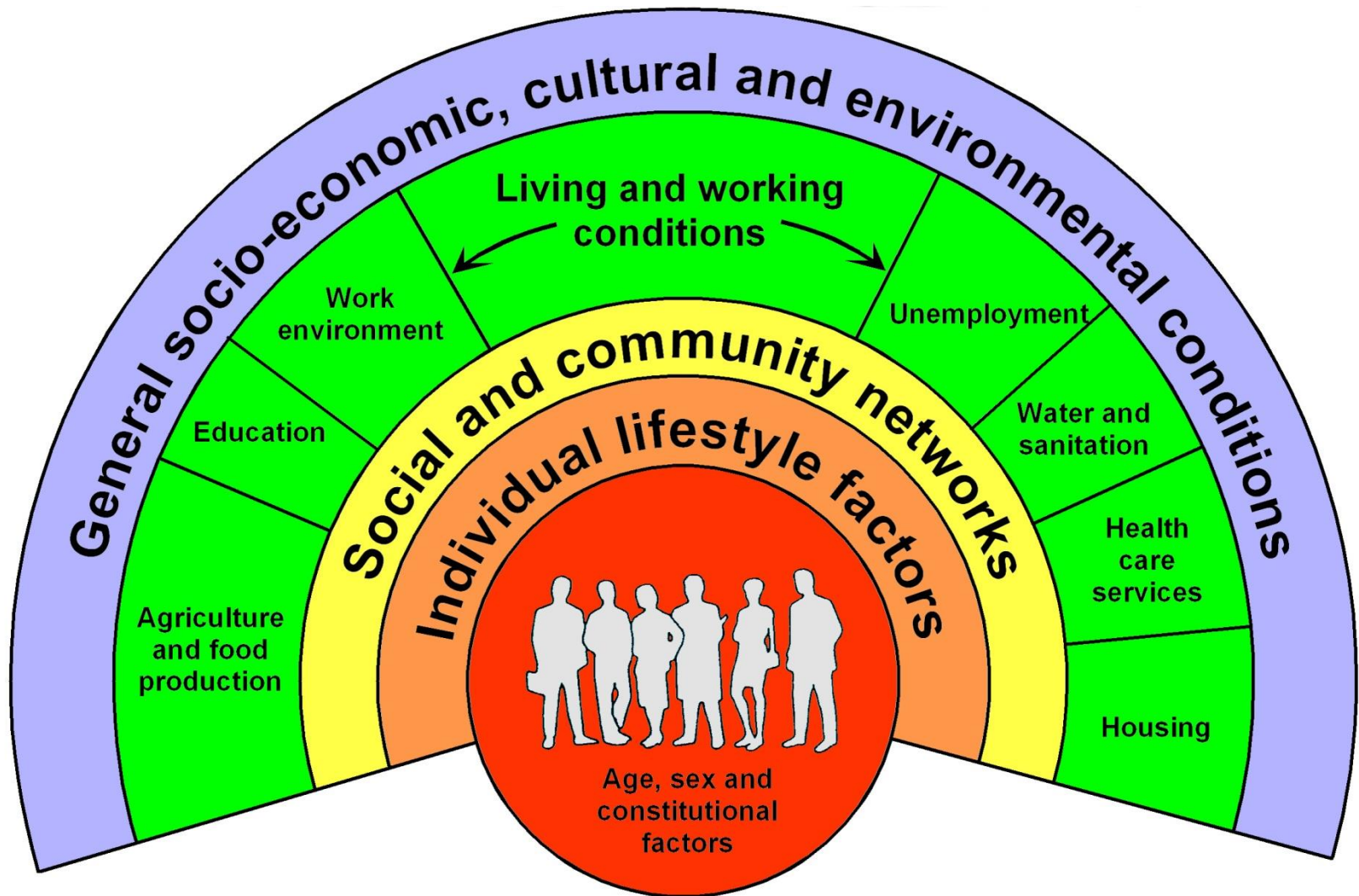


Utjämna
hälsoskillnaderna
inom en generation

Jämlikhet i hälsa genom påverkan av
de sociala bestämningsfaktorerna



The main determinants of health



Source: Dahlgren and Whitehead, 1991

Policy Levels for Tackling Inequalities in Health



Health for all

Definieras av WHO som "**processen att ge människor möjlighet att öka kontrollen över, och förbättra, sin hälsa och därmed möjligt för människor leva ett aktivt produktivt liv i riktning mot välbefinnande och livskvalitet**" (Ottawa Charter for Health promotion, 1986).

Efter Ottawa har ytterligare genomförts

[Adelaide](#) in 1988 (Healthy Public Policy),

[Sundsvall](#) in 1991 (Supportive environments for health),

[Jakarta](#) in 1997 (Leading health promotion in the 21st century),

[Mexico](#) in 2000 (Ministerial statement for the promotion of health: From ideas to action),

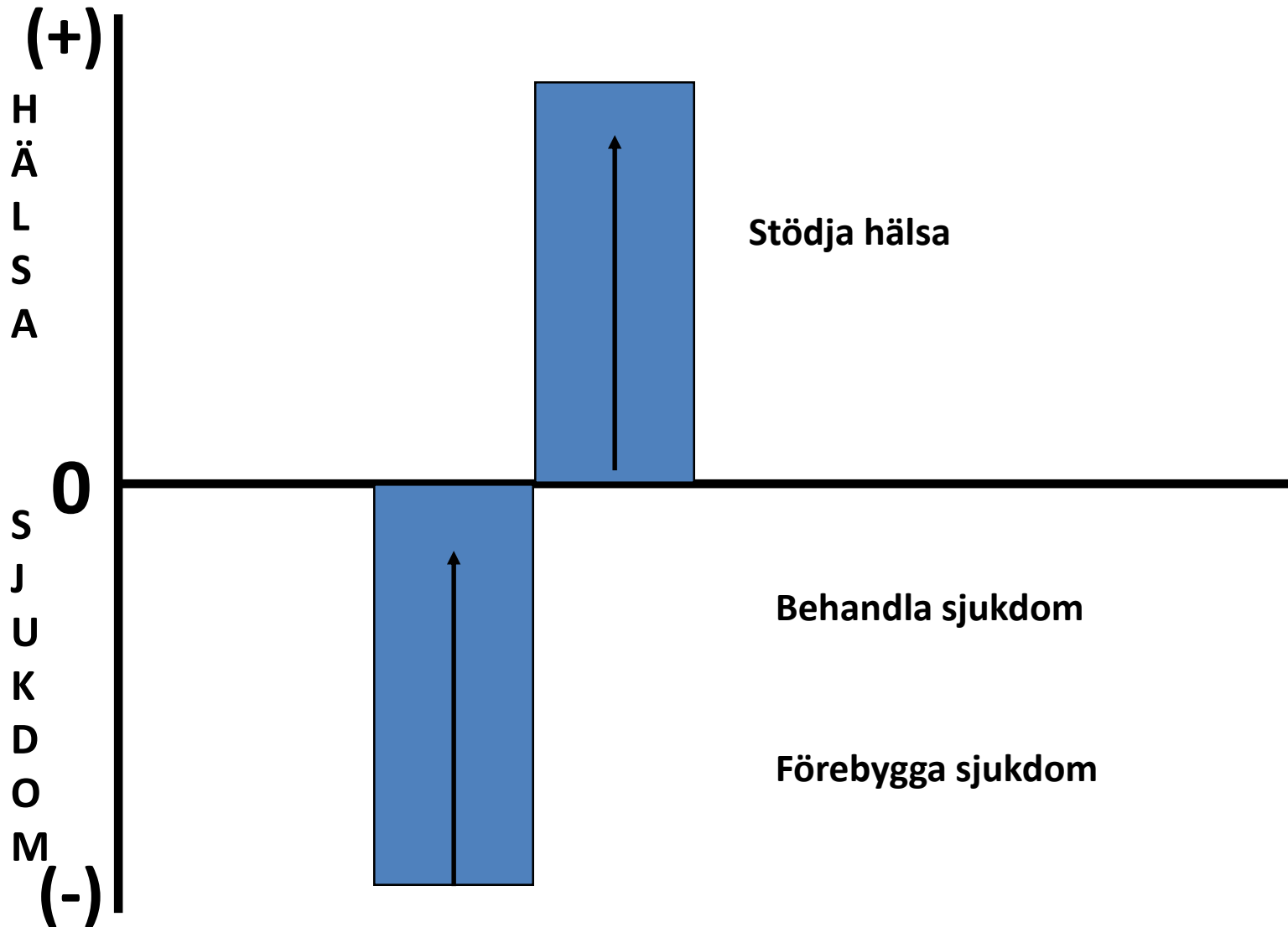
[Bangkok](#) in 2005 (Charter for health promotion in a globalized world)

[Nairobi](#) in 2009 (Promoting health and development: Closing the implementation gap).

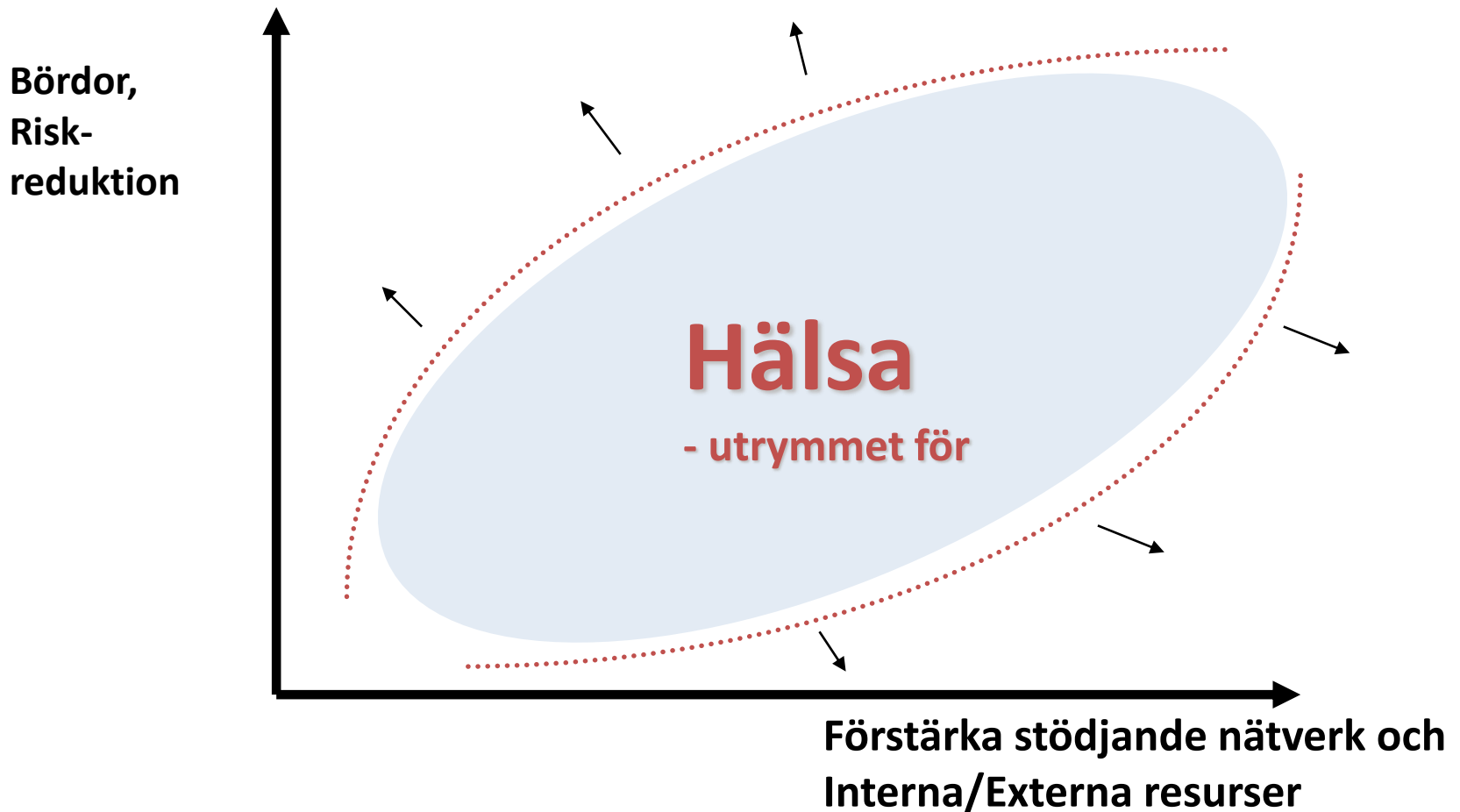
[Helsinki](#) in 2013 (The reviewed the experiences in engaging in the Health in All Policies approach and established guidance for concrete action in countries at all levels of development).

[Shanghai](#) in 2016 (Placed health promotion at the centre of the Sustainable Development Goals, SDG)

Från Sjukdom till Hälsa



Målen för hälsostärkande arbete - reducera bördor, förstärka stödande nätverk såväl som interna och externa resurser



Ortorexi betecknar en fixering vid en "hälsosam" livsstil, präglad av tex överdriven träning och nyttigt ätande. Ortorexi har likheter med och överlappar till viss del med ätstörningarna, framför allt Anorexia nervosa, men är mera att betrakta som ett överdrivet uttryck för rådande samhällseliga trender och värderingar. En ortorektikers mål är att vara den ultimata hälsosamma människan*.

Begreppet ortorexi myntades av den amerikanske läkaren Steven Bratman i slutet av 1990-talet.

*Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. RIVN, Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. June 2004

Mål for folkehelsepolitikken

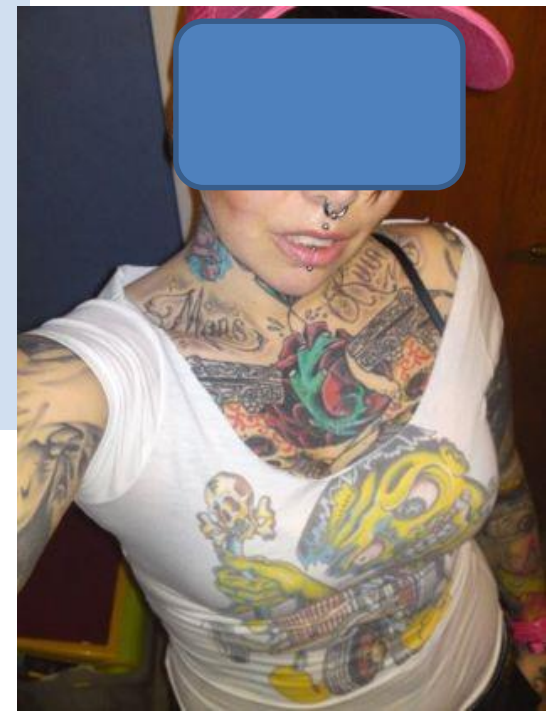
- Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet
- Reduserte sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse



Praktisk Hälsoekonomi...

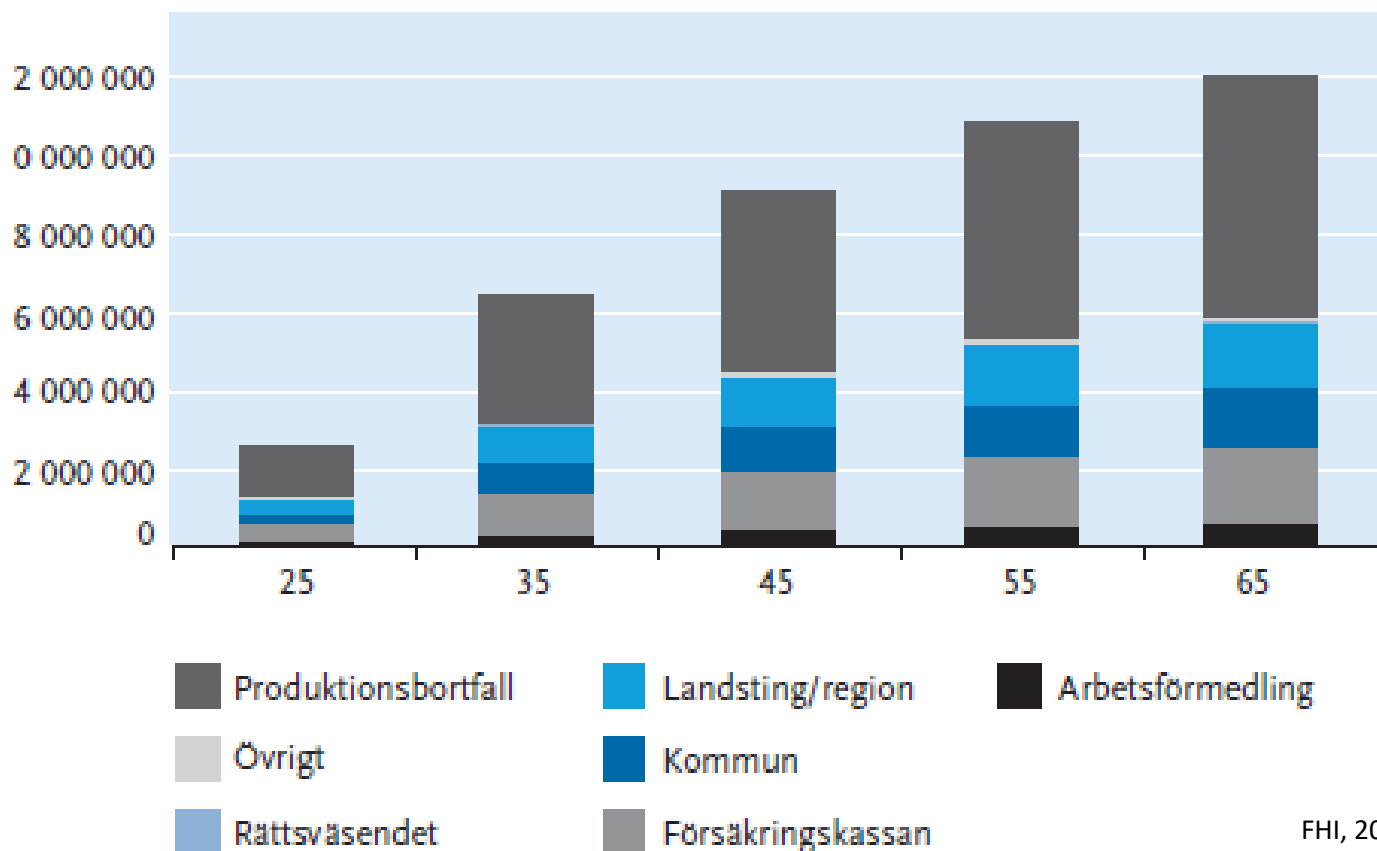
MARIE

Den psykiska ohälsan började i tidiga tonåren för Marie. Det började med att hon kände sig illa till mods, upplevde händelser som skapade ett obehag och hade svårt att sova. Snart fick Marie sin första ångestattack och tätt därefter kom nästa och nästa. Ångestattackerna lindrade hon genom att hetsäta och kräkas eller genom att skära sig i armen med ett rakblad. Hon skolkade mycket och avslutade gymnasiet med ofullständiga betyg. Maries föräldrar förstod inte varför Marie var så trilig men antog att det hörde till puberteten och lämnade henne i fred. Vid ett tillfälle försökte Marie ta sitt liv, men hon upptäcktes och skjutsades till sjukhuset. Sedan åkte hon in och ut på vårdavdelningen på BUP och senare vuxenpsykiatri samt på olika behandlingshem. Efter några år får hon tillgång till en utslussningslägenhet där hon regelbundet får besök av personal och försörjer sig genom ekonomiskt bistånd. Vissa perioder är hon inlagd på sjukhus, men andra perioder är hon friskare och klarar då av att arbeta.



Genomsnittlig kostnad per år 560 000 skr om man avstår den samordnade preventiva insatsen - Om Marie lever till hon blir 80 år så blir den kostnad hon genererar c:a 40 miljoner skr, vilken kunde reducerats genom tidiga insatser...

Figur 4.1. Ackumulerad genomsnittlig kostnad för Marie 25, 35, 45, 55 och 65 år (diskonterat), fördelat på olika samhällsaktörer (kronor)



Begränsningar och hinder!

- I kortsiktiga budgetsystem
- II brist på ekonomiska konsekvensbedömningar
- III brist på ekonomiska incitament och förutsättningar för att investera i tidiga och förebyggande åtgärder
- IV ogynnsamma organisatoriska förhållanden, det vill säga ett sektoriserat samhällssystem som inte främjar samverkan, helhetssyn och långsiktighet.





Utformningen av den fysiska miljön...

Påverkan på ett
flertal parametrar
som är kopplade
till välfärden

– Trygghet, – Sjukfrånvaron, - Ungdomsbrottslighet



Före



och

efter

(Örebro kommun)

ÄR DU OCKSÅ ENSAM
PÅ EFTERMIDDAGARNA ?

4B

NÄ, JAG HAR TANT PIA
I 4A, ABDUL I KIOSKEN,
FARBROR GRÖNVALL MED
BUSTER Å SÅ NISSES
MAMMA...

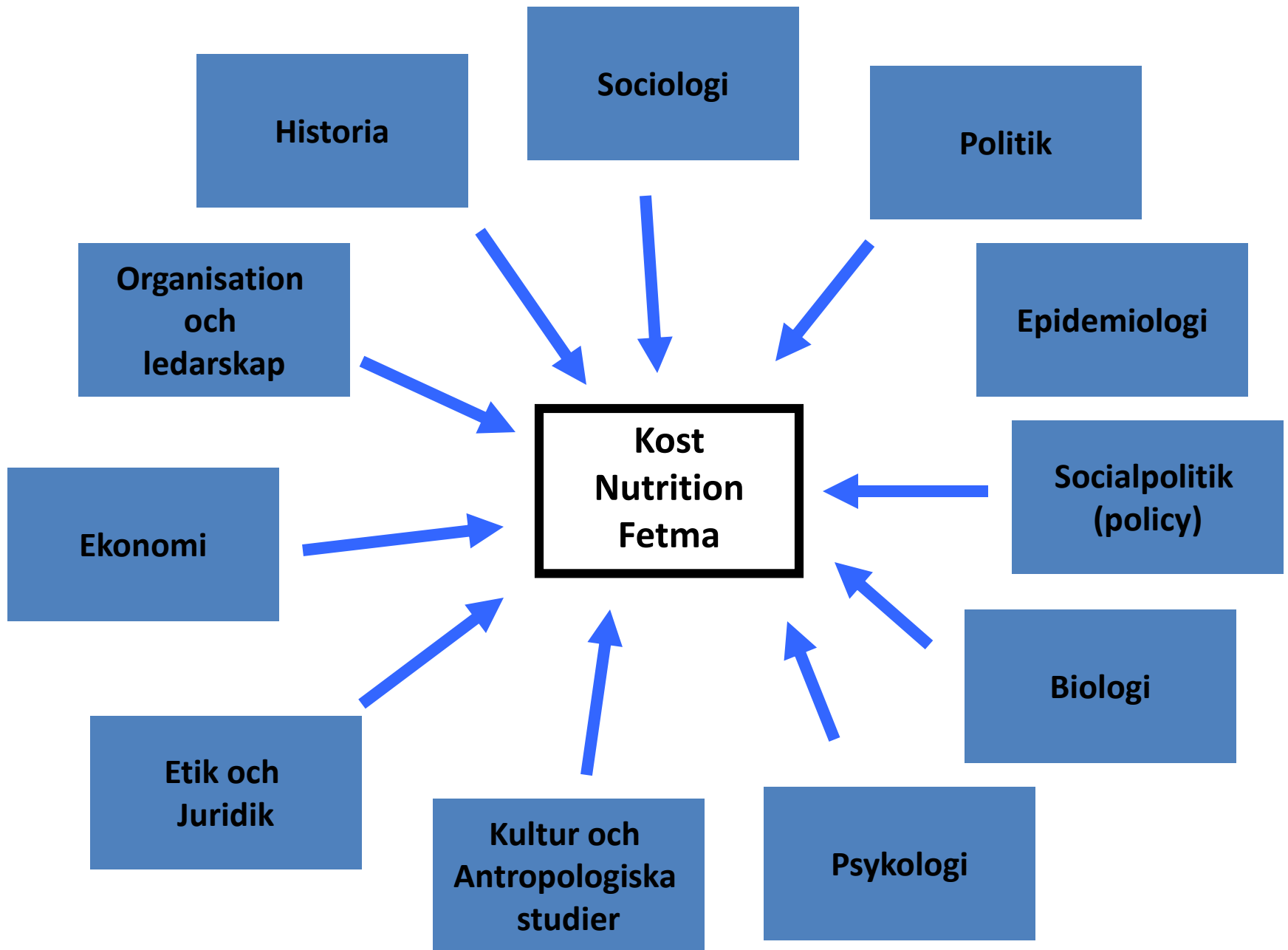


Fetmans spektrum (S.Rössner prof)

Typ 2-diabetes	Mors subita	Artros
Ateroskleros	Psykiska problem	Ryggsmärta
Hypertoni	Depression	Reflux
Hormonrubbingar	Social isolering	Bråck
Njursjukdom	Demens	Åderbråck
Pankreatit	Alzheimer	Sömnapné
Dyslipidemi	Hjärtsvikt	Dyspné
Cancer	Astma	Ödem
Leversteatos (NASH)	Nedsatt fertilitet	Olyckor
Gallsten	Impotens	
	Inkontinens	

Metabola komplikationer

Mekaniska komplikationer



Historia

Genom ett förståande av det tidigare, kan vi identifiera mönster av utveckling i form av idéer och praxis:

- Hur har relationen mellan diet och hälsa tagit sig uttryck i olika historiska tider?
- Vilka faktorer har historiskt sett influerat vad människor ätit?
- Vilka är ursprunget av dagens mönster av födointag?



Sociologi

Genom att förstå de sociala mönstren och sociala strukturerna kan orsakerna till
ojämlikt fördelad hälsa förstås;

- Vilken faktor styr variationerna i diet mellan olika socioekonomiska grupper?
- Varför är det svårare för svagare sociala grupper att äta hälsosamt?
- Hur är uppfattningen om födointag och kroppsvikt skapad i olika sociala grupper?



Politik

Genom att förstå processerna för konflikthantering, kan vi utforska hur olika maktstrukturer influerar valen av kost;

- Hur har globaliseringen påverkat utbud och val av kost samt konsumtionsmönster?
- Hur skapar och påverkar olika ideologier värderingar rörande val och ansvar i relation till kosten?
- Hur stor inverkan har livsmedelsföretagen på livsmedelspolitiken?

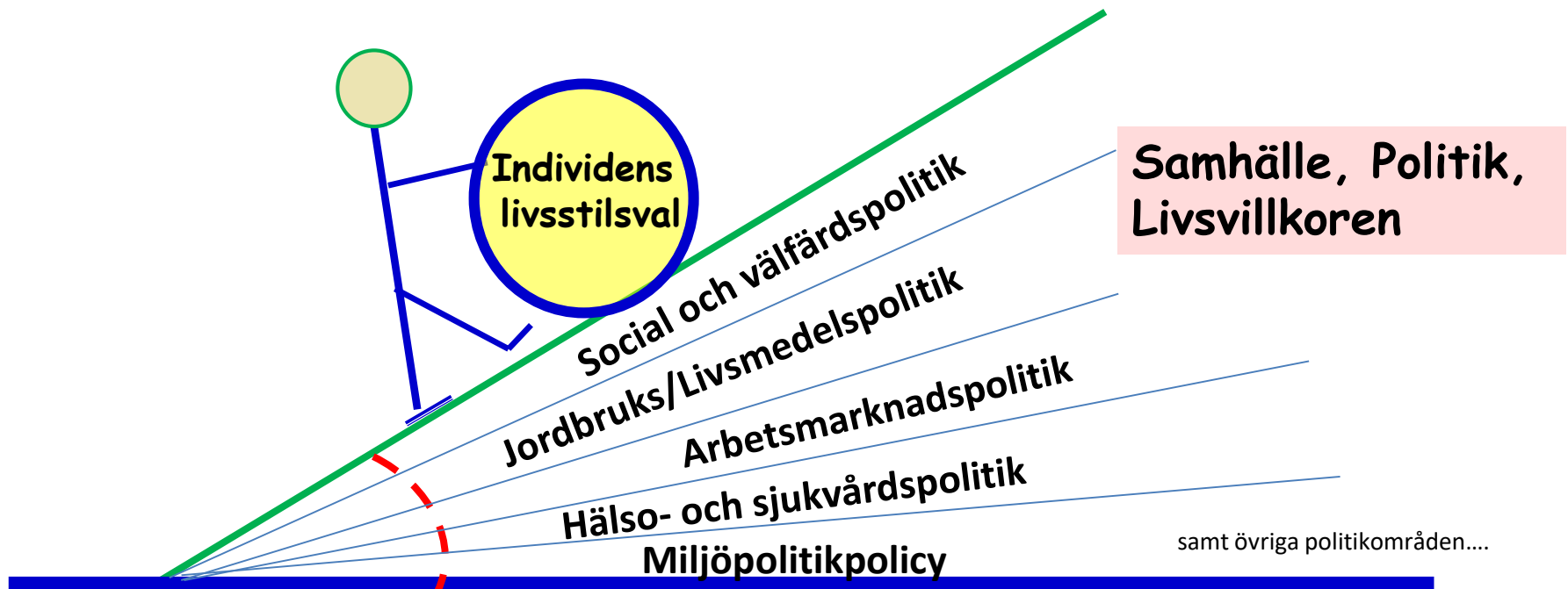
Konklusionen blir att ett beslut i en fråga - "POSITION" – leder till att det får konsekvenser på vad som kan/bör beslutas i relaterade **politiska beslut**...

Om vi politiskt vill **minska barnfetma** så kommer denna "POSITION" leda till att vi behöver påverka **kosten** (maten) för barn i de **forum** där de befinner sig, (social miljö, förskola/skola, fritid, mm) men även att det får effekt på **samhällsplaneringen** – cykelvägar, platser för fysisk aktivitet, gröna lekområden, McDonalds runt hörnet från skolan.....

Men glöm inte politiska inspel under hela "skapandeprocessen" av de olika politiska positionerna – på alla nivåer!!!

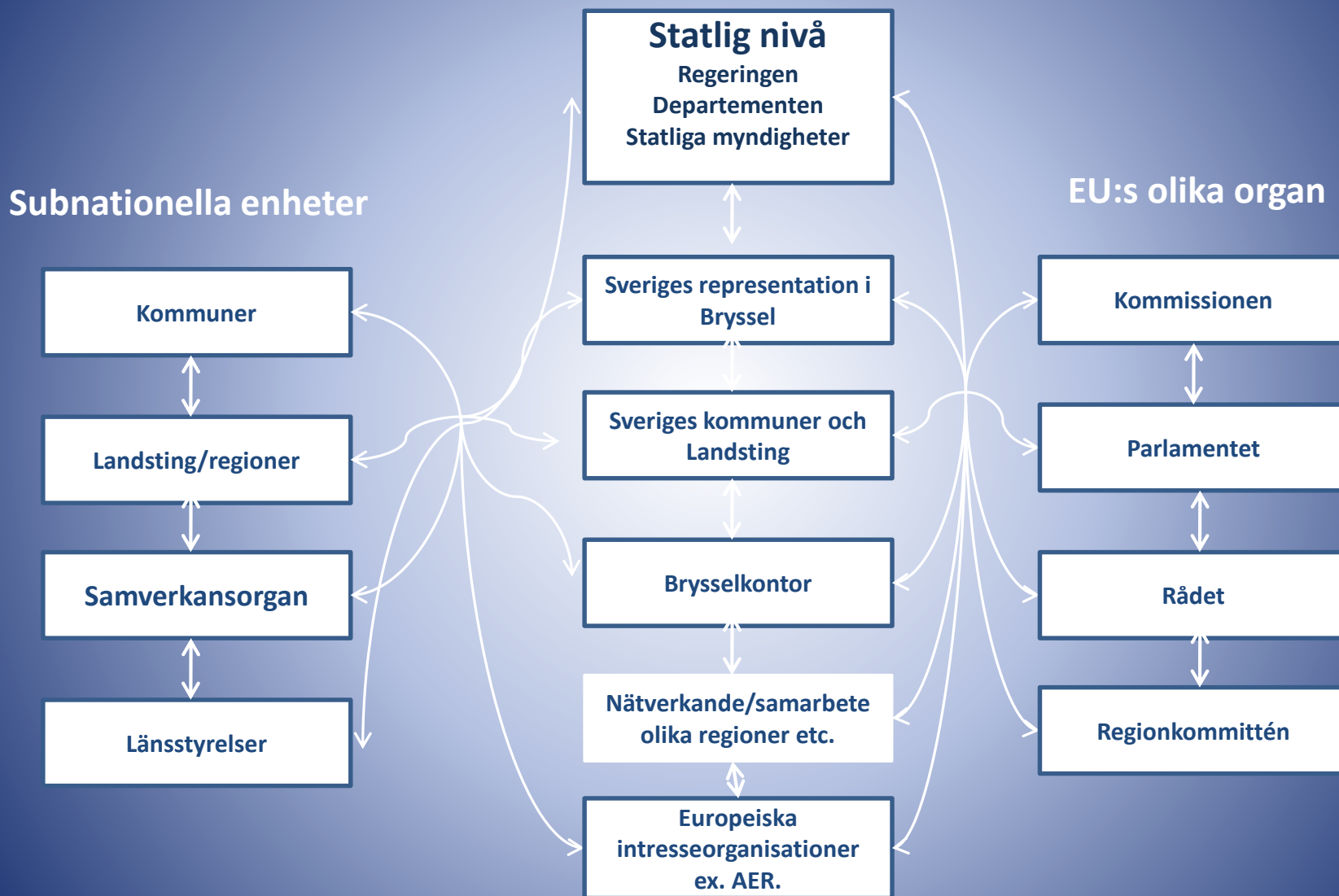


Politiska beslut och individuella val



Olika perspektiv – Det **individuella** avgör storleken på “bollen” (bördan) som “rullas framför” individen i livet baserat på möjliga livsval
Samhället reglerar lutningen på backen (genom politiska beslut med påverkan av livsvillkoren)

Dialog i ett flernivåstyre



A photograph of four children of diverse ethnicities smiling and touching a globe. The globe is positioned in the foreground, and the children are behind it, with their hands resting on its surface. The background is a bright, outdoor setting with trees and a clear sky.

**Inequality in health –
WHO European policies
and activities
Moving towards Health 2020**

Zsuzsanna Jakab, WHO Regional Director for Europe



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

Health 2020

A WHO European Region where all peoples are enabled and supported in achieving their full health potential and well-being, and in which countries, individually and jointly, work towards reducing inequalities in health within the Region and beyond



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**



Health Programme 2014-2020

February 2014

**European Commission
DG Health and Consumers**

EU:s Grundlag – Lisbon Treaty

EU:s mandat

Artikel 168:

- En hög hälsoskyddsnivå för människor skall säkerställas vid utformning och genomförande av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder.
- Gemenskapens insatser, som skall *komplettera* den nationella politiken, skall inriktas på att *förbättra* folkhälsan, *förebygga* ohälsa och sjukdomar hos människor och *undanröja faror* för människors hälsa
- När gemenskapen handlar på folkhälsoområdet skall den fullt ut respektera medlemsstaternas ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård.

Lissabonfördraget 2009

**Art 168 +
Hälsostrategin**

**Hälsoprogrammet, FP7,
Strukturfonder**

**Kunskapsutbyte
Studier
Databaser
Utbildningar
Nätverk
Konferenser
Informationskampanjer**

Lagreglering

**Tobak
Blod, vävnad
och
cellprodukter**

Andra politikområden

Särskilda insatser

**Regionalpolitiken
Utvidgningen
Sociala frågor
mm**

**Tobak
Alkohol
Narkotika
Mental Hälsa
Nutrition/Fysisk aktivitet**

Tre betänkanden, en helhet

Nästa steg på vägen mot
en mer jämlik hälsa

Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa
SOU 2017:47

För en god och jämlik hälsa

En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket
SOU 2017:4

Det handlar om jämlik hälsa

Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete
SOU 2016:55

Hur skapas ojämlikhet i hälsa?

Villkor och möjligheter (resurser) inom centrala livsområden skiljer sig påtagligt åt för människor i olika sociala positioner:

- 1. Det tidiga livet**
- 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**

Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa

– Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa

SLUTBETÄNKANDE AV
KOMMISSIONEN FÖR
JÄMLIK HÄLSA



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2017:47

Bred välfärdsansats - åtta målområden

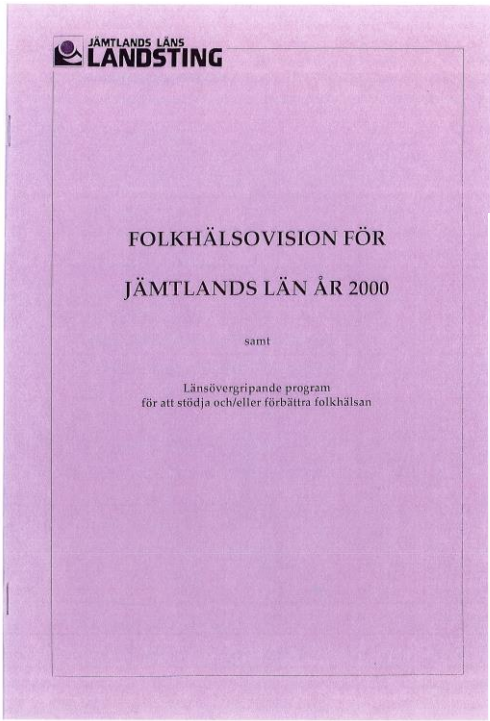
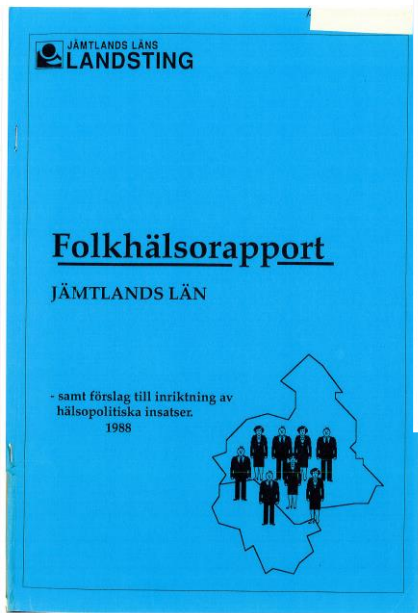
- 1. Det tidiga livets villkor**
- 2. Kompetenser, kunskaper och utbildning**
- 3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö**
- 4. Inkomster och försörjningsmöjligheter**
- 5. Boende och närmiljö**
- 6. Levnadsvanor**
- 7. Kontroll, inflytande och delaktighet**
- 8. En jämlik och hälsofrämjande hälso-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

Åtgärder för en god och jämlik hälsa

- Kräver ett långsiktigt, löpande arbete**
- Måste inriktas på livsvillkor i vid mening**
- Ska ge mer likvärdiga förutsättningar för människor i olika sociala grupper**
 - Stärka individers egna möjligheter att handla och generera resurser
 - Stärka det allmännas förmåga att bidra med resurser



**Vägen fram till.....
en sammanlänkad
FOLKHÄLSOPOLICY**



Livskvalitetsundersökning

Personer med psykiska funktionshinder
i Jämtlands län

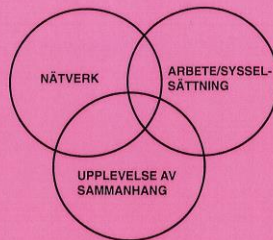


Östersund juni 1999

K-G Bergstedt
Ewa Jonsson

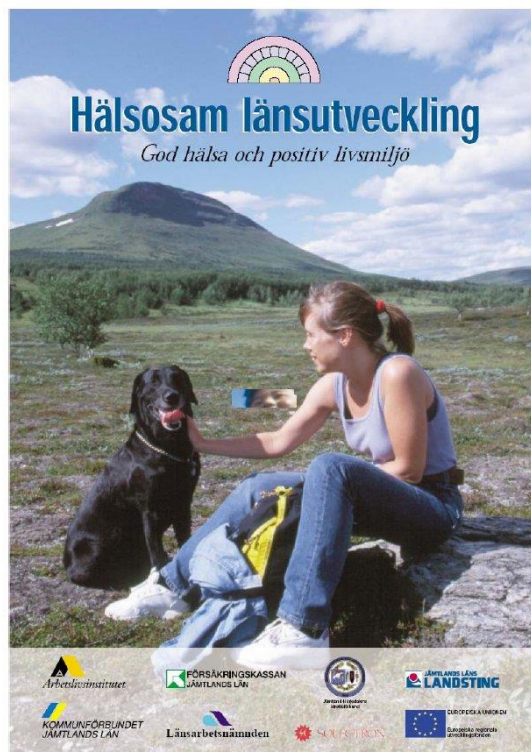
En underlagsrapport om Psykisk hälsa

- utifrån ett humanistiskt perspektiv

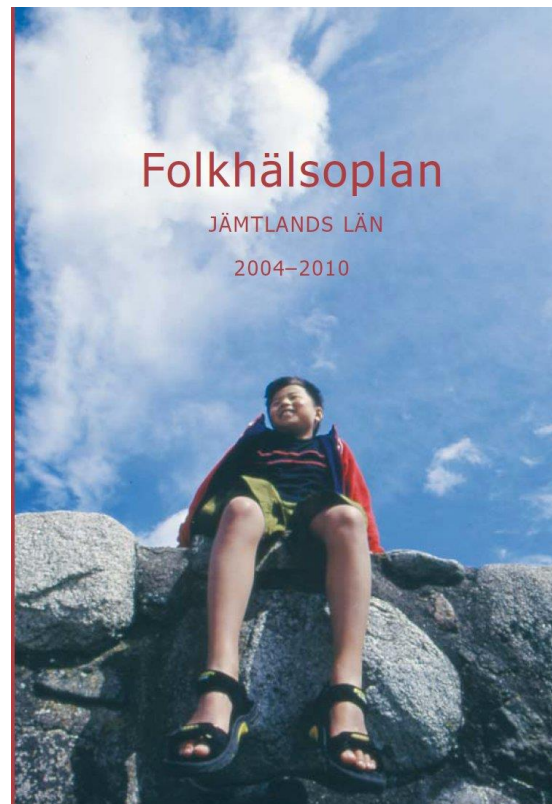
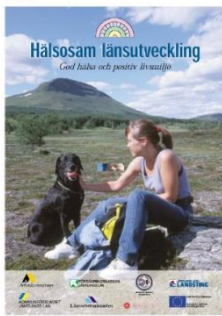


JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING
Hälsopolitiska enheten
Psykolog Berit Wärmö
November 1993





- **Projekt Hälsosam länsutveckling**
 - projektägare = landstinget
 - styr- & referensgrupp = partnerskap
- **Beviljat stöd ur EG:s regionala fond juni 2001**
 - projektet omfattade 3 150 000 Skr
- **Samfinansiering;**
 - Jämtlands läns landsting
 - J-H Idrottsförbund
 - Solectron Sweden AB
 - Kommunförbundet
 - Persson Invest AB
 - Sparbanksstiftelsen



- **Remisstid** 2002-10-15 – 2003-04-10
- **Landstinget antog slutlig plan** (2004-02-17)
 - inledningsvis prioritera ngr av de 11 målområdena
- **Bräcke kommun** antog planen
- **Övriga kommuner** avstod eller tog fram egna

Jämtlands läns folkhälsopolicy 2011 - 2015

Reviderades och
uppdaterades!!



VÅR HÄLSA
– LÄNETS MÖJLIGHET

FOLKHÄLSOPOLICY FÖR JÄMTLANDS LÄN 2011–2015

Jämtlands läns folkhälsopolicy 2016 - 2019



VÅR HÄLSA – LÄNETS MÖJLIGHET

FOLKHÄLSOPOLICY FÖR JÄMTLANDS LÄN 2016-2019

Vision

**”Hälsa på lika villkor
för hela befolkningen
för en hållbar
utveckling i
Jämtlands län”**

"processen att ge människor möjlighet att öka kontrollen över, och förbättra, sin hälsa och därmed möjligt för människor leva ett aktivt produktivt liv i riktning mot välbefinnande och livskvalitet"

(Ottawa Charter for health promotion, 1986).

Utgår ifrån 4 insatsområden:

Trygga uppväxtvillkor



Förutsättningar för detta skapas genom:

- En god föräldra-/barnrelation.
- Goda sociala villkor för barnfamiljer.
- En trygg ekonomisk situation.

Utbildning och arbete



Förutsättningar för detta skapas genom:

- En förskola/skola som ger alla samma förutsättningar, oavsett var du bor.
- Hälsöfrämjande skolutveckling.
- Ett brett utbildningsutbud som även är lokalt anpassat.
- Framtidsinriktad- och arbetsmarknadsanpassad utbildning.
- Att ta vara på mångfalden i arbetslivet.
- Verktyg för att våra medborgare ska kunna stanna kvar i eller återkomma till arbetslivet.
- Möjligheter till livslångt lärande.
- Att utveckla samarbete mellan olika aktörer för en tryggare arbetsmarknad för ungdomar.

Hälsöfrämjande miljö



Förutsättningar för detta skapas genom:

- Att i alla planeringsprocesser väga in fysiska, psykiska, sociala och trygghetsaspekter.
- Social gemenskap i när- och bostadsområde som utgör stödjande nätverk.
- Fritids- och kulturutbud som formar identiteter, kulturer och livsprojekt.
- Att samlokalisera arenor för möten mellan alla grupper av människor.
- Att naturmiljöer och grönområden finns tillgängliga på nära håll.
- Ett fokus på hälsosamt åldrande och dess möjligheter i olika miljöer.

Delaktighet och inflytande



Förutsättningar för detta skapas genom:

- Förbättrade möjligheter till inflytande, kontroll och att kunna påverka sitt liv.
- Ökade möjligheter för medborgarna att vara delaktiga i styrning och utveckling av samhället - av särskild stor vikt när det gäller jämställdhet, integration, funktionsnedsättning och arbetsmarknad.
- Ett öppnare beslutsfattande och en positiv inställning till dialoger.
- Hälsöfrämjande ledarskap som främjar delaktighet och inflytande.

"processen att ge människor möjlighet att öka kontrollen över, och förbättra, sin hälsa och därmed möjligt för människor leva ett aktivt produktivt liv i riktning mot välbefinnande och livskvalitet"

(Ottawa Charter for health promotion, 1986).

Agenda 2030



Ingen fattigdom



Ingen hunger



Hälsa och välbefinnande



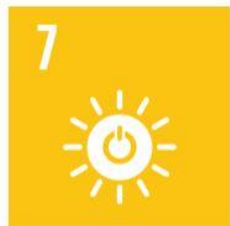
God utbildning för alla



Jämställdhet



Rent vatten och sanitet



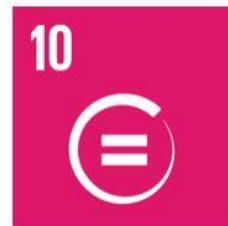
Hållbar energi för alla



Anständiga arbetsvillkor
och ekonomisk tillväxt



Hållbar industri,
innovationer och
infrastruktur



Minskad ojämlikhet



Hållbara städer och
samhällen



Hållbar konsumtion och
produktion



Bekämpa
klimatförändringen



Hav och marina resurser



Ekosystem och biologisk
mångfald



Fredliga och inkluderande
samhällen



Genomförande och
globalt partnerskap



GLOBALA MÅLEN
För hållbar utveckling



Tack för mig!!!

Göran Hallman
Folkhälsopolitisk Strateg



goran.hallman@regionjh.se