

Sociala investeringar för jämlikhet i hälsa. Vad är nytt ur folkhälsoperspektivet?

Anna Månsdotter¹ Pia Lindeskog²

¹Hälsoekonom, Docent, Folkhälsomyndigheten, 171 82 Solna. E-post: anna.mansdotter@folkhalsomyndigheten.se. ²Sakkunnig, Dr Med vet, Folkhälsomyndigheten, 171 82 Solna. E-post: pia.lindeskog@folkhalsomyndigheten.se.

Det övergripande nationella folkhälsomålet har ett tydligt fokus på jämlikhet i hälsa, något som också avspeglas i Folkhälsomyndighetens instruktion. I denna artikel diskuteras begreppen sociala determinanter, sociala investeringar och social hållbarhet, vilka används i utvecklingsarbeten både i Sverige och internationellt. Diskussionen förs utifrån folkhälsans faktapremisser och värdepremisser. Vi konstaterar att begreppen inte representerar något nytt inom folkhälsoområdet, men att de har bidragit till ökat fokus på jämlikhet och hållbarhet. Folkhälsomyndigheten arbetar idag på bred front med frågor rörande jämlikhet i hälsa och ser behovet av analytisk utveckling gällande valet av ojämlikhetsmått, valet av hälsomått, epidemiologisk analys och utvärdering av insatser. För Folkhälsomyndigheten är det viktigt att fakta presenteras på ett sätt som ger politiker möjlighet att fatta informerade beslut.

The national public health policy is clearly focusing health equity, which is also reflected in the instruction of the Swedish Public Health Agency. In this article, we discuss the concepts of social determinants, social investments, and social sustainability. The discussion is based on the factual and value premises of public health. We state that the concepts are not new in the public health area, but have contributed to increased attention to equity and sustainability. The Swedish Public Health Agency operates broadly for decreased health inequities and observes the need of analytical development regarding inequity measure, health measure, epidemiologic analysis, and evaluation of interventions. We believe it is important to present facts in manners giving politicians the opportunity to make informed decisions.

Inledning

Det övergripande målet i svensk folkhälsopolitik är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Prop 2002/03:35 Prop 2007/08:110). Detta är också utgångspunkten för verksamheten vid Folkhälsomyndigheten som är en nationell kunskapsmyndighet med

övergripande ansvar för folkhälsofrågor (www.folkhalsomyndigheten.se).

Folkhälsomyndigheten bildades 1 januari 2014 genom sammanslagning av Smittskyddsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut och de delar av Socialstyrelsen som ansvarar för miljöhälsa och

folkhälsorapportering. I instruktionen (2013:1020) står: "Folkhälsomyndigheten ska verka för god folkhälsa, utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsområdet, följa hälsoläget i befolkningen och faktorer som påverkar detta samt genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Verksamheten ska stå på vetenskaplig grund. Särskild vikt ska fästas vid de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa".

Det pågår idag en rad initiativ utifrån begrepp som sociala determinanter, sociala investeringar och social hållbarhet inom kommuner, landsting/regioner, myndigheter och frivilligorganisationer, samt inom internationella organisationer som EU (Investing in Health), WHO, OECD och FN. I denna artikel diskuterar vi dessa begrepp ur ett mer traditionellt folkhälsoperspektiv av jämlikhet i hälsa.

Folkhälsans faktapremisser

Folkhälsoarbetet

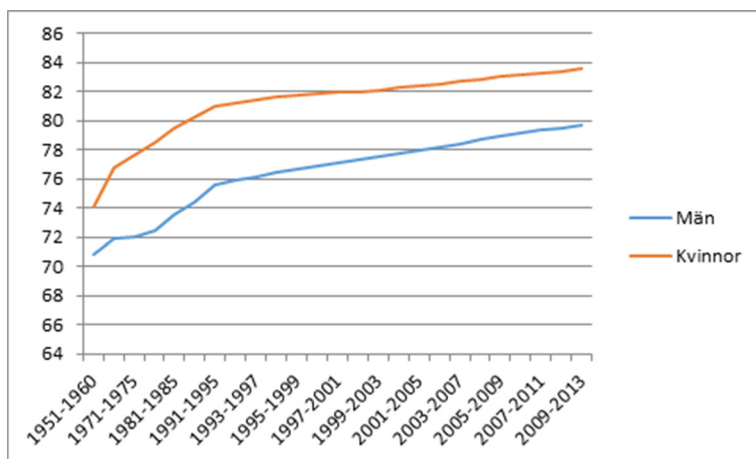
Motivet för samhället att arbeta för en god folkhälsa var ursprungligen att friska bönder och soldater behövdes för nationernas överlevnad och senare att en frisk befolkning var förutsättningen för framgångsrik industri och handel. Det mest refererade exemplet på tidigt folkhälsoarbete är när läkaren John Snow kunde förhindra kolerautbrott genom att spåra smitta i en lokal vattenspump i 1800-talets England. Under 1900-talet gick utvecklingen mot att staten var till för människors hälsa

och inte tvärtom, medan 2000-talet har kommit att handla om hälsa och folkhälsa både som ett medel för samhällsutveckling och ett mål i sig, en rättighet.

Hälsan bestäms av en mängd miljörelaterade, sociala, ekonomiska, kulturella och genetiska faktorer. Komplexiteten är väldig och många frågor återstår att studera. Är det utbildning som påverkar hälsa eller är det tvärtom? Vad betyder föreställningar om feminitet och maskulinitet för riskfyllda levnadsvanor? Varför får samma infektion värre konsekvenser bland vissa grupper än andra? Och så vidare. Många gånger rymmer samband mellan studerade fenomen kausalitet i båda riktningar. Så länge det finns vetenskapliga belägg för att en faktor i någon grad påverkar hälsa kan det finnas skäl att överväga en folkhälsoinsats. Detta var utgångspunkten i Nationella folkhälsokommitténs slutbetänkande "Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan" (SOU 2000:91) som ledde vidare till den nuvarande svenska folkhälsopolitikens 11 målområden.

Folkhälsans nivå och fördelning

Folkhälsoarbete syftar både till att höja nivåer av hälsa och minska skillnader i hälsa mellan individer och grupper (Folkhälsokommittén 2000). Den enskilt mest använda indikatorn på folkhälsans positiva utveckling är livslängd. Under mitten av 1700-talet var den genomsnittliga medellivslängden i Sverige 35 år, under mitten av 1800-talet 42 år och under mitten av 1900-talet 72 år. I Figur 1 redovisas utvecklingen därefter uppdelad på kvinnor och män.

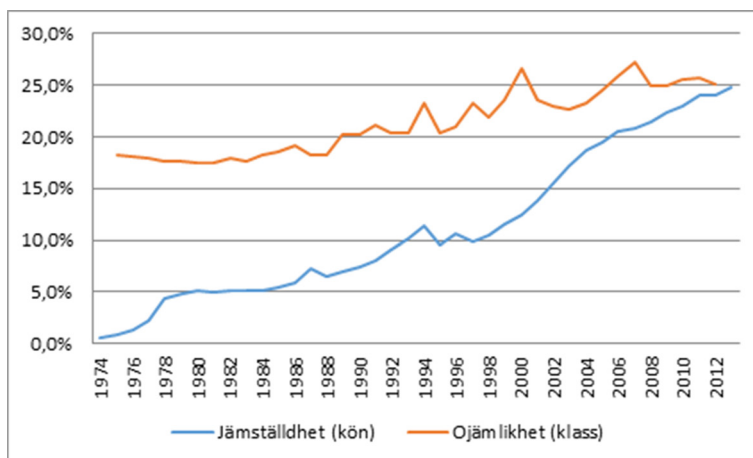


Figur 1. Återstående medellivslängd vid födseln i Sverige under åren 1951-60 till 2009-13 (5-årsperioder), uppdelat på kön (Statistiska centralbyrån 2014).

Det råder fortfarande oenighet om i vilken utsträckning skillnader mellan olika befolkningsgruppers inflytande och resurser påverkar folkhälsans nivå. Men att sådana skillnader påverkar hälsans fördelning är konstaterat. I Figur 2 presenteras två illustrationer av samhällets jämlikhetsutveckling över de senaste fyra decennierna. Den ena avser ökad jämställdhet i meningen minskade skillnader mellan kvinnor och män, medan den andra avser ökad ojämlikhet i meningen ökade skillnader mellan socioekonomiska grupper. Jämställdhet indikeras av mäns andel av föräldraledighet, vilket speglar fördelning av den omsorg och det arbete som utförs i hemmet. Jämlikhet indikeras av ett mått på inkomstspridning, vilket speglar fördelning av ställning inom eller utanför arbetsmarknaden. En slutsats man kan dra är att uppfattningen om samhällets utveckling av (o)jämlikhet beror på hur man mäter det, och mellan vilka grupper analysen görs. Analys av inkomtskillnader mellan kvinnor och män skulle till exempel

ge en annan bild av jämställdhetsutvecklingen, och analys av föräldraledighetsskillnader mellan sociala grupper skulle ge en annan bild av jämlikhetsutvecklingen. Avgörande för analysen av hur jämställdheten mellan könen påverkar folkhälsan är vidare hänsyn till biologiska faktorer, sociala faktorer samt kombinationen av biologiska och sociala faktorer.

Det är vedertagen kunskap att risken för ohälsa, sjukdom och förtidig död är lägre bland socialt privilegierade grupper än bland mindre privilegierade grupper. Beträffande bestämningsfaktorer för hälsa finns det dock avvikelser som kan behöva problematiseras, vilket illustreras i Figur 3. Andelen som rapporterar att de har varit utsatta för kränkande bemötande är högre bland individer med hög jämfört med låg utbildning (Figur 3a). Och andelen som är rädd för att gå ut ensam är fem gånger högre bland kvinnor än bland män, medan andelen som äter lite frukt och grönt är dubbelt så hög bland män



Figur 2. Utvecklingen av Jämställdhet (mäns andel av föräldradighet, Försäkringskassan 2013) och Ojämlikhet (andel av total inkomstsumma hos individer i familjeenheter med de högsta 10% av inkomsterna, Statistiska centralbyrån 2013).

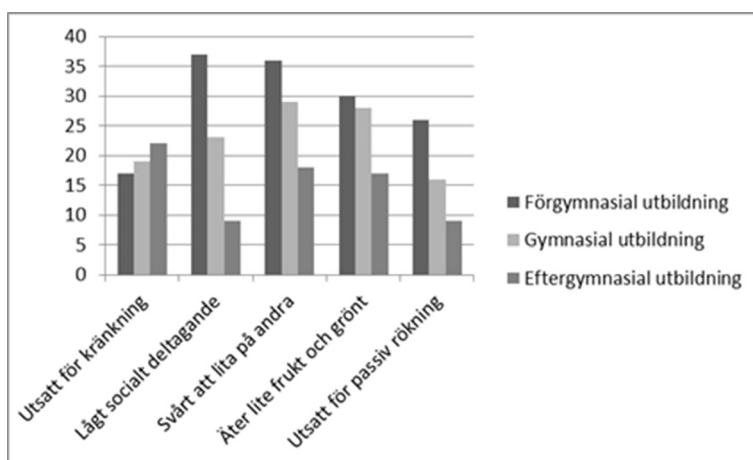
jämfört med kvinnor (Figur 3b). När det gäller skillnader mellan typer av kommun framgår att den sammanlagda ”bördan” av illustrerade livsvillkor och levnadsvanor är ungefär samma mellan storstad och glesbygd (Figur 3c), men också att exempelvis lågt socialt deltagande är vanligare i glesbygdskommuner och att någonsin ha rökt cannabis är betydligt vanligare i storstäder.

Folkhälsans värdeprenisser

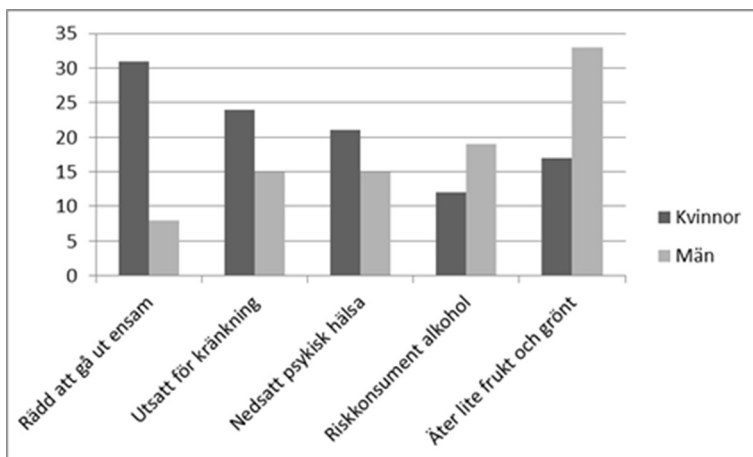
Överordnade etiska principer

Folkhälsoarbetet innehåller en mängd etiska dimensioner som beslutsfattare och de som arbetar med folkhälsa har att ta ställning till. Tre väletablerade och överordnade etiska principer i ett folkhälsoperspektiv är:

- Autonomiprincipen: det är en mora-



Figur 3a. Utbildningsgrupper – skillnader i ett urval av (negativa) folkhälsorelevanta mått, Folkhälsomyndigheten, Nationella folkhälsoenkäten 2013.



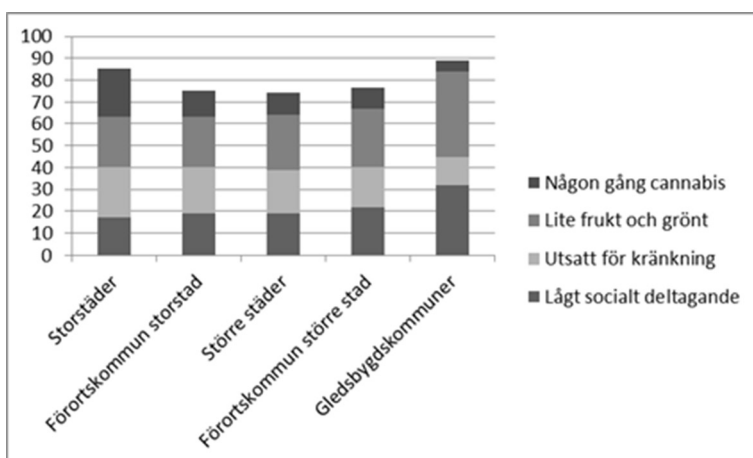
Figur 3b. Kvinnor och män – skillnader i ett urval av (negativa) folkhälsorelevanta mått, Folkhälsomyndigheten, Nationella folkhälsoenkäten 2013.

- lisk skyldighet att respektera allas rätt att fritt bestämma över sig själv och sina tillgångar,
- Omsorgsprincipen: det är en moralisk skyldighet att inte skada, att minska och förebygga lidande och att främja välbefinnande,
 - Rättvisepincipen: det är en moralisk skyldighet att gynna de sämst ställda vid fördelning av rättigheter och skyldigheter.

Dessa principer kan i sin tur spåras till välkända moralfilosofiska teorier om hur samhället bör vara organiserat såsom libertarianism, utilitarism och socialliberalism.

Begreppet jämlikhet i hälsa

Det är möjligt att relatera begreppet ”jämlikhet i hälsa” till olika etiska principer och man måste därför fråga sig, med Amartya Sens ord, ”jämlikhet i



Figur 3c. Kommungrupper – skillnader i ett urval av (negativa) folkhälsorelevanta mått, Folkhälsomyndigheten, Nationella folkhälsoenkäten 2013.

vad?”. Goda sociala förutsättningar är bra för de flesta aspekter av hälsa vilket i sin tur gynnar ett gott liv. Men svaret är inte alltid självklart. Livstidshälsan är till exempel högre bland kvinnor än bland män trots att kvinnor har en lägre social position i samhället. Ett annat komplicerande exempel är att trots jämlik tillgång till hälsosam skolmat och kulturellt utbud konsumeras de i olika grad av olika sociala grupper.

Ett alternativ beträffande ”jämlighet i vad?” är att i folkhälsooperspektivet fokusera på jämlighet i hälsoutfall. Eftersom kvinnor och män, storstäder och glesbygdskommuner, kan ha fördel i olika hälsoutfall kräver detta ett ställningstagande av slaget: Ska man eftersträva jämlighet i enskilda aspekter eller sammanfattande mått? Ska man särskilt fokusera jämlighet mellan vissa grupper/områden? Och så vidare. *Ett annat alternativ* är att fokusera på jämlighet i hälsans bestämningsfaktorer. Ett motiv till detta är att en jämnare fördelning av utbildning, arbetsmiljö och boendestandard, tillgång till hälso- och sjukvård med mera också kan antas bidra till en jämnare fördelning av de flesta aspekter av hälsa. *Ett tredje alternativ* är att utgå från den avgörande välfärdsdimensionen i svensk politik, som är att människan ska ha tillgång till de resurser som krävs för att medvetet kunna kontrollera och styra sina livsvillkor. I ett folkhälsooperspektiv skulle detta innebära att det är ohälsans konsekvenser för möjligheten att påverka sitt liv som är avgörande för valet av jämlighetsdimension.

Enligt den nuvarande folkhälso-

politiken är det jämlighet i ”den goda hälsans villkor” som är det centrala och i exempelvis Folkhälsomyndighetens instruktion beaktas jämlighet i termer av att ”fokus ska vara målgrupper med störst risk för ohälsa”. Det finns skäl för alla verksamma inom folkhälsoområdet att reflektera över vad som är den viktiga dimensionen av jämlighet i hälsa. Men huruvida det ska definieras i termer av bestämningsfaktorer, hälsa eller konsekvenser av ohälsa är i slutändan en politisk fråga.

Nya kombinationer av fakta- och värdepremisser

En central grund för allt folkhälsoarbete är Förenta Nationernas deklARATION om mänskliga rättigheter från 1948. Under de senaste 10 åren har det tillkommit begrepp och verksamheter inom folkhälsoområdet, eller snarare en kombination av tidigare och senare, med koppling till jämlighet i hälsa.

Hållbar utveckling

Begreppet hållbar utveckling fick internationell spridning genom FN-rapporten Vår gemensamma framtid, den så kallade ”Brundtlandrapporten” (1987). Definitionen är enligt rapporten: ”En utveckling som tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillgodose sina behov.” Under FNs miljökonferens i Rio 1992 specificerades att: ”Sambandsutvecklingen anses hållbar under förutsättningar att ekologiska, sociala, ekonomiska faktorer kan fås att samverka.” Det finns inga exakta definitioner, men ofta refererat innehåll i respektive hållbarhetsdimension är:

tema

Ekologisk hållbarhet handlar om att miljön ska skyddas och det naturliga kretsloppet värnas

Ekonomisk hållbarhet handlar om hushållning med resurser och villkor för tillväxt och välfärd

Social hållbarhet handlar om värden som demokrati, rättvisa, livsvillkor och livsstilar

Folkhälsa sorteras ofta in i den sociala dimensionen av hållbar utveckling, men hälsans bestämningsfaktorer och konsekvenser kan återfinnas inom alla de tre dimensionerna.

Sociala determinanter, investeringar och fonder

Utgångspunkten för Marmot-kommissionens (Commission on Social Determinants of Health, CSDH, 2008) bildande och arbete var att det finns åtgärdbara skillnader i hälsa och dödlighet inom och mellan länder som beror på skillnader i ekonomiska och sociala förutsättningar. Enligt kommissionens mening är detta orättvist: "Where systematic differences in health are judged to be avoidable by reasonable action they are, quite simply, unfair. It is this that we label health inequity." Man menade att ett samhälles utvecklingsgrad kan bedömas med kvaliteten på folkhälsan, hur rättvist hälsan är fördelad och i vilken utsträckning samhället hjälper när ohälsa uppträder. Kommissionen uppmanade alla världens länder att investera i hälsans *sociala determinanter* för att kunna åstadkomma "rättvis hälsa inom loppet av en generation". De tre övergripande rekommendationerna och principerna för handling som presenterades i slutrapporten var:

- Förbättra vardagslivets villkor
- Motverka den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser
- Mät problemet och utvärdera åtgärder

Den första svenska lokala efterföljaren till Marmot-kommissionens arbete var "Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö" med det övergripande målet om minskade skillnader i hälsa. I direktiven framgår fem motiv till att sätta hälsan i centrum för samhällsplanering: Mänskliga rättigheter, Hållbarhet, Samhällsintegration och delaktighet, Genus- och jämställdhet och Sociala investeringar. I kommissionens slutrapport (2013) presenterades en rad åtgärdsförslag inom fem rekommenderade områden och under våren 2014 fattades beslut om att Malmö ska fortsätta arbeta utifrån kommissionens slutsatser.

Under rubriken "Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa" arbetade också Sveriges kommuner och landsting (SKL) tillsammans med 20 kommuner, landsting och regioner under åren 2011-2013 med ledning av Marmot-kommissionens arbete med sociala bestämningsfaktorer för hälsa. SKL är också en av många organisationer som i ökad utsträckning arbetar med begreppet *sociala investeringar*, vilket utgår ifrån de omfattande kostnader som utanförskap innebär för samhället. Med så kallade *sociala investeringsfonder*, avslutningsvis, kan de besparingar som görs när utanförskap förhindras öronmärkas för framtida sociala investeringar (SKL 2013, 2014).

Nya Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten är en ny myndighet. Verksamheten, som ska ta till vara på kunskap och erfarenhet från Smittskyddsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen, är under uppbyggnad. Detta innebär att de frågor som diskuteras i denna artikel i flera avseenden fortfarande är öppna. Stora delar av den verksamhet som bedrivs idag är också en fortsättning på uppdrag som påbörjades inom de tidigare myndigheterna. Generellt gäller att myndigheten ska verka för god folkhälsa med fokus på grupper som löper störst risk för ohälsa (2013:2010). I detta ingår att sammanställa befintlig forskning, att följa upp trender och utvärdera insatser, samt att presentera den samlade kunskapen för myndighetens målgrupper. Genom att fullgöra detta uppdrag bidrar myndigheten löpande till jämlikhet i hälsa.

Ett exempel på myndighetens explicita verksamhet för jämlikhet i hälsa är ”Mötesplats social hållbarhet”, som är ett samarbete med SKL. På mötesplatsens första nationella konferens (2014) deltog representanter från kommuner, landsting/regioner, idéburen sektor, näringsliv och forskare däribland Michael Marmot. Målet är att stödja utvecklingen av välfärden på ett socialt hållbart sätt. Mötesplatsen ska bidra till att utjämna hälsoskillnader och tillgodose människors grundläggande behov och rättigheter genom att vara en mötesplats för kunskaps- och erfarenhetsutbyte. Ett centralt uppdrag med koppling till sociala bestämningsfaktorer inom myndigheten är vidare analyser av hur utbildningsnivåerna

utvecklas i befolkningen ur ett folkhälso- respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv (S2013/3in/FS). Ett av deluppdragen handlar om att utreda det kausala sambandet mellan utbildning och hälsa, ett annat om hälsoekonomisk utvärdering av insatser för individer med låg utbildning.

Bland myndighetens pågående arbeten kan också nämnas ett uppdrag om att sammanställa forskning om cannabis (S2012/3114/FST) med det preliminära resultatet att det är kostnadsbesparande att arbeta förebyggande mot cannabis i områden som präglas av utanförskap. Inom verksamheten barn och ungdomar har myndigheten nyligen visat att föräldrastödsprogram som inriktas på beteendeproblematik ger stora hälsoeffekter och kostnadsbesparingar (S2010/3577/FH, S2012/2790/FST). Myndigheten deltar också i ett nationellt utvecklingsarbete av stöd till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom eller där våld förekommer (S2011/6353/FST). När det gäller målgruppen äldre har myndigheten ett uppdrag om att utveckla en samverkansmodell för hälsosamt åldrande (S2010/2056/FST) baserat på att hälsocoacher bland pensionärer har visat sig framgångsrikt mätt i folkhälsa och samhällsekonomi.

Myndighetens arbete mot ojämlikhet i hälsa illustreras slutligen väl inom målområdet Sexualitet och Reproduktiv hälsa. Detta rymmer uppdrag som tar hänsyn till samtliga diskrimineringsgrunder enligt diskrimineringslagen: kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan

trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Samband mellan tidigare och senare begrepp

Det finns begreppsmässiga och faktiska samband mellan sociala determinanter, sociala investeringar, social hållbarhet, folkhälsopolitikens målområden, folkhälsoarbete, alla dimensioner av hållbar utveckling samt jämlikhet i hälsa. Nedan gör vi ett försök att knyta samman dessa.

• Samband mellan sociala determinanter och målområden

Det är givetvis så att det finns ett samband mellan sociala determinanter och folkhälsopolitikens målområden. Marmot-kommissionens rekommendationer handlar om att grundläggande strukturella förutsättningar genom hela livet ska vara rättvist fördelade, vilket i första hand svarar mot målområdena 1-4 (Delaktighet och inflytande i samhället, Ekonomiska och sociala förutsättningar, Barns och ungas uppväxtvillkor, Hälsa i arbetslivet). Men de sociala bestämningsfaktorerna har också betydelse för utvecklingen inom alla övriga målområden.

• Samband mellan sociala investeringar och folkhälsoarbete

Det är möjligt att tolka motivet till sociala investeringar som i första hand (retoriskt) budgetrelaterat och motivet till folkhälsoarbete som i första hand hälsorelaterat. Men budgeten påverkar folkhälsan och folkhälsan påverkar budgeten. Utanförskap påverkar framtida hälsa och välbefinnande, och hälsofrämjande och sjukdomsförebyg-

gande insatser bör motverka utanförskap. I likhet med sociala investeringar handlar folkhälsoarbete om satsningar idag för vinster i framtiden och för båda begreppen är jämlikhet i hälsa en central etisk princip.

• Samband mellan social hållbarhet och jämlikhet i hälsa

I en underlagsrapport till Malmö-kommissionens arbete diskuteras sambandet social hållbarhet och hälsans ojämlikhet med hjälp av ett antal påstående (Östergren 2012). Det avslutande är att "Hälsans jämlikhet är ett mått på social hållbarhet". En tolkning skulle kunna vara att jämlikhet i hälsa och social hållbarhet kan vara parallella processer, att den ena inte nödvändigtvis påverkar den andra. När SKL skriver att "Minskade skillnader i hälsa skapar goda förutsättningar för ett socialt hållbart samhälle och att mänskliga rättigheter tillgodoses" (Slutrapport 2013) är en tänkbar tolkning att jämlikhet i hälsa påverkar social hållbarhet snarare än tvärtom. En tredje möjlighet är att graden av social hållbarhet påverkar graden av jämlikhet i hälsa.

• Samband mellan folkhälsa och hållbar utveckling

Folkhälsan bestäms av ekonomiska, sociala och ekologiska bestämningsfaktorer och folkhälsoarbetet innehåller insatser inriktade på samtliga dimensioner. Dessutom bör utvärderingar av om insatserna bidrar till folkhälsomålet inkludera hälsoekonomisk analys (den ekonomiska dimensionen) och etiska överväganden (den sociala dimensionen) med beaktande av miljö kvalitetsmål (den ekologiska dimensionen).

Social hållbarhet är den minst precisa hållbarhetsdimensionen och ingen kan motsätta sig att jämlikhet i hälsa ryms inom denna. Men det kan också vara så att folkhälsoarbetet skulle gynnas av att i ökad utsträckning kopplas till även ekonomisk och ekologisk hållbarhet, och motsatt, att hållbar utveckling skulle gynnas av ökat folkhälsofokus.

Utvecklingsförslag

Folkhälsomyndigheten föreslår kontinuerligt samhälleliga insatser för en mer jämlik hälsa, strukturella såväl som individuella. I denna artikel väljer vi att fokusera på den analytiska utveckling som behövs för uppföljning och utvärdering. Förslagen utgår från den pragmatiska och mycket rimliga definitionen av ojämlikhet i hälsa som Marmot-kommissionen gör: ”systematiska skillnader i hälsa som är möjliga att åtgärda är orättvisa” (Commission on Social Determinants of Health, CSDH, 2008.). Men detta betyder inte att frågan är löst. Finns det till exempel stöd för att kompensera nackdel i ett hälsomått med fördel i ett annat? Vem avgör om viss ohälsa är värre än annan ohälsa? Vad är samhällets preferens för jämlikhet (eller aversion mot ojämlikhet) vid målkonflikt mellan nivå och fördelning? Dessa frågor kan studeras genom att människor tvingas att välja mellan olika scenarios där effektivitet ställs mot rättvisa, autonomi mot omsorg, och så vidare. I praktiken är den rimliga hållningen att forskare och tjänstemän rapporterar fakta på ett sätt som ger politiker möjlighet att fatta informerade beslut.

1. Valet av ojämlikhetsmått

Den vanligaste metoden för illustration av ojämlikhet i hälsa är att beskriva hälsoutfall stratifierat på diskrimineringsgrunder, socioekonomiska grupper, geografiska områden och så vidare. Men för att kunna följa och analysera jämlikhet i hälsa över tid och mellan grupper bör nya metoder och mått utvecklas, eller snarare, konsekvent användas. Dessa bör vara möjliga att rangordna från absolut ojämlikhet till absolut jämlikhet med kompletterande information om storleken på skillnaderna. Man bör undersöka användbarheten av den så kallade Ginikoefficienten och av koncentrationsindex för spridning av hälsa samt kompletterande mått. Metodutvecklingen bör också inkludera möjligheten att kombinera relativ och absolut ojämlikhet i ett mått, vilket kräver (normativ) ställning om preferens/viktning av de båda jämlikhetsaspekterna.

2. Valet av hälsomått

För effektiv uppföljning av ojämlikhet i hälsa krävs förmodligen ett urval av särskilt viktiga hälsorelaterade mått inom varje folkhälsopolitiskt målområde. Dessa kan vara enkla (andel behöriga till högskolan, upptäckt smitta, osv.) och sammanfattande (index välfärdsresurser, riskkonsumtion av alkohol, livstidshälsa, osv.). Urvalet bör beakta vedertagen kunskap, såsom att riskfaktorerna ohälsosam mat och fysisk inaktivitet orsakar stor sjukdomsborða och dessutom är ojämnt fördelade (motiveras av både absolut och relativ ojämlikhet), medan till exempel HIV orsakar liten sjukdomsborða men skiljer sig väsentligt avseende diskrimi-

neringsgrunder (motiveras av relativ ojämlikhet) (GDB 2010). Det kräver också ett system för att upptäcka ”nya” ojämlikheter mellan grupper/områden (eller kombinationer av dessa) och hälsomått (nya kemikalier, hormonpåverkan, droger, etc.).

3. Epidemiologisk analys

Centrala frågor för den epidemiologiska analysen av jämlikhet i hälsa är om jämlikhet i bestämningsfaktorer motsvaras av jämlikhet i hälsa, om ojämlikhet i bestämningsfaktorer påverkar nivåer av hälsa, och hur ojämlikhet i bestämningsfaktorer påverkar ojämlikhet i hälsa. I sin enklaste form kan det handla om att stratifiera samband på grupper/områden. Men det krävs också fler explicita analyser av samband mellan ojämlikhet i determinant (relativ och absolut) och/eller utfall (relativ och absolut). Genomgående epidemiologisk fråga är om analysen kräver individuella data, aggregerade data eller kombination av dessa (t ex eget betyg i kombination med betygspredning i klassen på ett barns psykiska hälsa).

4. Utvärdering av insatser

Mycket av folkhälsoarbetet är inriktat på grupper som är särskilt utsatta för hälsorisker såsom barn i familjer med missbruk, arbetslösa män i glesbygdskommuner, utlandsfödda kvinnor, HBTQ-personer och så vidare. När sådana insatser är effektiva gynnas automatiskt jämlikheten i hälsa, men denna automatik gäller inte för breda insatser och reformer. Ett enkelt svar på om insatsen bidrar till ökad eller minskad ojämlikhet får man genom att stratifiera effektiviteten i grupper/områden.

Men för att mer konsekvent kunna studera effekter på jämlikhet i hälsa av olika folkhälsoinsatser krävs mått av det slag som presenterades under punkt 1.

Slutkommentar

Det är vedertagen kunskap att framgångsrikt folkhälsoarbete förutsätter fungerande system för barnomsorg, skola, arbetsvillkor, socialförsäkring, miljöreglering och så vidare i kombination med insatser riktade mot särskilda hälsorisker och till utsatta grupper. Begrepp som sociala investeringar uppmärksammar värdet av främjande och förebyggande insatser, även om det inte är fråga om något nytt ur folkhälsoperspektivet. Det nya är snarare det ökade fokus som jämlik hälsa och social hållbarhet fått, framförallt på grund av Marmot-kommissionens arbete. Som framgår av denna artikel saknas fortfarande kunskap om avgörande samband och optimala insatser. Den nya Folkhälsomyndigheten ser det som en stor utmaning att utveckla metoder för insamling och analys av data för ökad förståelse av åtgärdbara orsaker till den ojämlika hälsan och med vilka insatser ojämlikheterna kan motverkas. Med den kunskapen hoppas vi att Sverige ska kunna arbeta för jämlikhet i hälsa på ett etiskt och kostnadseffektivt sätt, med siktet att eliminera hälsoskillnaderna inom en generation.

Referenser

- Commission on Social Determinants of Health (CSDH). 2008. 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 (Marmot commission). Geneva: World Health Organization, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
- En förnyad folkhälsopolitik. 2007. Prop. 2007/08:110. Mål och prioriteringar för folkhälsa
- Folkhälsomyndigheten. 2014. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/>
- Förenta Nationerna (FN). 1948. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Förenta Nationerna (FN). 1987. Our common future. "Brundtlandrapporten". http://conspect.nl/pdf/Our_Common_Future-Brundtland_Report_1987.pdf
- Förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten
- Försäkringskassan. (2013). Statistik och analys. Föräldrapenning. http://www.forsakringskassan.se/statistik/barnochfamilj/foraldrapenning/tut/p/b1/04_Sj9CPyksy0xPLMnMz0vMAFGj-zOKNDQ0MLJ0MHQ0szALNDTxDLD-3Nff1NDQ2czIEKIoEKDHAARwO8-r1MofRCoIcgQpcwgIDPFyMjYN9zImz-H48FBPSH60eBleDzAZoZGE7088jPT-dUvyA0NjTDIMgEAunN12g!!/d14/d5/L2dJQSEvUUt3QS80SmtFL1o2XzMxM-DA5QjFBMDg2UTewSVQ5STdNTzUxRzY2/
- Global Burden of Disease study (GBD 2010) Sweden. 2010. <http://ghdx.healthdata.org/record/sweden-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010>
- European Commission. 2014. Investing in Health http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf
- Kommission för ett socialt hållbart Malmö. 2013. Malmös väg mot en hållbar framtid, Hälsa, Välfärd och Rättvisa. http://www.malmo.se/download/18.3108a6ec1445513e589b90/1393252127222/malmo%CC%88kommissionen_slutrapport_2014.pdf
- Statistiska centralbyrån (SCB). 2014. Demografisk analys. http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Demografisk-analys/
- Statistiska centralbyrån (SCB). 2013. Inkomstfördelningen 1975–2012. http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Hushallens-ekonomi/Inkomster-och-inkomstfordelning/Hushallens-ekonomi-HEK/7289/7296/Inkomster-19752011/163550/
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). 2013. Gör jämlikt – Gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa. http://www.skl.se/BinaryLoader.axd?OwnerID=055e7090-ef93-47e4-908e-4e5df398ced5&OwnerType=0&PropertyName=EmbeddedImg_8ea1de34-0735-49ce-aa87-abdc4220415&FileName=Rapport+G%c3%b6r+j%c3%a4mlikt++g%c3%b6r+skillnad!+fullversion+2013.pdf&Attachment=False

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). 2014. Guide för effektutvärdering av sociala investeringsprojekt. Psynk – psykisk hälsa för barn och ungdom - projektet. http://www.skl.se/BinaryLoader.axd?OwnerID=ecae600f-b978-4ef9-b250-7fe3a8ffdf5&OwnerType=0&Propertyname=EmbeddedImg_f3e72896-f722-4280-8ee5-884111e86a9d&FileName=SKL_Utv%c3%a4rderingsguide_Print_webb.pdf&Attachment=False

Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5). 1995. Nationella folkhälsokommittén (S 1995:14) Kommittéberättelse 1995:S14 Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan SOU 2000:91 Betänkande från Nationella folkhälsokommittén

Proposition 2002/03:35. 2002. Mål för folkhälsan.

Östergren PO. 2012. Hur hänger en socialt hållbar utveckling och hälsans jämlikhet ihop? Ett försök att besvara denna fråga med hjälp av en systemteoretisk ansats. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. http://www.malmo.se/download/18.d8bc6b31373089f7d9800027317/1383647137444/PO_%C3%96stergren_H%C3%A4lsans+j%C3%A4mlikhet+och+social+h%C3%A5llbarhet.pdf

Annonsering i SMT

En annons i Socialmedicinsk tidskrift når många olika grupper av intresserade och medvetna läsare. Som annonsör finns det möjlighet att annonsera både i tidskriften och på hemsidan. Genom att många av prenumeranterna är bibliotek och institutioner når tidskriften ut till en avsevärt bredare läsekrets än vad som indiceras av antalet prenumeranter. Bland dessa läsare finns allmänhet, tjänstemän i kommuner och landsting, politiker, personer som arbetar inom socialtjänst, vård och omsorg, studenter och forskare vid universiteten m fl.

Annonspriserna för annons i tidskriften år 2014 följer nedan, moms och eventuella kostnader för sättning och repro tillkommer:

- | | |
|--|---------|
| • Hellsida baksida omslag 165 x 242 mm | 7000 kr |
| • Hellsida insida av omslag | 5000 kr |
| • Hellsida inlaga | 4000 kr |
| • ½ sida | 3500 kr |
| • ¼ sida | 2000 kr |

För tryckta annonser kan 4-färg fås på omslaget mot kostnadstillägg. Normalt trycker vi inlaga i svart och omslaget i svart + dekorfärg.

För frågor om och beställning av annons i tidningen eller på hemsidan - kontakta: redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se