

Från Santiago till Malmö...och sen?

Denny Vågerö

Professor i medicinsk sociologi vid Centre for Health Equity Studies (CHES). F d kommissionär i Malmökommissionen samt WHO:s Commission on Social Determinants of Health och medlem av WHO Europas "Review on Social Determinants and the Health Divide in Europe". E-post: denny.vagero@chess.su.se.

Den globala ojämlikheten i hälsa är förskräckande. WHO:s Commission on Social Determinants of Health gav en gammal insikt en ny och vassare formulering: De sociala villkoren under vilka vi växer upp, arbetar, lever och åldras är avgörande för vår hälsa; globalt, nationellt och lokalt. Redan vid det första mötet i Santiago ställdes frågan: Vilka är förutsättningarna för att denna insikt tas på allvar och att våra rekommendationer förverkligas när kommissionen väl lämnat sin rapport? Utifrån nutida och historisk erfarenhet diskuteras betydelsen av sociala rörelser. De olika kommissioner vi sett, från Santiago till Malmö, kan uppfattas som en "lång marsch genom institutionerna", buren av en folkhälsopolitisk idé, och understödd av en bred social rörelse, globalt och lokalt. Malmökommissionen inspirerar olika aktörer i Sverige. En svensk nationell kommission står för dörren.

Global health inequalities are appallingly large and the world community must rise to the challenge. The Commission on Social Determinants of Health (CSDH) gave an old idea a new and sharper formulation: The social conditions under which we grow up, work, live and age are prime determinants of health. Globally, nationally and locally. At the very first meeting of the CSDH, in Santiago, the following question was already in focus: How do we make sure that this idea and our recommendations should be taken seriously and have a chance to be implemented. Present and historical experience suggests that a social movement is crucial. A series of health commissions, from Santiago to Malmö, can be seen as a long march through the institutions, inspiring and at the same time being feed by a larger social movement, which is both local and global in character. Malmö is now inspiring a larger movement in Sweden, which has now touched the national government.

Santiago de Chile, April 2005. WHO:s globala kommission för jämlik hälsa, "Commission on Social Determinants of Health" träffas för första gången. De olika öppningsanföranden som introducerade kommissionen var alla fyllda av förhoppningar och uttryckte

stor optimism. Ett undantag fanns, ordföranden i WHO:s exekutivkommitté, David Gunnarsson från Island, valde att bjuda på en kalldusch. Han varnade oss för att vårt arbete mycket väl kunde sluta som en rapport på WHO:s generaldirektörs hylla, där den

långsamt skulle dö sotsdöden. Ville vi att våra förslag skulle tas på allvar och genomföras? I så fall måste det genomgå vårt arbete från början. Man kan inte förneka att hans varning var befogad. Men även förhoppningarna var befogade. Kommissionen bestod både av ledande experter, varav en nobelpristagare, och flera tunga politiker, varav två f.d. presidenter. Det skulle visa sig vara en lyckad kombination.

De globala skillnaderna i hälsa vid denna tidpunkt var enorma; skillnaden i förväntad livslängd för en nyfödd flicka var 40 år mellan det mest och det minst gynnade landet. Sedan 1985/90 ökade de globala skillnaderna i förväntad livslängd. Genomförandet av milleniemålen för hälsa gick trögt. WHO riskerade dessutom att tappa ledningen i global hälsa till andra hälsoaktörer, såsom Världsbanken, UNDP eller Gates Foundation. Det var ett prekärt läge, och rätt läge för att tänka radikalt nytt. Radikalt betyder ju att gå till roten; roten till de globala hälsoproblemen låg kanske i den globala sociala och politiska ordningen? Doktor Lee Jong-wook, WHO:s generaldirektör behövde en samling förslag och åtgärder som kunde återge WHO ledningen och vända trenden av ökad global ojämlikhet i hälsa. I kommissionens slutrapport tre år senare kom den mest radikala av de tre huvudrekommendationerna att bli denna: "Tackle the inequitable distribution of power, money, and resources" (1). Det globala systemet med dess extrema ojämlikheter hade ställts i fokus. Men även det lokala hade betonats, såsom lokala arbetsmarknader och stadsplanering. Ett

särskilt "kunskapsnätverk" hade arbetat med att ställa samman kunskap om urbana miljöer, med fokus på urban slum (2). Det globala och det lokala var lika närvarande.

Från sitt första möte brottades kommissionen med frågan om hur dess arbete och dess rekommendationer skulle kunna omsättas i praktisk handling; hur bär man sig åt för att en slutrapport inte drunknar bland alla andra rapporter, händelser och kriser som ständigt pockar på allmänhetens och politikernas uppmärksamhet. Skulle vi överhuvudtaget skriva någon rapport? Ja, det skulle vi, men vi skulle också diskutera, löpande vid varje kommissionsmöte, hur vi breddar diskussionen till att växa utanför oss själva. Vi skulle bedriva dialog med civilsamhället och bilda kunskapsnätverk kring de olika områden där vi så småningom skulle formulera rekommendationer. Det upplägget blev också mönsterbildande för kommande kommissioner.

Åtta år senare, när Malmökommissionen redovisade sin slutrapport på Moriska Palatset i Malmö, reflekterade Michael Marmot: "Hur skall vi bedöma om WHO-kommissionens arbete var framgångsrikt eller ej? Vilka indikatorer skall vi avläsa? Malmökommissionen och dess arbete är en indikation; den visar på att vi nu har en global rörelse för en mer jämlik hälsa. Vi har varit framgångsrika". Ja, det finns en direkt linje mellan Santiago och Malmö; och de är yttringar av samma globala intellektuella och sociala rörelse.

”Vi behöver en social rörelse för bättre och mer jämlik hälsa”

I november 2007 träffades WHO-kommissionen i New Orleans. Vi var inbjudna av ”The Satcher Health Leadership Institute”. David Satcher var en av medlemmarna i kommissionen. Han hade varit ”Surgeon General” i USA och aktivist i medborgarrörelsen under Martin Luther King. Den amerikanska regeringen under George Bush var skeptisk mot WHO-kommissionen och gav den inget stöd överhuvudtaget; det amerikanska civilsamhället gav däremot stöd på många sätt. Robert Wood Johnsons Foundation sponsrade mötet. En stor del av mötet handlade om konsekvenserna av klimatförändringarna. Vi fick se resultatet av orkanen Katrinas härjningar i staden, och lärde oss om dess konsekvenser i form av oro, ängslan, psykisk ohälsa och massiv migration ut ur staden. Vad kan en stads politiker och förvaltning göra för att bygga upp en stad som i stora delar förstörts? Den nationella regeringen har ett ansvar, men det visade sig inte räcka långt i det här fallet. Klimatdestabilisering behöver mötas genom beslut på global och nationell nivå men dess konsekvenser kräver ofta lokal planering och nytänkande inom stadsbyggnad och fysisk miljö. En av kommissionens klimatkussioner fördes över till Tällberg Forum 2008. Ulla-Britt Fräjdin-Hellqvist, senare chef för Stiftelsen för Strategisk Forskning, ledde en workshop kring frågan om hur man utvecklar världens städer, och särskilt dess omgivande slumområden, till hälsosamma boen-

demiljöer med minsta möjliga klimatpåverkan, s.k. ”green slum upgrading”.

Hur får vi gensvar för nya ideer? David Satcher drog paralleller till arbetet för medborgarrätt. ”We need a social movement”. Allmänheten måste förstå vad vi vill. Om vi vill verka för allas lika rätt till hälsa genom att påverka den sociala och politiska utvecklingen så måste vi föra ut diskussionen till en mycket bredare publik än den som läser rapporter och utredningar. Att vi behöver inspirera en social rörelse blev närmast ett mantra från kommissionen efter mötet i New Orleans. Det var så vi skulle förbli relevanta efter det att vårt eget arbete upphört. Tre månader senare, februari 2008, lanserade Robert Wood Johnsons Foundation sin egen ”Commission to build a healthier America” (3). Det var bara ett av flera liknande initiativ. Senare samma år, i november, beslöt Gordon Browns brittiska regering att lansera ”The Marmot Review on Health Inequalities post 2010” (4). Redan tidigare, under 2006, hade Brasiliens president, Lula da Silva, beslutat inrätta en brasiliansk kommission för jämlik hälsa (5). Inom EU togs flera initiativ, utförligt beskrivna av Cristina Mattson Lundberg i SMT 4, 2011 (6). I Danmark ledde Finn Diderichsen en dansk kommission vars rapport, publicerad 2011, fick namnet ”Ulighed og Sundhed” (7). I Norge rapporterade Espen Dahls kommission sitt arbete våren 2014 (8). WHO:s Europakontor initierade en egen kommission, även denna ledd av Michael Marmot. Dess ”Review on Social Determinants and the Health Divide in the WHO European Region” redovisades under 2013

(9). WHO:s europeiska kommission förlade ett av sina möten till Malmö och träffade Malmökommissionen för gemensamma överläggningar.

Det hela liknade verkligen en form av rörelse. Men var det en social rörelse?

Den långa marschen genom institutionerna

I Nationalencyklopedin beskriver Tomas Brante en social rörelse på följande sätt: ”organiserad kollektiv handling i syfte att förändra eller bevara ett samhällsligt tillstånd utan att använda traditionella politiska metoder (som att forma eller gå in i ett politiskt parti).” Begreppet folkrörelse är besläktat. ”En folkrörelse har sin ursprungliga betydelse av att vara ”folk i rörelse” mot vad som uppfattas som missförhållanden i samhället eller världen. Betoningen ligger på kollektiv handling som på något sätt försvarar eller önskar förändra

sociala förhållanden, helst med en viss uthållighet över tiden.” (Nationalencyklopedin). Att genomföra ett kommissionsarbete och publicera rapporter är förstås en form av kollektivt handlande. Men det är knappast ekvivalent med ”folk i rörelse”.

David Satchers appell handlade ju inte enbart om att inrätta kommissioner av experter och politiker som resonerar fram bra lösningar på sociala och folkhälsoproblem. I stället handlar det om att förankra sådana initiativ i en social rörelse, som i sig själv är bredare än alla de kommissioner som den bär upp eller låter sig inspireras av. Kedjan av kommissioner, från Santiago till Malmö, kan kanske beskrivas med begreppet ”den långa marschen genom institutionerna”. En idé och ett program för sociala reformer föds och marscherar genom institutioner i flera länder; sätter avtryck och leder till diskussion;



Figur 1. Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö tillsammans med Professor Sir Michael Marmot och delegaterna i the European Review of social determinants and health divide

även till konkreta åtgärder i viss omfattning. Vackert så. Det är inte ännu en folkrörelse men kanske något som skapar förutsättningen för en sådan. Och i den mån man lyckas inspirera en genuin folklig rörelse så ger detta i sin tur näring och inspiration till ”marschen genom institutionerna”.

Lokala rörelser

Medborgarrättsrörelsen i USA var en sådan rörelse som David Satcher tänkte på. I WHO-kommissionen hade vi lärt känna en annan imponerande social rörelse: SEWA, ”self-employed women’s association”, i Indien. SEWA organiserar nära två miljoner fattiga kvinnor, mest arbetslösa eller egenföretagare i små omständigheter, ofta kastlösa. En av dess ledare, Mirai Chatterjee var medlem av kommissionen. Liksom den amerikanska medborgarrättsrörelsen bygger man i hög grad på lokal aktivism och inriktade sig samtidigt på lokala förändringar av levnadsvillkor och nationella förändringar av lagstiftning. Vi besökte Ahmedabad där SEWAs arbete burit frukt, bland annat i program för uppgradering av slumområden, dvs. tillgång till vatten, avlopp, elektricitet och tak över huvudet i slumområdena. Hälsorisker kunde undanröjas och barns fysiska och kognitiva utveckling underlättas. Programmet inspirerade kommissionens slutrapport som innehöll förslag till upprustning av slumområden över hela världen. Med lokal arbetskraft är det fullt realistiskt att genomföra i global skala. Även om det är kostsamt så presenterar ett sådant program hållbara investeringar för framtiden. Det som hindrar denna typ av reformer är ofta

politiska låsningar i lokalsamhället eller konflikter med lokala markintressen.

Frågan om vilket handlingsutrymme en lokalt vald regering har i en alltmer globaliserad värld diskuterades på ett gemensamt möte mellan Malmökommissionen och den europeiska kommissionen för jämlik hälsa, i mars 2011. Malmö brottades med stora sociala problem, växande ojämlikheter och ett konstant tryck från den globala omvärlden, t.ex. genom migration och flyktingströmmar. Detta syntes i både hälsostatistik, skolresultat och arbetsmarknadsdeltagande. Vad kan man göra lokalt? De båda kommissionernas gemensamma diskussion ledde snart till konsensus. Visst finns det handlingsmöjligheter lokalt. Och Malmö tycktes beredd att ta dessa.

Nationell ekonomisk utveckling och lokala rörelser för förbättrade villkor

Ett lands ekonomiska utveckling är i högre grad påverkbar från den kommandobrygga som en nationell regering utgör än från kommuner och landsting, även om de skulle agera i samverkan. Och inom regeringen gäller kanske att ”finansministern är viktigare än hälsoministern för befolkningens hälsa”, för att använda Richard Wilkinsons formulering. Men sambandet mellan ett lands ekonomiska utveckling och dess folkhälsa är inte särskilt enkelt. ”Vad används resurserna till” är en minst lika viktig fråga som ”hur stora är de?” Det gäller även lokalt. Och lokala beslut över lokala resurser kan spela stor roll för folkhälsan, vilket

historien lär oss.

För några decennier sedan rasade en diskussion kring Tomas McKeowns bok ”The role of medicine” (10). McKeown hävdade att medicinska innovationer hade spelat liten roll för livslängdens ökning under perioden 1848-1972, den period som han hade data för. I stället var det ekonomisk utveckling som var primärt avgörande för folkhälsan, troligen genom förbättrade nutritionsförhållanden, menade McKeown. Simon Szreter, en historiker från Cambridge, underkände McKeowns resonemang helt.

Szreters kritik (11) gick ut på att McKeown hade övervärderat den nationella ekonomiska utvecklingen och underskattat lokala sociala rörelser som arbetade för att förbättra lokala förhållanden. Det finns inget självklart samband mellan BNP-tillväxt och förbättrad hälsa inom en befolkning. I stället drevs framstegen inom folkhälsa av en ”battling public health ideology”, i hög grad byggd på nya vetenskapliga insikter om orsaker till ohälsa, som smutsigt vatten, otjänlig mat, trångboddhet eller hälsovådliga arbetsmiljöer. Man publicerade ”sanitary reports” och statistik över yrkes- och klasskillnader i hälsa. ”A battling public health ideology” var något som i hög grad påverkade lokal politik och som dessutom fick genomslag nationellt så småningom. Szreters analys bygger på den engelska utvecklingen men jag tror hans slutsatser är allmängiltiga.

Dagens vetenskapliga insikter om ohälsans sociala bestämningsfaktorer

får genomslag både globalt, nationellt och lokalt. Men vägen framåt är krokig. Det finns ingenting som säger att lokala initiativ måste avvakta en nationell regerings uppvaknande.

Malmökommissionen

April 2010. Lunch på Stallmästargården i Stockholm. Jag träffar tre personer från Malmö kommun, Katrin Stjernfeldt Jammeh, Anna Balkfors och Eva Renhammar. De vill diskutera idén om en Malmökommission, inspirerade av slutrapporten från WHO:s kommission för jämlik hälsa. Anna Balkfors, tjänsteman på kommunen, hade tipsat kommunens dåvarande socialborgarråd, Katrin Stjernfeldt Jammeh om kommissionens slutrapport ”Closing the gap”, med dess uppenbardeväckande slutsats: ”social injustice is killing people on a grand scale”.

Kunde Malmö följa WHO:s exempel och arbeta med en kommission för att hitta en väg mot ett socialt hållbart Malmö där sociala och hälsoklyftor gradvis bemästrades? Där klyftorna minskade i stället för att öka? Efter ett par timmar hade idén utkristalliserats: en oberoende kommission som arbetar på uppdrag av kommunstyrelsen bestående av forskare med relevant sakkunskap och tjänstemän från kommunen med ingående kännedom om kommunens problem och beslutsprocesser, men inga politiker. Den borde ledas av en kunnig, allmänt aktad och politiskt oberoende person.

Beslutet om att inrätta Malmökommissionen, i maj 2010, blev inledningen på ett sant pionjärarbete. Malmökom-

missionen gick systematiskt igenom de flesta politikområden som en kommun arbetar med. Därigenom skiljde sig Malmökommissionen från tidigare lokala kommissioner, i Liverpool och Islington, som båda hade en mer begränsad inriktning. Svenska kommuner har egen beskattningsrätt över kommuninvånarna och de arbetar i ett mer decentraliserat politiskt system än det brittiska. Svenska kommuner har helt enkelt större handlingsutrymme än brittiska.

Malmökommissionen har också blivit en inspirationskälla för andra kommuner och regioner i Sverige, som Västra Götalandsregionen och Region Östergötland. Sveriges kommuner och landsting, genom ”samling för hållbar utveckling”, har också fäst stor vikt vid Malmökommissionens arbete. I juni 2013 arrangerade WHO en ”Global Health Promotion Conference” i Helsingfors. Jag var inbjuden att berätta om Malmökommissionen. Intresset var mycket stort. Det var framförallt två typer av frågor som kom upp i diskussionen: dels hur Malmö kommer att arbeta med stadsbyggnadsfrågor för att få en social hållbar utveckling med mindre hälsoklyftor; dels flyktingars och migranters villkor och hälsa och hur man arbetar för att inlemma dem i staden.

Och sen...?

Stefan Löfven förklarade följande i sin regeringsförklaring:

"En kommission för jämlik hälsa inrättas. Hälsoklyftorna skall slutas inom en generation".

Löfvens formulering är en uppenbar referens till slutrapporten från den globala WHO-kommissionen: ”Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health”.

Ställningstagandet preciserades sedan i Budgetpropositionen år 2014:

"Det finns stora socioekonomiskt relaterade skillnader när det gäller hälsoutvecklingen. Det mest verkningsfulla medlet för en bättre folkhälsa är att minska de sociala och ekonomiska klyftorna. I syfte att åtgärda de växande hälsoskillnaderna i samhället avser regeringen att tillsätta en kommission för jämlik hälsa. Kommissionen ska t.ex. identifiera förhållanden som orsakar skillnader i hälsa samt lämna förslag för hur dessa kan minskas." (12)

Det liknar de direktiv som Malmökommissionen fick. Här finns ändå ingen direkt referens till de olika lokala initiativ som tagits i Sverige efter 2008, men det är uppenbart att dessa har spelat en stor roll. Mitt intryck, grundat på resor och möten över hela Sverige, är att kommun- och landstingssverige redan tidigt bestämde sig för att man ville ha en nationell kommission för bättre och mer jämlik hälsa.

Under den tidigare regeringen diskuterades frågan om en nationell kommission i riksdagen vid flera tillfällen. Luciano Astudillo, född i Santiago och riksdagsman för Malmö, ställde en enkel fråga till dåvarande folkhälsoministern, Maria Larsson, om hon inte borde ta ett sådant initiativ. Så gjorde även den närmast föregående regeringens folkhälsominister, Morgan Johans-

son. Miljöpartiets folkhälsopolitiska talesman, Gunvor G Ericsson, motiverade i frågan vid flera tillfällen. I riksdagens kulisser arbetade Lennart Levi, tidigare centerpartistisk riksdagsman och professor i psykosocial miljömedicin för en nationell kommission. Han fick med sig centerpartiet, men frågan blockerades inom alliansen av moderaterna och kristdemokraterna.

Inrättandet av en kommission för jämlik hälsa i Sverige bör också betyda att frågan om de växande hälsoklyftorna för första gången kommer att få en ordentlig belysning i Sveriges riksdag. Riksdagen borde ju vara den politiska instans som framför alla andra värnar om en hållbar utveckling i Sverige, vari jag inbegriper minskade sociala och hälsomässiga klyftor.

Att sluta hälsoklyftorna inom en generation är ingen liten uppgift. Klyftorna i Sverige tycks tvärtom öka just nu (13). Globala inflytanden på arbetsmarknad, inkomster, konsumtionsmönster, skattenivåer och välfärdssystem motverkar ofta en politik för ökad jämlikhet i hälsa. ”Angrip den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser”. Ja, men hur?

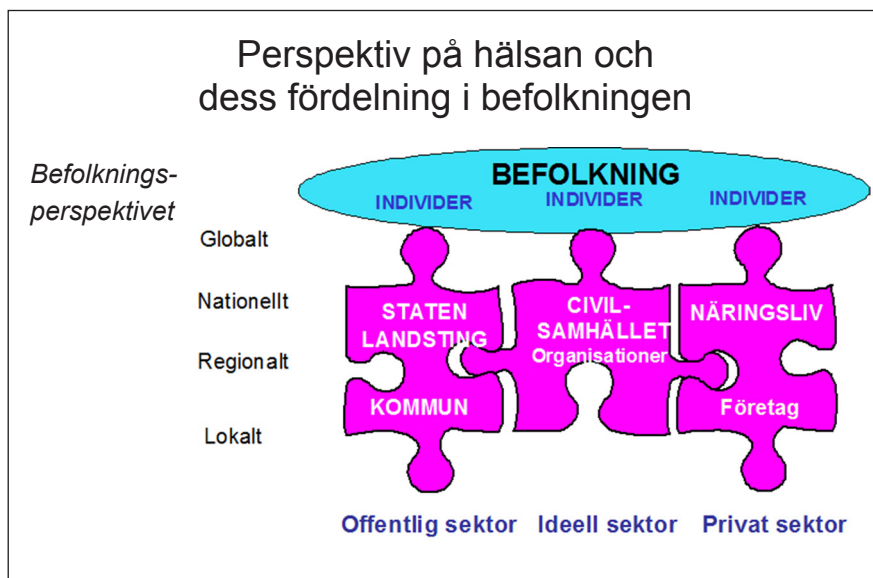
Den franske ekonomen Thomas Piketty har varnat för att den globala ekonomiska ojämlikheten skenar okontrollerat (14). Man kan i så fall befara att våra samhällen utsätts för stora påfrestningar, med alltmer växande klyftor. Är den utvecklingen överhuvud taget möjlig att kontrollera? En social rörelse, som finner sina uttryck både lokalt, nationellt och globalt är en förutsättning.

Hållbar utveckling när det gäller klimat, naturmiljö, urban utveckling, samhällsinstitutioner och alla individers välbefinnande och hälsa är en tillräckligt radikal målsättning för att hålla oss alla sysselsatta för lång tid. Malmö och andra lokala initiativ har visat vägen i Sverige. Men det är bara en början.

Referenser

1. Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization.
2. Kjellström T; Friel S; Mercado S; Havemann K; Satterthwaite D (2008). Our cities, our health, our future. Acting on social determinants for health equity in urban settings. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings. Kobe Japan: WHO Centre for Health Development,
3. <http://www.commissiononhealth.org/AboutUs.aspx>
4. The Marmot review (2010). Fair Society. Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010.
5. http://www.who.int/social_determinants/the-commission/countrywork/within/brazil/en/
6. Mattson Lundberg C. I marmotkommissionens kölvatten- initiv och processer mot ojämlikhet i hälsa inom EU, WHO och enskilda länder. Socialmedicinsk Tidskrift 2011; 88: 356-365.
7. Sundhedsstyrelsen och Københavns universitet (2011). Ulighed I sundhed. Årsager og indsatser.
8. Dahl E, Bergsli K, van de Wel K (2014). Social ulighed i helse. En norsk kunnskapsöversikt. Høgskolan i Oslo og Akershus.

9. WHO European Region and UCL (2013). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report.
10. Thomas McKeown (1976). The role of medicine. Dream, mirage or nemesis? London: Nuffield Provincial Hospital trust.
11. Szreter S (1988). The importance of social interventions in Britain's mortality decline c1850-1914: a reinterpretation of the role of public health. The society for the social history of medicine. Vol 1: 1-38.
12. Budgetpropositionen 2014/15:1. Utgiftsområde 9. Kapitel 5.
13. Vägerö D. En folkhälsopolitisk kardinalfråga: ökade sociala skillnader i dödlighet under fyra decennier. Socialmedicinsk Tidskrift 2011; 88:292-298.
14. Piketty T (2014). Capital in the twenty-first century. Cambridge Massachusetts and London England: The Belknap Press of Harvard University Press.



Efter bild av Per Tillgren