

# Når politik og videnskab mødes

## Finn Diderichsen

Professor, speciallæge, dr.med. Københavns Universitet. E-post: fidi@sund.ku.dk.

De nordiske lande deler alle den sundhedspolitiske udfordring at det sociale mønster i morbiditet og mortalitet udvikles ret forskelligt fra sygdom til sygdom, men netto effekten er at den sociale gradient i dødelighed totalt bliver alt stejlere. Ikke mindst har de storbyer som forbindes af Øresundsbroen meget store sociale uligheder og dermed også mellem de bydelsmiljøer som former den kommende generations opvækstmiljø, og derfor leder til yderligere ulighed.

I de over 30 år hvor ulighed i sundhed har været på både den politiske og videnskabelige dagsorden er ikke kun uligheden blevet større, men det er også vores viden om de determinanter og mekanismer som driver uligheden. Vores eksperimentelle viden om effekten på uligheden af de mange mulige indsatser er stadig – og vil i lang tid fremover være – meget fragmentarisk, så vi må foreløbig antage at ændringer af niveau og fordeling af de identificerede determinanter vil få den forventede effekt på helbredsgradienten.

Alle de nordiske lande har givet kommunerne en nøglerolle i sundhedspolitikens bekæmpelse af ulighed i sundhed, og det er der god mening i, fordi netop kommunerne har ansvar for at drive mange politikområder af relevans ikke mindst for ulighed i sundhed. Ikke

desto mindre har det været vanskeligt at få den tværsektorielle sundhedspolitik til at fungere på en samordnet og effektiv facon.

## Og det er her Malmø kommissionen har vist vejen frem

For hvorfor er det så svært at få implementeret den tværsektorielle sundhedspolitik mod ulighed som WHO argumenterede for allerede ved den første Health promotion konference i Ottawa i 1986 og som jo netop på grund af disse vanskeligheder igen var et hovedtema ved den ottende konference i Helsinki i 2013.

En meget ofte citeret teori for at forstå hvornår evidens forvandles til policy og praktik er den om ”windows of opportunities” udviklet af John Kingdon i 1984. Den baserede sig på forskning om policy udvikling på federalt niveau i USA, hvor interessekonflikter formentlig opererer på et noget voldsommere niveau end i nordisk folkesundhedspolitik. Men han beskriver tre parallelle strømme – en der handler om forståelse af problemet, en som handler om forståelse af hvad man skal gøre for at løse det (policy), og en som handler om den politiske proces for at komme frem til en beslutning (politics).

## Problemet

Er det uklarheder i problemformuleringen som har hindret policyudvikling og implementering? Problemformuleringen hvad angår ulighed i sundhed har bl.a. handlet om hvorvidt det er gradienten i helbred som går igennem alle sociale strata i befolkningen, eller om der skal fokusres på ”the gap” dvs. uligheden mellem en socialt marginaliseret og fattig gruppe og resten af befolkningen. Der har været en tendens i fx både den danske og engelske policy udvikling at problemet har været præsenteret som gradienten, men at løsningerne har tenderet at fokusere på at skabe nogle bedre sociale eller helbredsmæssige forhold for den lille gruppe af socialt meget udsatte. Det er unægtelig også lettere at håndtere.

Men det hindrer en effektiv policy udvikling at blande de to fænomener sammen, fordi de har helt forskellige årsags mekanismer og dermed forskellige løsninger. Mens gradienten handler om effekten af en lang række social determinanter over livsforløbet handler det andet om svære sociale konsekvenser af alvorlig ofte psykisk sygdom eller misbrug. Det er to problemer som hver for sig fortjener stor politisk opmærksomhed, men som ikke skal blandes sammen. Det norske helsedirektorat forsøgte i 2005 at sætte fokus på det ene aspekt med sin ”Gradientutfordring”, men på lokal niveau finder man stadig forvirringen.

Malmø rapporten løfter det hele op til en højere niveau ved at tilføje en ny dimension – nemlig at en voksende ulighed i en så central velfærdskomponent

som sundhed truer den sociale holdbarhed i vores samfund – ikke mindst lokalt, og man forfølger dette perspektiv konsekvent igennem analysen. Det skaber en helt ny dynamik i forståelsen af problemet, og i nødvendigheden at udvikle den nødvendige politik og få den implementeret.

## Politics

Hvilken rolle har ”politics” eller manglen på samme, spillet for den svage implementering. I 1980erne da den nuværende diskussion startede opfattedes ulighed i sundhed nok som et alvorligt og uacceptabelt fænomen på tværs af alle politiske holdninger og grupperinger – ikke mindst i Sverige. Thatchers afvisning af The Black Report og Margaret Whitehead’s opfølgning ”The Health Divide” gjorde spørgsmålet til en tydelig politisk slagmark i England. I Danmark var det et konsensus område frem til at det danske review om emnet blev fremlagt i 2011, hvor der pegedes at det bl.a. handler om nogle på det tidspunkt kontroversielle emner som private sygeforsikringer, fattigdomsgrænser, priser på cigaretter mm. I Norge startede de nuværende brede aktiviteter under en borgerlig regering og en socialdemokratisk udviklede det til Nordens mest systematiske. I Sverige ledte mange års statslig passivitet i 00erne til en livlig aktivitet på lokal niveau – heriblandt og mest markant – Malmøkommissionens arbejde. Gavner eller hindrer det policy udvikling og implementering at emnet gøres partipolitisk? Det spørgsmål kan ikke besvares entydigt, men selvom det har skabt periodevis låsninger, har det på ingen måde hindret en kraftig aktivitet

på lokal niveau som også engageret civilsamfundet. det har ikke noget land

## Policy

Både Danmark og Norge har på senere år gjort nationale reviews om ulighed i sundhed. Men forslag til indsatser og politikudvikling har været ret generelle og upræcise, hvilket det let bliver i lande med stor kommunal selvstændighed og myndigheder som ikke kan diktere kommunerne noget uden at der følger penge med. Man kan højst præsentere udfordringer. Men når disse reviews fx præsentere betydningen af at alle børn for adgang til høj kvalitative dagpleje så man sikrer en optimal kognitiv, social og emotionel udvikling i førskolealderen så er det ikke umiddelbart klart hvad det betyder rent praktisk for den kommunale sundhedsplejerske, førskolepersonale og administrative ledelse. Skal sundhedsplejerskerne prioritere anderledes mellem forældre og typen af indsatser, skal balancen mellem leg og skole i førskolen være anderledes, skal ressourceallokering til førskolen i rige og fattige område ændres etc.?

Her har Malmørapporten gennem at involvere ansvarlige embedsmænd fra alle forvaltninger kunnet være meget mere konkret, detaljeret og relevant i den specifikke kommunale kontekst i Malmø. Men Malmø er en stor kommune med mange faglige kompetencer. En lille glesbygds kommune kan ikke mobilisere samme ekspertise og vil være meget mere afhængig af centrale - og ret detaljerede - forslag til indsatser.

En anden afgørende forudsætning for

at forskellige forvaltninger skal føle ejerskab til indsatser mod ulighed i sundhed er om de kan forenes med arbejdet på at effektivisere de allerede igangværende indsatser. Den skole som sikrer at børnene er fysisk aktive og har et godt psykisk helbred vil sikre en bedre indlæring, også for de som mest behøver det. Om arbejdet med at få arbejdsløse, socialbidragsmodtagere i arbejde gennem en effektivere kombination af sundhedsfaglig rehabilitering, uddannelse og beskæftigelsesindsats vil det formentlig også reducere uligheden i de sociale konsekvenser af sygdom. Og om den socialforvaltning, som vil finde familier og børn med ekstra behov en tidlig indsats kan arbejde mere effektivt ved at fange tidlige psykiske symptomer fra dagispersonale, praktiserende læger og sundhedsplejersker vil det også bidrage til en reduceret ulighed i sundhed.

Når man læser de nationale og lokale versioner står der sjældent noget om hvad det koster at gennemføre de indsatser som foreslås. Det er også svært så længe forslagene har så lav konkretiseringsniveau som jeg nævnte ovenfor. Men om ikke den politik som vil påvirke ulighed i sundhed kommer in i budgetforhandlinger i en kommune, vil den konstant løbe risikoen at (for) blive tomme ord. Det kan handle om ressourceallokering til førskoler, skoler, vårdcentraler mm. i rige og fattige områder, eller det kan handle om udgifter til opsøgende indsatser til rygestopkurser i udsatte områder. Et er at vores viden om omkostningseffektiviteten i de ulighedsbekæmpende indsatser er meget begrænset, men det hindrer

ikke at omkostninger kan beskrives mere detaljeret. Også her tror jeg at Malmøkommissionen og det efterfølgende arbejde i de kommunale forvaltninger er et forbillede, fordi en udredning på den niveau så direkte føder ind i budgetprocessen.

Sidst men ikke mindst er fælles mål og indikatorer på tværs af forvaltninger afgørende for policy udviklingen, og den nødvendige feed-back om hvordan indikatorerne udvikler sig er nødvendig for at politikken skal være holdbar. Det er i mange tilfælde muligt at finde indikatorer for udvikling og fordeling af de determinanter som er afgørende for ulighed i sundhed, og både Malmø og København har vist at det er muligt at komme videre på det område. Sværere er det at monitorere implementeringen af de tværsektorielle indsatser, fordi vi mangler kategoriseringer af virkemidler og ”dosis” målinger af disse indsatser. Der mangler helt enkelt et ATC-system for tværsektorielt forebyggende arbejde som kan beskrive de indsatser der gøres, hvem de når, og effekt som kan forventes, på samme måde som ATC-systemet gør det for lægemiddelsbehandling.

Om vi i dialog med andre sektorer kan gøre forslagene til indsatser tilstrækkeligt konkrete og deres rolle som middel til at fremme de andre politik områders egne mål tydelige kan vi nok finde det ”sweet spot” hvor de politiske, økonomiske og videnskabelige forudsætninger kan forenes for en mere systematisk og koordineret implementering af ”health equity in all policies”. Malmø kommissionens arbejde har vist os