

Regeringens folkhälsopolitik på villovägar

Gunnar Ågren¹ Christer Hogstedt² Bernt Lundgren³ Per-Olof Östergren⁴

¹Tidigare generaldirektör för Statens folkhälsoinstitut, kommissionär i Östgötakommisionen. ²Professor emeritus, tidigare forskningschef vid Statens folkhälsoinstitut ³Folkhälsopolitisk expert, tidigare huvudsekreterare i Nationella folkhälsokommittén. E-post: bernt.lundgren@valfardsanalys.se. ⁴Professor i socialmedicin, Lunds universitet, kommissionär i Malmökommissionen.

Den ojämlika hälsan har betecknats som vår tids största orättvisa. De globala hälsoklyftorna är enorma. Även den svenska folkhälsan är ojämlik och klyftorna ökar. Enligt SCB:s senaste statistik är skillnaden mellan låg- och högutbildade kvinnor respektive män nu omkring 5 år i återstående livslängd vid 30 års ålder. Skillnaden i total medellivslängd för kvinnor mellan bästa och sämsta kommun är 6 år (Danderyd 86,0 år och Älvdalen 80,0 år). Bland män är skillnaden 8,4 år (Danderyd 83,0 år och Ljusnarsberg 74,6 år). Medellivslängden bland kvinnor i Älvdalen är lika hög som i Colombia och bland män i Ljusnarsberg lika hög som i Panama.

Världshälsoorganisationen, WHO, har ställt upp målet att utjämna hälsoklyftorna inom en generation genom att påverka hälsans sociala bestämningsfaktorer, framför allt ojämlikhet i makt, inflytande och människors levnadsförhållanden. Detta förtydligas ytterligare i ett policyramverk, Health 2020, som antogs av WHO:s Europakommitté i september 2012, där jämlik hälsa ses ur ett rättighetsperspektiv och nödvändigheten av sektorsövergripande

insatser betonas.

Sverige har undertecknat ramverket men av detta finns knappast några spår i den skrivelse, En folkhälsopolitik med människan i centrum (skr. 2011/12:166), som regeringen överlämnat till riksdagen och som har behandlats under februari av Socialutskottet och riksdagen. Den centrala utgångspunkten för regeringens nya inriktning av folkhälsopolitiken är ”tilltron till – och respekten för – individens egen förmåga och drivkraft”, vilket är hedervärt men otillräckligt. Även om samhällsstrukturens och de sociala förhållandenas betydelse för hälsan nämns i skrivelsen så ligger hela betoningen på individens ansvar för sin egen hälsa och föga på samhällets ansvar för att skapa förutsättningar för en jämlik hälsa. Regeringen erkänner visserligen att det finns ojämlikhet i hälsa men denna relateras enbart till utbildningsnivå och antas minska av sig självt utan ytterligare åtgärder.

Dessa prioriteringar står i strid med den folkhälsopolitik som riksdagen antog 2003 och aldrig upphävt även om den modifierades av alliansregeringen

2008 (prop. 2007/08:10, En förnyad folkhälsopolitik) med tydliga markeringar av att de strukturella målen inte längre var i högsätet. Fokus började flyttas till de individuella levnadsvanorna med en ökad betoning på individens eget ansvar för valet av dessa och från generella insatser till specifika sådana riktade mot utsatta grupper.

I landstingen, som initialt hade stora visioner som ägare av viktiga delar av den folkhälsopolitiska agendan, snävades perspektivet ganska snabbt in på temat hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Detta potentiellt viktiga område har dock arbetat i stark motvind genom ständiga underskott i landstingens sjukvårdsbudgetar och nedskärningar som drabbat det som inte ansetts som kärnverksamhet hårdast. Vårdvalreformerna har missgynnat det förebyggande arbetet och avskaffat ansvaret för befolkningens hälsa baserat på geografiskt område, försvårat uppföljningen av en jämlik vårdtillgång och samarbetet med den kommunala folkhälsoorganisationen.

Att minska hälsoklyftorna är den viktigaste åtgärden för att förbättra folkhälsan. Ökad jämlikhet skulle ge stora samhällsvinster både i levnadsår och i produktionsförmåga. En studie av konsekvenserna av den ojämlika hälsan inom EU beräknar att den kostar upp till nio procent av BNP.

Att minska ojämlikheten i hälsa var också huvudsälet till att riksdagen 2003 fastslog att det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet skulle vara att skapa samhälleliga förutsättningar

för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen och betonade mål om delaktighet och inflytande i samhället, ekonomisk och social trygghet, trygga uppväxtvillkor och ökad hälsa i arbetslivet förutom livsstilsfaktorer. Målen skulle uppnås genom att myndigheter, kommuner, landsting och andra aktörer samarbetade för att påverka hälsans bestämningsfaktorer och skapa förutsättningar för en bättre folkhälsa.

Den svenska folkhälsopolitiken väckte internationell uppmärksamhet genom att den angrep de bakomliggande orsakerna till ohälsans fördelning baserat på de vetenskapliga analyser som beställts och sammanfattats av den Nationella folkhälsokommittén. Sedan dess har en stor mängd kunskap ackumulerats i Sverige och internationellt och som borde ha tagits tillvara vid utformning av en politik för att åstadkomma en bättre och jämlik hälsa. Regeringen har istället avvisat uppmaningar från forskarsamhället och aktiva folkhälsoarbetare att tillsätta en nationell kommission som skulle analysera orsakerna till ojämlikhet i hälsa och ge förslag på åtgärder i dagens samhälle.

Med jämlik hälsa som en mänsklig rättighet måste utvecklingen mot djupare hälsoklyftor brytas och folkhälsopolitiken fokuseras på de strukturella orsakerna till ohälsa och ojämlikhet. Förbättrade uppväxtvillkor och miljöer, full sysselsättning och ökat inflytande på och utanför arbetsplatserna skulle bidra. Det är emellertid mer än tio år sedan det gjordes en heltäckande, vetenskapligt grundad analys av hälsokonsekvenserna av förändringar

i sysselsättningspanoramat, den demografiska utvecklingen och ökad invandring, socialförsäkringssystemen, privatiseringen av skolor, vård och omsorg, livsstilsförändringar m.m.

På några håll i landet, bl.a. i Östergötland genom Östgöta-kommissionen för folkhälsa och i Malmö stad genom Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö, har inventeringar gjorts eller pågår av orsaker till ojämlik hälsa och en översyn av åtgärder för att minska hälsoskillnaderna. Det är enligt vår mening förtjänstfulla initiativ som kan ha betydelse både lokalt och nationellt. Emellertid bör också den nationella politiken som sådan ses över.

Vi föreslår därför att en nationell kommission med vetenskapligt expertstöd tillsätts för att göra en grundläggande översyn av den svenska folkhälsopolitikens förutsättningar. Kommissionen bör ta del av och värdera det vetenskapliga underlaget om hälsans sociala bestämningsfaktorer som har tagits fram i Sverige och internationellt under 2000-talet. De samhällsekonomiska effekterna av ojämlik hälsa bör också belysas.

Vidare bör målen för den svenska folkhälsopolitiken ses över och kvantifieras så att utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer och jämlikhet kan följas upp i ett genus- och socioekonomiskt perspektiv liksom för sårbara grupper. Avslutningsvis bör förslag lämnas om

styrning, ansvarsfördelning, uppföljning och utvärdering så att arbetet för en bättre och jämlik hälsa kan effektiviseras.

Riksdagens behandling av den folkhälso-politiska skrivelsen har gett förutsättningar för att debattera olika folkhälsostrategier och åtgärder, den föreslagna svenska strategins överensstämmelse med internationella strategier som Sverige ställt sig bakom och nödvändigheten av ett förnyat underlag för en kunskapsbaserad, åtgärdsinriktad och uppföljningsbar strategi. Majoriteten av ledamöterna i riksdagens socialutskott har dock accepterat regeringens inriktning i skrivelsen medan oppositionen har krävt att folkhälsopolitiken återupprättas och att den ojämlika hälsan och människors livsvillkor sätts i fokus för åtgärder. Oppositionen har också betonat att det behövs en översyn av folkhälsopolitiken genom en nationell kommission. Vi delar den uppfattningen.

En förkortad version av artikeln publicerades den 13 februari 2013 i Östgöta Correspondenten. I den text som nu redovisas i Socialmedicinsk tidskrift har några uppdateringar gjorts med anledning av att riksdagens socialutskott har behandlat regeringens skrivelse och att riksdagen den 21 februari har beslutat att lägga skrivelsen till handlingarna.