

Att förverkliga hälsans sociala bestämningsfaktorer i en svensk stad

Michael Marmot

Professor i epidemiologi och folkhälsovetenskap, University College i London. E-post: m.marmot@ucl.ac.uk.

Ett utmärkande anslag i Malmörapporten är det dubbla fokus på vad man försöker uppnå och hur man tror att detta ska kunna uppnås. En av huvudmål-sättningarna är att etablera en social investeringsstrategi; den andra siktar på en inkluderande process. En sådan innebär att demokratisera styrprocesserna i samhällssystemen (governance) genom att involvera civilsamhället och relevanta delar av befolkningen. Malmökommissionens slutrapport innehåller detaljerad information av hög kvalitet, vilket är av yttersta vikt. Jag var därför särskilt glad att läsa i Malmökommissionens slutrapport: "Ett samhälles utveckling kan bedömas utifrån hur dess befolkning mår och hur rättvist hälsan är fördelad mellan olika sociala grupper." Fokusområdena för Malmökommissionens rekommendationer - barn och ungas vardagsvillkor, boendemiljö och stadsplanering, utbildning, inkomst och arbete, hälso- och sjukvård, hållbar utveckling – överensstämmer helt med de från CSDH. Det som är fräscht och viktigt är den noggranna genomgången om hur dessa kan specifikt konkretiseras i Malmö.

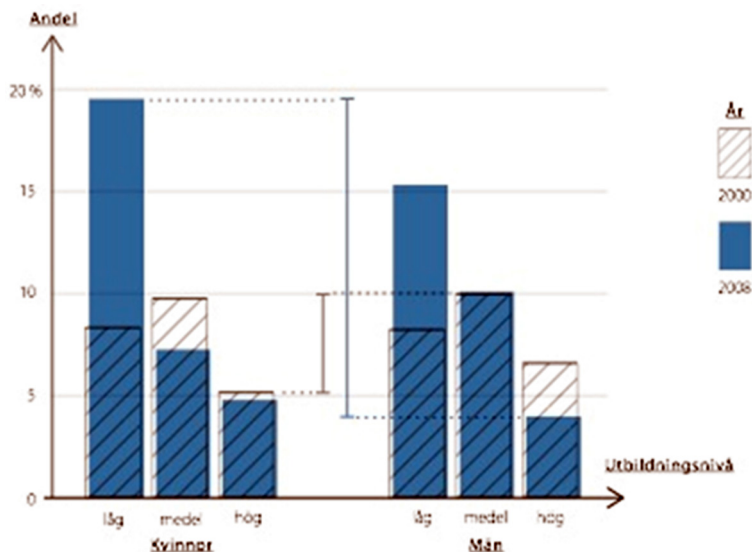
A strong feature of this Malmö Review is the twin focus on what it is trying to achieve and how it thinks it should be done. One key aim is a social investment strategy; the other aims for an inclusive process. Such a process entails good governance and involvement of civil society and relevant sections of the population. The Malmö report includes detailed and high quality information, which is of the utmost importance. I was particularly pleased to see in the Malmö Review: A society's development can be judged by the general level of health and the degree of inequity in the distribution of health in the population. The substance of its recommendations – everyday conditions of children and young people, residential environment and urban planning, education, income and work, health care, sustainable development – are entirely consistent with those of the CSDH. What is fresh and important is the detailed attention to how these can be made concrete in the specific context of Malmö.

På ett möte i Stockholm i början av 2013 kommenterade en svensk riksdagsledamot att de flesta kommissionsrapporter glöms bort, om inte omedelbart så inom ett par veckor efter publiceringen. Men rapporten från WHO:s oberoende kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer (CSDH)(1), diskuterades fortfarande i Sveriges Riksdag, fem år efter dess publicering, tillade han.

När vi startade arbetet med den av Världshälsoorganisationen (WHO) tillsatta CSDH frågade vi oss själva hur en eventuell framgång för den skulle se ut. På lång sikt skulle en sådan framgång innebära, en minskning av ojämlikhet i hälsa, den undvikbara ojämlikheten, både inom och mellan länder, genom att åtgärda hälsans sociala bestämningsfaktorer. Detta var självfallet anledningen till varför CSDH initierades, men det är i själva verket ett omöjligt uppdrag i sin yttersta konsekvens.

Inte bara är en minskning av hälsans ojämlikhet ett långsiktigt mål, men väl uppnått kan det vara svårt att avgöra varför minskningen uppstått. Det kan vara ett resultat av åtgärder mot hälsans sociala bestämningsfaktorer, men det kan även ligga helt andra orsaker bakom. Men att ha författat en rapport som diskuteras i ett nationellt parlament fem år efter offentliggörandet är verkligen en markör för framgång. En uppsättning sammanhängande politiska beslut skulle vara en annan markör. CSDH utfärdade rekommendationer för olika aktörer: multilaterala organ, WHO, nationella och lokala myndigheter, civilsamhället, den privata sektorn och forskningsinstitutionerna.

Även om vi inkluderade den lokala nivån var vårt antagande att åtgärder på ett nationellt plan var avgörande. Malmökommissionen blev därför en uppenbarelse. Utan att vänta på nationella åtgärder tog Malmö stad CSDH



Figur 1. Andelen män respektive kvinnor i Malmö med dålig självskattad hälsa baserat på utbildningsnivå. Förgymnasial (låg), gymnasial (medellång), eftergymnasial (hög). Jämförelse år 2000 och 2008.

rapporten *Closing the Gap in a Generation* och frågade sig hur dess insikter och rekommendationer kunde implementeras på lokal nivå (2). Jag vågar påstå att ett sådant lokalt engagemang sannoligen är en framgångsmärke.

Behöver Sverige det här?

En variant av denna fråga är: Varför Sverige, varför inte Etiopien? Vi rapporterade i vår granskning av hälsans ojämlikhet för EU-kommissionen, att Sverige har en av de högsta medellivslängderna i Europa och samtidigt förhållandevis låga sociala gradienter då det gäller hälsa (3). Behöver då verkligen delar av Sverige genomföra åtgärder för att förbättra hälsans sociala bestämningsfaktorer? Det finns egentligen bara ett svar på den frågan, och det är tvädelat. För det första, som Malmörapporten anger, är hälsoskillnaderna i högsta grad aktuella i Sverige som helhet och i staden Malmö i synnerhet. Den förväntade livslängden har ökat för människor i alla socioekonomiska positioner, mätt genom utbildningsnivå. Ökningen har dock varit snabbare för personer med hög utbildning och klyftan mellan låg- och högutbildade grupper har därför ökat. Figur 1 som kommer från Malmökommissionens slutrapport illustrerar väl dessa ökade hälsoskillnader. Den visar tydligt att den sociala gradienten i självrapporterad ohälsa har ökat mellan åren 2000 och 2008. Precis som på andra ställen i Europa upplever kvinnor en högre grad av ohälsa trots att de har högre medellivslängd än män.

Vidare motiveras Malmös behov av sociala insatser av det faktum att Malmö

är en stad med stor in- och utflyttning och därmed en varierande befolkning över tid.

Den andra delen av vårt svar på frågan ”Varför Sverige?”, kan förstås genom den uppmaning som vi levererade i vår rapport *European review of social determinants of health and the health divide*: “Gör något, gör mer, gör det bättre” (4). I själva verket kom frasen till oss från Sverige – det var Olle Lundberg, ordförande för *Task Group on Social Protection*, som gav upphov till den - och sedan återvände den till Sverige tillsammans med en konkret användning. Om exempelvis ett centralasiatiskt land som tillhör den europeiska WHO-regionen, gör något överhuvudtaget för hälsans sociala bestämningsfaktorer, kan en liten förändring medföra en stor skillnad.

Ett land i den europeiska delen av denna region som redan vidtar sådana åtgärder, kan göra mer. Och om du är Sverige, gör det bättre. Ojämlikheter i hälsa förekommer i alla våra länder. Om de kan växa sig större under en relativt kort tid, kan de även minska. Malmökommissionens rapport är ett erkännande att Sverige, och Malmö stad, kan göra det bättre.

Vart man vill och hur man kommer dit

Ett utmärkande anslag i Malmörapporten är det dubbla fokus på vad man försöker uppnå och hur man tror att detta ska kunna uppnås. En av huvudmålsättningarna är att etablera en social investeringsstrategi; den andra siktar

på en inkluderande process. En sådan innebär att demokratisera styrprocesserna i samhällssystemen (governance) genom att involvera civilsamhället och relevanta delar av befolkningen.

Malmökommissionens fem perspektiv ligger väl i linje med de i CSDH, men Malmö tar dem till en ny detaljnivå:

- Om bedömningen är att hälsoskillnader kan undvikas, är det oetiskt att inte agera.
- Hållbarhet: Hantera miljömässiga, sociala och ekonomiska utmaningar tillsammans – de måste handskas i sin helhet. CSDH erkände vikten av att föra samman och hantera de sociala bestämningsfaktorerna tillsammans med hållbarhetsfrågorna. Malmökommissionen integrerar detta gemensamma perspektiv i sina rekommendationer.
- Åtgärder måste ske på samhällsnivå. Det är inte tillräckligt att rikta sig mot individens beteende. Social integration bör vara ett av målen. Deltagande är både ett medel och ett mål
- Jämställdhet. Även i ett jämlikt land som Sverige som alltid hamnar högt när jämställdhet mellan könen rankas, samverkar social utsatthet och ojämlikhet mellan könen.
- Sociala interventioner ska ses som investeringar och inte kostnader.

En av utmaningarna CSDH ställdes inför var en konsekvens av dess globala ambition. Barns tidiga utveckling och utbildning är exempelvis viktiga frågor i ett globalt perspektiv, men både problem och lösningar kommer att

vara olika i Brasilien och Belgien, eller i Somalia och Sverige. Vi drog därför slutsatsen att det var viktigt att länder, städer och regioner vidtar åtgärder för att se hur de kan "översätta" våra rekommendationer genom att ta hänsyn till lokala socioekonomiska förhållanden och lokal kultur. Malmö visar hur detta kan göras på stadsnivå.

Fokusområdena för Malmökommissionens rekommendationer - barn och ungas vardagsvillkor, boendemiljö och stadsplanering, utbildning, inkomst och arbete, hälso- och sjukvård, hållbar utveckling – överensstämmer helt med de från CSDH. Det som är fräscht och viktigt är den noggranna genomgången om hur dessa kan specifikt konkretiseras i Malmö.

I föregående stycke, har jag just räknat upp de sex områden som Malmökommissionens rekommendationer faller inom. I den engelska genomgången hade vi också sex områden. Med tanke på att de sociala bestämningsfaktorerna omfattar hela samhället var det ett försök att göra det hela enkelt och genomförbart. Naturligtvis hade vi mer detaljerade rekommendationer inom dessa sex. En regeringstjänsteman sade att han räknade 42 - som i satiren Lifarens guide till galaxen anses vara meningen med livet. Malmökommissionens slutrapport hade 24 mål och 74 åtgärder. Enligt min mening är de sex områdena ett lämpligt sätt att förenkla budskapet, medan de 74 åtgärderna anger nödvändiga detaljer om vad som bör göras.

Proportionerlig universalism

Inom CSDH var vi medvetna om vikten av universella lösningar, snarare än att begränsa politiken till riktade mål mot fattiga individer och grupper. Vårt perspektiv påverkades delvis av ett särskilt sammansatt kunskapsnätverk *NEWS group (Nordic Experience of the Welfare State)* (5). Den fråga som NEWS-gruppen särskilt hanterade var vad resten av världen kan lära av de nordiska erfarenheterna av välfärdsstaten. Två av gruppens budskap var jämställdhet mellan könen och universella strategier. Den engelska genomgången av hälsans ojämlikhet, publicerad som *Fair Society Healthy Lives* (6) (mer känt som ”the Marmot Review”) hade detta universella perspektiv, till skillnad från klassisk brittisk socialpolitik som riktar sig till dem med störst behov. Proportionerlig universalism var ett sätt att lösa denna spänning. Vi sade att ett hälsosystem som är inrättat för de fattiga är ett dåligt hälsosystem; ett utbildningssystem för de fattiga är ett dåligt utbildningssystem. Vi efterlyste en universell strategi med en proportionalitet mellan behov och insats och kallade detta proportionell universalism.

Malmö har ställt sig bakom denna strategi, och har sagt att politik och program bör vara universella och anpassade både i omfattning och utformning till dem med störst behov. Det kommer att bli intressant att följa detta för att se hur det fungerar.

Hög datakvalitet och uppföljning

Malmökommissionens slutrapport innehåller detaljerad information av hög kvalitet, vilket är av yttersta vikt. Att övervaka och följa upp trender för sociala bestämningsfaktorer och hälsans jämlikhet är ett sätt att bibehålla ett tydligt fokus på jämlik hälsa. Uppföljning är en potentiellt radikal aktivitet. I länder som Sverige och Storbritannien, där evidens tas på allvar, är att följa utvecklingen ett sätt att hålla fast de utfästelser man gjort då det gäller att agera. Efter publiceringen av *Fair Society Healthy Lives* 2010 har vi i England släppt tre uppsättningar uppföljningsdata för viktiga sociala bestämningsfaktorer och hälsoskillnader på lokal nivå (7). Dessa har genererat förnyat intresse för och fokus på hälsans ojämlikhet.

Hälsa som ett mått på hur ett samhälle mår

Jag har drivit detta argument som ett sätt att skapa intresse för hälsans sociala bestämningsfaktorer mellan regeringar och inte bara hälsodepartement. Jag var därför särskilt glad att läsa i Malmökommissionens slutrapport: ”Ett samhälles utveckling kan bedömas utifrån hur dess befolkning mår och hur rättvist hälsan är fördelad mellan olika sociala grupper.” Precis som slutrapporten tydliggör är det inte en reaktion på en tillfällig kris utan istället på ett varaktigt problem, som kräver långsiktiga strategiska beslut och åtgärder.

Vi sade när vi initierade CSDH att vi

tema

ville skapa en social rörelse för hälsans jämlikhet. Jag bedömer att Malmökommissionens rapport inte bara kommer att vara till nytta för Malmö, utan också ett viktigt steg för att främja denna sociala rörelse både inom och utanför Sverige..

7. UCL Institute of Health Equity. Marmot Indicators 2014 2014 [10/11/2014]. Available from: <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/marmot-indicators-2014>.

Referenser

1. Commission on the Social Determinants of Health. 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. Geneva: World Health Organisation, 2008.
2. Commission for a socially sustainable Malmö. Commission for a socially sustainable Malmö, Final Report 2013. Available from: <http://www.malmo.se/download/18.56d99e38133491d8225800036907/Commission+for+a+Socially+Sustainable+Malm%C3%B6.pdf>.
3. UCL Institute of Health Equity. Health inequalities in the EU - Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot European Commission Directorate-General for Health and Consumers, 2013.
4. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 2012;380(9846):1011-29.
5. Lundberg O, Aberg Yngwe M, Kolegard Stjerne M, Bjork L, Fritzell J. The Nordic Experience: welfare states and public health (NEWS). *Health Equity Studies*. 2008;12.
6. Marmot M. Fair society, healthy lives : the Marmot review ; strategic review of health inequalities in England post-2010: [S.l.] : The Marmot Review; 2010.