

Tema: Arbete för jämlikhet i hälsa

Socialmedicinsk tidskrift har sedan 2011 publicerat tre nummer om hur den s.k. Marmotkommissionens arbete om jämlikhet i hälsa tagits emot och tillämpats på olika samhällsnivåer i det svenska samhället (Se Vol 88, Nr 4 (2011): *PostMarmot Om sociala skillnader i hälsa*; Vol 91, Nr 3 (2014): *Sociala investeringar*; Vol 91, Nr 5 (2014): *Malmökommissionen visar vägen*).

Under de senaste åren har många nya initiativ tagits och avsikten med detta nummer med samma fokus är att dels redovisa vad som praktiskt har ägt rum i Sverige och i Norden, dels diskutera implementeringsproblematiken d.v.s. analysera svårigheter att motverka hälsoskillnader och påverka fördelningen av sociala bestämningsfaktorer i befolkningen.

En analys av dessa svårigheter speglas i en ny skandinavisk jämförelse som återges i rapporten *Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience. Ojämlikhet i hälsa – den skandinaviska erfarenheten* (www.sst.dk/nordisk). Rapporten är framtagen vid Köpenhamns universitet av Finn Diderichsen, Christian Elling Scheele och Ingvild Gundersen Little på uppdrag av de skandinaviska folkhälsomyndigheterna, samt de nationella kommun- och landstingsorganisationerna SKL, KL och KS. Avsikten med rapporten var att analysera vad de tre länderna, Danmark, Norge och Sverige kan lära av varandra inom området. Rapporten tar sin utgångspunkt i att de sociala skillnaderna i

hälsa ökar i de nordiska länderna och möjliga orsaker till detta. De skandinaviska länderna har alla prioriterat insatser mot ojämlikhet i hälsa och lagt stort ansvar på kommunerna. Ett skäl för detta är att kommunerna har ansvar för en rad politikområden som är av stor betydelse för insatser mot olika determinanter som påverkar jämlikhet i hälsa.

Rapporten avslutas med 11 rekommendationer, vilka är värda att lyfta fram till diskussion. Den första rekommendationen omfattar ett perspektiv på en policyprocess för jämlik hälsa där man anammar ett helhetsperspektiv som omfattar både kunskap, politik och organisering av arbetet (1. comprehensive approach). Den andra rekommendationen (II. Policies build on the premises of each sector) bygger på den s.k. halvmånen (se sid 537) för determinanter av hälsa och välfärd, där varje sektor bör utveckla strategier efter sina villkor. Den tredje rekommendationen (III. Support for generic policies) exemplifieras utifrån trafikområdet som behöver utvecklas efter de olika nivåer som illustreras i halvmånen. Policies som riktas till individen, t.ex. använda säkerhetsbälte, eller mot bilarnas konstruktion med allt större krocksäkerhet. Eller mot vägar som miljö där mer mitträcken succesivt har minskat trafikdödligheten. Detta hänger samman med rekommendation fyra (IV. Knowledge of cost-effectiveness). Det är viktigt att kunna göra kostnads kalkyler så att

”hälsa” inom alla politikområden s.k. HiAP förslag bättre kan hävda sig i budgetprocesser. Rekommendation fem (V. Equity indicators linked to each sector) handlar om vikten av att utveckla indikatorer ner på kommun eller kommunalnivå som avspeglar även socioekonomiska skillnader. Den sjätte rekommendationen handlar om utbildning och ökad kunskap i att implementera policies (VI. Build policymaking skills). Den sjunde rekommendationen handlar om att flera policyinstrument behöver användas t.ex. kan vi lära av de nya folkhälslagen i Norge och nationella riktlinjer är viktiga som politiska styrmedel (VII. Legislation matters). Den åttonde rekommendationen innebär att hela samhället, inklusive utbildningsinstitutioner, offentliga institutioner, privat sektor, NGOs och civilsamhälle, behöver engageras för ett framgångsrikt folkhälsoarbete mot ojämlikhet i hälsa (VIII. Whole-of-society approach). Dessa sektorer bör vara delaktiga på samma villkor (IX. Involve all sectors early ”on equal terms”). Den tionde rekommendationen handlar om att organisationer på olika vertikala nivåer i samhället skall ge stöd till nivån under (X. Vertical collaboration and support). Från den internationella administrativa nivån t ex WHO ner till kommunal eller kommunalnivå. Viktigt är att tydliggöra gränserna för vilket ansvar respektive nivå har. Den sista, elfte rekommendationen handlar om att allt folkhälsoarbete tar tid och därför krävs ett långsiktigt åtagande om man skall nå framgång (XI. Long-term commitment).

I föreliggande nummer diskuteras implementeringshinder och utmaningar dels på lokal och regional nivå i Sverige, men också hur frågan om ojämlikhet i hälsa hanteras på nationell nivå i Danmark, Sverige och Norge. Implementeringsforskning är relativt begränsad på området, men reflekteras här i ett par artiklar. Vidare presenterar ett antal forskare perspektiv på ojämlikhet i hälsa och möjliga åtgärder utifrån ett antal centrala bestämningfaktorer. Rapporten som refereras till ovan beskriver vikten av olika aktörers deltagande i arbetet för att minska ojämlikhet i hälsa, vilket exemplifieras i två artiklar om civilsamhällets-, respektive politikens roll.

I den inledande artikeln, *Finn Diderichsen: Ulighed i sundhed – en særlig nordisk udfordring?* refererar Diderichsen till ovanstående rapport och säger att ett framgångsrikt arbete för mer jämlik hälsa kräver en bred tvärsektorieell utgångspunkt för att få till stånd en hållbar välfärdspolitik och inte policies som fokuserar avgränsade mål. Erfarenheterna visar att man har störst framgång om många politikområden engageras samtidigt. Och, viktigast av allt att de engagerade sektorerna känner att de äger den politik som formuleras. Viktigast är långsiktig satsning på utbildning och sjukvård som fördelas efter behov. Men, säger Diderichsen, här går utvecklingen i de nordiska länderna med privatisering av både skolor och hälso- och sjukvård för närvarande åt ett annat håll.

Elisabeth Fosse: Kommunenenes rolle i å utjevne sociala helseforsjeller. Norge som eksempel, ger i sin artikel en presentation av en studie av hur man arbetar

för mer jämlikhet på kommunal nivå i Norge. Studien jämför aktiviteter på kommunnivån år 2011 jämfört med 2014. År 2012 togs en ny folkhälsovetenskap där kommunerna med en grundprincip om social rättvisa i hälsa fått en särskilt viktig roll. Den bakomliggande tanken är att den ojämlika hälsan är en gradientutmaning. Den grundläggande principen skall organiseras efter fem principer:

1. Ansvar för folkhälsoarbete ligger på kommuner.
2. Kommunerna skall ha ansvar för göra översikter av hälsotillstånd och påverkansfaktorer för hälsa.
3. Kommunerna skall fastlägga mål och strategier för arbete för mer jämlik hälsa.
4. Kommunerna skall praktiskt arbeta för att möta lokala utmaningar.
5. Statliga och regionala myndigheter skall ge stöd till lokal planering och tydliggöra hur dessa planer skall utgöra en del av regionala planer.

Studien visar att en positiv utveckling äger rum i de norska kommunerna, bland annat med ett ökat antal kommunalt anställda folkhälsosamordnare. Fosse understryker att för att påverka den sociala gradienten krävs också förändringar inom politikområden som inte kommuner råder över. Skattepolitik, boendepolitik, arbetsmarknadspolitik och utbildningspolitik är några sådana områden som kräver nationellt engagemang.

Olle Lundberg: ger i artikeln *Kommissionen för jämlik hälsa – en kort rapport i halvtid* en beskrivning av den svenska kommissionens direktiv och förväntade arbete. Uppdraget är att lämna

förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Några frågor som man hoppas kunna ge svar på är: Vad är ojämlikhet i hälsa och hur uppkommer den? Vilken roll och betydelse har individens egna handlingar i detta? Varför bör vi hantera ojämlikhet i hälsa som ett samhällsproblem? Genom politiska beslut och tidiga insatser, hälsofrämjande politik och omfördelning kan mekanismer som genererar ojämlik hälsa påverkas i en riktning som främjar mer jämlik hälsa. I det fortsatta arbetet avser kommissionen att utgå från sju områden som mest avgörande för att skapa jämlik hälsa. Dessa områden är: Det tidiga livet; Kunskaper, kompetenser och utbildning; Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö; Inkomst och försörjningsmöjligheter; Boende och närmiljö; Levnadsvanor samt; Kontroll, inflytande och delaktighet.

I de efterföljande två artiklarna problematiseras på olika sätt möjligheterna att genomföra ett förändringsarbete med avsikt att skapa mer jämlik hälsa. *Karl Löfgren* skriver om *Konsten att genomföra politiska beslut*. Han betonar att genomförandet av politiska beslut är en mycket komplex affär med många beståndsdelar och aspekter som man måste ta hänsyn till. För att bringa ordning i implementeringsproblematiken använder han sig av en integrerad implementeringsmodell av Sören Winter. Modellen kan guida svaren på frågor som Kan tillämparen genomföra beslutet? Förstår tillämparen vad som ska genomföras? Vill tillämparen genomföra beslutet? Det finns tre delar i modellen: *politikformuleringen; implementeringsprocessen* och

implementeringsresultat. I princip finns tre användbara policyinstrument för beslutsfattare för att åstadkomma förändring: ekonomiska-, reglerande- och kommunikativa instrument. De ekonomiska instrumenten kan vara positiva i t.ex. form av subsidier för miljövänliga bilar eller negativa som skatt på tobak och socker. Reglerande instrument är traditionella lagar. De kommunikativa instrumenten utgörs av information, kommunikation eller dialog och har varit det mest använda i Sverige. Den avgörande frågan är om policyinstrumenten har som avsikt att genomföra en förändring eller om det bara är en symbolförändring som avses.

Åsa Lundqvist, Göran Henriksson: Jämlikhetsarbete i praktiken – har vi kapacitet att arbeta effektivt med komplexa samhällsfrågor? I den här artikeln fördjupas diskussionen om ”översättningen” av vetenskapliga resultat till politiska beslut. Syftet är att skapa större medvetenhet om de utmaningar som komplexa problem – t.ex. ojämlikhet i hälsa – ställer den offentliga förvaltningen inför. Det finns inte någon självklar koppling mellan vetenskapliga förklaringsmodeller, politiska beslut och implementerade insatser. Artikeln tar sin utgångspunkt i att de vetenskapliga, politiska och professionella domänerna fungerar enligt tre olika logiker vilket påverkar förutsättningarna för att arbeta framgångsrikt med komplexa problem. Författarna argumenterar för att involverade aktörer måste komma till en gemensam bild av vad som är problemet och vad det är som ger upphov till det, för att förstå hur man kan närma sig en lös-

ning. De redovisar några ”verktyg” för att arbeta praktiskt med komplexa problem inom förvaltningens ramar.

Margareta Kristensson, Annika Larsson: Arbete för jämlikhet en interaktiv process. Erfarenheter från Östgötakommissionen. I denna artikel berättas en historia om ett omfattande samverkansarbete som plötsligt kastas över ända med en omorganisation från ett landstingsområde till en region. Inom dåvarande regionförbundet Östsam (numera region Östergötland) bildades den s.k. Östgötakommissionen. Östgötakommissionen genomförde ett omfattande samrådsarbete för att få tillstånd en gemensam vision för hur arbetet för jämlik hälsa skulle genomföras så att förutsättningar för ”hälsa på lika villkor för alla som bor och verkar i Östergötland”. Artikeln redovisar hur detta förankringsarbete praktiskt genomfördes. Erfarenheterna tas nu tillvara i de strategiska tre årsplaner 2016-2018 som för närvarande genomförs i den nya Region Östergötland. Det positiva som omorganiseringen medför är att inom det regionala samarbetet ingår fler politikområden av betydelse för den ojämlika hälsan.

Anna Balkfors, Eva Renhammar: Har Malmökommissionen gjort några avtryck i Malmö stad? Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö avslutade sitt uppdrag 2013 och föreslog strategier för att minska ojämlikhet i hälsa. I artikeln redovisas en uppföljning i form av en processutvärdering av vad som hänt fram till år 2015. En förskjutning i organisationen har ägt rum där jämlik hälsa och social hållbarhet i större utsträckning präglar organisationen. Man menar att detta beror på att frå-

gorna prioriterats politiskt och att arbetet bedrivits på ett interaktivt sätt. Kommunstyrelsen har nu gett i uppdrag att utarbeta en flervetenskaplig process- och effektoppföljning för att följa om ”hälsa inom alla politikområden (health in all policies)” förverkligats och försöka värdera effekterna av det arbete som görs.

Linnea Hedkvist, Margareta Johansson, Cecilia Ljung, Lisbet Omberg: Avtal om samverkan för social hållbarhet och jämlik hälsa i Örebro län. I den här artikeln redovisas en annan region som har tillsatt en kommission för jämlik hälsa, år 2015. Folkhälsoarbetet i regionen har sedan 2003 byggt på avtal för samverkan. Dessa avtal för samverkan innefattar både kommuner och olika organisationer i civilsamhället. Ett viktigt verktyg för att värdera resultat av folkhälsoarbetet i regionen har varit välfärdsbokslut.

Sabar Nejat: Den ojämlika hälsan i Stockholm ur barnets perspektiv – resultat från Barnhälsovårdens Årsrapport. Rapporten bygger på befolkningsdata från mer än 170 000 barn 0-5 år. Den visar på ett samband mellan ekonomisk utsatthet för barn, amningsförekomst, andel med karies och tobaksrök i hemmiljön.

Tre artiklar om jämlikhetsarbete i skola och hälso- och sjukvård följer sedan.

Nihad Bunar: Hållbar skolutveckling för lärande och hälsa – likvärdighet och kvalitet genom stödjande skolkultur och stödbaserad inkludering. Bunar diskuterar hur en utbildning ser ut som kan verka kompensatoriskt för barn och ungdom som växer upp i lågutbildade och ekonomiskt mindre bemedlade familjer

samt i strukturellt missgynnade eller segregerade områden. Bunar ställer frågan: ”Finns det handlingsutrymme inom skolan för att till viss del, eller till och med helt annullera de kontextuella faktorernas påverkan?” Två av grundfundamenten som behövs för sådan hållbar skolutveckling är stödjande skolkultur och stödbaserad inkludering. Bunar menar att detta är möjligt om man samtidigt arbetar för att reformera den rådande skolkulturen och att arbeta parallellt med både inkludering av och stöd till de utsatta/sårbara eleverna.

Sara Fritzell, Carin Bokedal, Anja Schultz, Bo Burström: Jämlik hälsa kräver nya arbetsätt i vården. I denna artikel redovisas hur ett nytt hälsofrämjande arbetssätt testas på vårdcentraler i några socialt och ekonomiskt utsatta områden i Stockholm. Avsikten har varit att nå de grupper som normalt inte kommer till hälso- och sjukvården. Detta har skett genom att i samverkan med olika organisationer nå utanför vårdcentralerna. I artikeln redovisas personalens upplevelse av det nya arbetssättet. Genom aktiviteterna har en dialog skapats i personalgruppen om hälsofrämjande arbete och health literacy dvs om förmågan att förvärva, förstå och använda information för att bibehålla och främja hälsa men också få en ökad kunskap om hur man navigerar inom hälso- och sjukvården vid sjukdom. Dessa samtal har skapat både ett behov och intresse hos personalen att öka sin kompetens inom dessa områden. Samtidigt har aktiviteterna bidragit till ökad yrkesstolthet bland personalen. Artikeln pekar på möjligheterna för vårdcentralerna att

vara viktiga aktörer i arbetet för mer jämlik hälsa.

Karin Berensson, Per Tillgren: Vad har hänt med HKB användningen i Sverige? En metod för jämlikhet i hälsa. Hälsokonsekvensbedömningar eller HKB utvecklades som ett stöd för beslut på kommunal eller landstingsnivå under 1990-talet. Avsikten var att tänka efter före vilka konsekvenser ett beslut skulle få för olika delar av befolkningen. I den här artikeln presenteras en intervjustudie från våren 2016 om hur HKB som planeringsverktyg används idag och hur man ser på dess användbarhet i jämställdhetsarbete.

Civilsamhällets betydelse illustreras på lite olika sätt i de följande tre artiklarna.

David Stenholtz: Information till alla om kostens betydelse för hälsa krävs för jämlik hälsa. Den här artikeln kommer från organisationen Läkare för framtiden. Målet för organisationen är att sprida evidensbaserad information om kostens betydelse för hälsan. Man lyfter fram att vi idag har stora skillnader i kostintag i Sverige så att låginkomsttagare och de med lägre utbildning har ett mer ohälsosamt kostintag. För att få till en ändring argumenteras för en mer kraftfull politisk styrning för att få till stånd sundare ätande.

Jan Linde: Hänger politikerna med? Svensk förening för folkhälsoarbete har sedan 2002 arbetat med utbildning av kommun och landstingspolitiker. Här presenteras ett nytt studiematerial Folkhälsa är politiskt – eller en politik för en jämlikare hälsa.

Åsa Tjulín, Liselotte Norén: Folkhälsoutbildning i entreprenörskap – kan en pantomat bli en del av samhällsutvecklingen?

Här speglas betydelsen av sociala innovationer som värdeskapande process för socialt utsatta. Men, samtidigt argumenterar författarna att social innovation och socialt entreprenörskap kan vara en angelägen ingrediens i folkhälsoutbildning.

Anna Rosengren: Gross National Happiness – jämlikhet och intersektoralitet i ett holistiskt paradig. Folkhälsoarbete drivs för att förbättra folkhälsa och välfärd och i den avslutande debattartikeln redovisas ett annorlunda sätt att se på välfärden och hur den skall mätas. Rosengren introducerar begreppet GNH eller bruttonational lycka utifrån erfarenheter från Bhutan. GNH innefattar nio områden som avspeglar grundläggande värden för välbefinnande. Dessa nio områden är Levnadsstandard och ekonomisk hållbarhet; Fysisk hälsa; Utbildning/utveckling; God styrning och gott ledarskap; Ekologisk mångfald; Psykologiskt/existentiellt välbefinnande; Delaktighet och vitalitet i samhället; Kulturell mångfald och resiliens samt; Tidsanvändning.

Slutord

Det är en imponerande mängd aktiviteter som pågår i Sverige för att arbeta för en mer jämlik hälsa. Samtidigt är sådant förändringsarbete mycket komplext. Det handlar om att samverka runt praktiska mål utifrån gemensamma visioner som t.ex. ”hälsa på lika villkor för alla som bor och verkar i Östergötland”. Det kan vara relativt okomplicerat att genomföra samhällsanalyser för att kartlägga ojämlik hälsa. Men så fort en policy

tema

skall tillskapas är det processer som tar tid. Att sedan översätta dessa policies till praktiska åtgärder (policy-implementering) och att därefter bestämma vad som är ett framgångsrikt resultat (implementeringsresultat) tar än längre tid och kräver mycket dialog och samverkan.

I den rapport som vi inledningsvis refererar till med erfarenheter från de Skandinaviska länderna av arbete för mer jämlik hälsa på kommunal nivå avslutar man med 11 rekommendationer för implementeringen. Man menar också att det är tre aspekter som samverkar och är nödvändiga för genomförandet av en policy. Dessa är 1/ *Kunskap* utifrån epidemiologi, effekter, kostnader och genomförande och 2/ *Politik* byggda på sociala gradienter för hälsa, risker/konsekvenser, hållbarhetstänkande, investering i hälsa och 3/ *Organisation* där det centrala är samverkan runt hälsa inom alla politikområden (HiaP) finns fokuserat.

Artiklarna i detta nummer av smt vittnar om behovet av fortsatt förståelse för förändringsprocesser och forskning om implementering av policies och aktiviteter som syftar till att minska ojämlikhet i hälsa. Numret il-

lustrerar väl den insikt som avrundar den skandinaviska rapporten: "All three aspects are necessary but none is itself sufficient to make things happen".

Göran Henriksson

Samhällsmedicinsk rådgivare,
Västra götalandregionen
goran.henriksson@vgregion.se

Anna Balkfors

Utvecklingsstrateg stadskontoret
Malmö stad och doktorand
Malmö högskola
anna.balkfors@malmo.se

Bo J A Haglund

Professor Karolinska Institutet
och chefredaktör smt
bjahag@gmail.com