

Det handlar om jämlik hälsa (SOU 2016:55) – några kommentarer och förslag

Göran Dahlgren

Göran Dahlgren, Visiting Professor University of Liverpool.
E-post: dahlengoran@hotmail.com.

De utgångspunkter för det fortsatta arbetet inom ”Kommissionen för jämlik hälsa” som redovisas i rubricerade SOU är både bra och väldokumenterade. Den starka betoningen på strategisk styrning och uppföljning är utmärkt liksom kunskapsöversiktarna avseende hälsans och olika bestämningsfaktorers sociala fördelning. Rapporten ansluter också väl till det ramverk som tidigare fastställts av riksdagen. Det finns dock anledning att i det fortsatta arbetet beakta följande förslag och kommentarer:

Förslag

1. Kommissionen bör tydliggöra hälso-politiska mål och strategier i det folkhälso-arbete som sedan länge bedrivs i kommuner, landsting och frivilliga organisationer.

I kommissionens rapport nämns knappast något om de stora och ofta framgångsrika folkhälso-insatser som gjorts när det gäller t.ex. att minska bruket av tobak, missbruk av alkohol och förebygga skador. Inom dessa områden är ofta jämlikhetsperspektivet svagt eller obefintligt. Fokus på förbättrad folkhälsa och minskad riskexponering i ett befolkningsperspektiv. En viktig

del i en strategi för ökad jämlikhet i hälsa är att integrera ett jämlikhetsperspektiv inom områden som dessa.

Det finns också mycket att lära från detta ”traditionella” folkhälso-arbete inte minst vikten av insatser ”up-streams” d.v.s. samhällsinriktade ofta tvärssektoriella insatser.

Tobakspolitiken handlar i hög grad om att genom lagstiftning och andra samhällsinriktade insatser begränsa bruket av tobak och tobaksindustrins möjligheter att sälja en giftig produkt.

Alkoholpolitiken präglas av kampen att bibehålla en progressiv alkohollagstiftning trots kommersiella och politiska marknadsliberala krav på frihandel. Sociala och arbetsmarknads-politiska insatser som minskar den socialt differentierade effekten vid samma överkonsumtion av alkohol bland hög- respektive låginkomsttagare är sannolikt också viktiga insatser för att minska de sociala skillnaderna i ohälsa.

Det skadepreventiva arbetet visar på konkreta vägar när det gäller tvärssektoriellt arbete samtidigt som de stora positiva effekterna av dessa insatser är mycket väldokumenterade. Sveriges modell för att nästan helt

eliminera barnolycksfall med dödlig utgång är en av det tvärssektoriella folkhälsoarbetets stora "success-stories." Trafiksäkerhetsarbetet är ett utmärkt exempel på hur hälsoaspekter integreras i byggande av vägar och i olika regelverk. Det saknas dock ofta ett jämlikhetsperspektiv även i det skadeförebyggande arbetet.

Om målet för kommissionens arbete är att minska de sociala skillnaderna i ohälsa måste fokus också riktas mot att integrera tydligare jämlikhetsmål i pågående tobaks, alkohol och skadepreventiv verksamhet. Det gäller även andra väletablerade folkhälsoprogram avseende t.ex. kost, motion och sexuell hälsa där såväl "up-stream" och tvärssektoriella insatser är av stor betydelse även i ett hälsopolitiskt jämlikhetsperspektiv. De som sedan länge arbetar inom de områden – som ibland beskrivs under rubriken "Levnadsvanor" – utgör samtidigt en kärntrupp såväl professionellt som opinionsmässigt för att vidareutveckla en verklighetsförankrad politik för en bättre och jämlikare hälsa.

Kommissionens beskrivning av hur levnadsvanor påverkas av livsvillkor är mycket bra och bör få ett starkt genomslag i de åtgärdsförslag som kommissionen kommer att redovisa inom området "Levnadsvanor" Detta kan också bidra till att överbrygga det politiska gap som finns där de borgerliga partierna främst fokuserar på levnadsvanor och vänsterorienterade partier på livsvillkor.

2. Kommissionen bör inkludera "Tillgång till en bra och jämlik hälso- och sjukvård" i de prioriterade områdena.

Det finns en tradition såväl i Sverige som internationellt att inte beakta betydelsen av hälso- och sjukvård i strategier för en jämlikare hälsa. Detta är ett misstag som kommissionen bör undvika eftersom god tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen bidrar till en jämlikare hälsa. Lika uppenbart är att de ökande sociala skillnader i tillgång till god vård som präglar dagens alltmer marknadsstyrda vård bidrar till ökande sociala skillnader i hälsa. Här handlar det både om vertikal som horisontal jämlikhet. Vårdresurser fördelas inte efter behov utan styrs av de vinstdrivna vårdföretagens lönsamhetsbedömningar och marknadsorienterade ersättningsystem (vertikal ojämlikhet). Vid lika vårdbehov får högutbildade ofta mer och bättre vård än kortutbildade (horisontell ojämlikhet). Båda dessa jämlikhetsperspektiv bör ingå i kommissionens arbete eftersom – med Kommissionens egna ord – "*De kollektiva resursernas tillgänglighet och kvalitet blir särskilt viktiga för de grupper som har mindre av resurser och handlingsutrymme*".

3. Kommissionen bör även belysa politiska beslut och insatser som bidrar till ökande sociala skillnaderna i ohälsa ökar.

Folkhälsopolitiken beskrivs vanligen i positiva termer. Fokus är på möjligheterna att bidra till en bättre och jämlikare hälsa. Detta är ett självklart perspektiv. Mindre självklart är att fokusera på de politiska beslut som bidrar till ökande sociala skillnader i hälsa trots att de är minst lika viktiga att diskutera i en strategi som syftar till att utjämna de sociala skillnaderna

i hälsa inom en generation. Vad är åtgärdbart när det gäller att begränsa den ofta omedvetna ”ohälsopolitiken” som sannolikt är av minst lika stor betydelse för folkhälsan som den medvetna positiva hälsopolitiken. Ett sätt att klarlägga även dessa negativa hälsoeffekter är hälsokonsekvensanalyser.

Inom miljöpolitiken är det självklart att belysa både de positiva och negativa miljöeffekterna av olika politiska och kommersiella beslut. Möjligheterna för en hållbar utveckling ur miljösynpunkt handlar i hög grad om att begränsa och förhindra politiska och kommersiella beslut som leder till negativa miljöeffekter. Det vore ett stort steg framåt mot en mer verklighetsförankrad folkhälsopolitik om Kommissionen på ett liknande sätt klarlade vilka politiska och kommersiella beslut/policies som sannolikt vidgar det sociala hälsogapet. Vad är åtgärdbart, vilka kompromisser krävs mellan hälsopolitiska och andra politiska och kommersiella målsättningar?

Kommentarer

God hälsa som ett mål i sig.

Utmärkt att kommissionen så entydigt slår fast att en god och jämlik hälsa är ett mål i sig inte ett medel för ekonomisk tillväxt eller besparingar inom sjukvården. Detta kan tyckas självklart men inte minst inom EU men också i Sverige ses ofta bättre hälsa som ett medel i ett samhälls-ekonomiskt perspektiv. Mot denna bakgrund kunde det vara bra om Kommissionen i det fortsatta arbetet

tydliggjorde varför de positiva bieffekter som en förbättrad folkhälsa kan innebära ur ett ekonomiskt perspektiv aldrig kan vara ett mål för folkhälsopolitiken eftersom det skulle bidra till ökad ojämlikhet (prioritering av yrkesverksamma resursstarkare grupper).

Folkhälsopolitiska mål.

Regeringens målsättning/vision är att ”sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”. I kommissionens fortsatta arbete bör klargöras om och vilken typ av jämlikhetsmål som slutbetänkandet bör innehålla. Här kan det vara lämpligt särskilja på olika typer av mål långsiktiga visioner, riktningsskildringar, mål som relaterade till ohälsans bestämningsfaktorer eller hälsorelaterade mål i absoluta och/eller relativa termer. (Möjligheterna att uppnå hälsopolitiska jämlikhetsmål uttryckta i absoluta termer är vanligen större än om de uttrycks i relativa termer.) Jämlikhetsmålen bör vara integrerade i samtliga folkhälsopolitiska målområden. I dagens modell med ett övergripande jämlikhetsmål tappas alltför ofta jämlikhetsmålen bort när insatser diskuteras inom olika målområden. Det krävs därför sektors- och områdesspecifika jämlikhetsmål och entydiga indikatorer liksom i förväg angivna former för hur dessa mål ska följas upp över tid.

Det finns samtidigt anledning att försöka bedöma möjligheterna att överhuvudtaget minska de idag ökande sociala skillnaderna i ohälsa under de närmaste 25 åren. Är det realistiska målet under denna period

att förhindra att hälsogapet växer eller att ökningen av de sociala skillnaderna blir mindre än under den föregående 25-årsperioden?

Begreppet "åtgärdbarhet"

Kommissionen avser att klarlägga "vad som är påverkbara sociala skillnader" i hälsa. Det finns här anledning att uppmärksamma att vad ett politiskt parti anser "påverkbart" för ett annat parti är "opåverkbart". Dessa skilda politiska bedömningar leder också in i en återvägsgränd där vissa sociala skillnader som är åtgärdbara anses orättvisa medan andra som är opåverkbara måste ses som naturliga och acceptabla. För att undvika denna politisering av begreppet "åtgärdbar" kan det vara bra att slå fast att alla systematiska sociala skillnader är påverkbara eftersom de är genererade av livsvillkor och levnadsvanor som är påverkbara. Huvudfrågan blir då snarare dels vilka resurser som krävs för att påverka dessa faktorer och i vilket tidsperspektiv de är påverkbara. Kan de påverkas under en politisk mandatperiod eller handlar det om generationer.

Med detta synsätt på begreppet "åtgärdbarhet" blir alla sociala skillnader i hälsa "orättvisa." Eller som det uttrycks i WHO:s skrift "Concepts and principles for tackling inequities in health" (Whitehead M, Dahlgren G. 2007):

"Social inequities in health' are socially produced (and therefore modifiable) and unfair. In practice, all systematic differences in health between socioeconomic groups in European countries could be

regarded as unfair and avoidable and therefore regarded as inequities. This judgement is based on universal human right principles."

Detta synsätt förstärks av det faktum att kortutbildade I ett historiskt perspektiv når samma hälso-status som högutbildade men X år senare. Frågan blir då hur denna tidskillnad kan minskas snarare än om det är möjligt uppnå samma hälso-status som högutbildade en gång haft. Det är utifrån detta resonemang missvisande att hävda att endast "en del av de skillnader vi ser idag är möjliga att åtgärda." (Kommissionens delrapport sid 30).

Åtgärdsförslag

Vad vet vi om folkhälsopolitikens effekter/resultat? Kommissionen ska föreslå insatser och policybeslut som kan minska de sociala skillnaderna i ohälsa. Man kommer då att skilja mellan bl.a. effektiva och mindre effektiva insatser samt behov av nya typer av insatser. Det hade varit intressant om man redan i denna första delrapport hade redovisat exempel på insatser som erfarenhetsmässigt effektivt minskat det sociala hälsogapet. Vilka resultat har i ett hälsopolitiskt jämlikhetsperspektiv uppnåtts genom medvetna folkhälsopolitiska insatser? Success stories? Väldokumenterade "failures" bör också belysas.

Belys den politiska viljans betydelse.

Vid analyser av olika strategiers faktiska genomförande och resultat

bör särskild uppmärksamhet ägnas den politiska viljans betydelse. Alla politiska partier anser att de sociala skillnaderna bör minska men vissa motsätter sig kraftfullt många av de åtgärder som krävs för att uppnå detta mål. Detta avspeglas mycket tydligt i den hälsorelaterade jämlikhetspolitikens uppgång och fall i ett svenskt perspektiv. Detta bör vara möjligt att beskriva utifrån ett statsvetenskapligt perspektiv.

Säkerställ att åtgärdsförslagen är verklighetsförankrade. En vanlig orsak till bristande koppling mellan planer och verkligheten är att åtgärdsförslagen är för vaga och allmänna och/eller ur ett professionellt perspektiv orealistiska. När kommissionen lägger konkreta åtgärdsförslag relaterade till samhällssektorer/områden utanför kommissionens kompetensområde bör därför dessa förslag utformas av experter inom respektive sektor/område. Detta säkerställer professionell kompetens och ett ägandeskap. Alltför ofta har samhällsorienterade folkhälsoexperter utan denna sektorspecifika kompetens utformat förslag som sedan ska "säljas in" bland dem som har ansvar och kompetens inom det aktuella området. Dessa förslag blir ofta liggande utan åtgärd bland dem som har ansvaret och den tekniska kompetensen att påverka ohälsans bestämningsfaktorer.

Kommissionens samverkan med andra aktörer som beskrivs i delbetänkandet är därför av avgörande betydelse och bör ges hög prioritet samtidigt som det bör breddas i jämförelse med de samverkanspartners som redovisas i delbetänkandet (sid 166).

Beakta behov av resurser. Ett annat vanligt misstag i folkhälsoarbetet är att man inte kostnadsberäknar olika åtgärdsförslag. Stora hälsopolitiska strategier med fokus på att utjämna de sociala skillnaderna i hälsa har – för att lättare gå igenom politiskt – presenterats med en 0kr budget eller orealistiska beräkningar som visar att insatserna leder till besparingsmöjligheter. Kommissionen bör därför när det är möjligt belysa vilka resurser som krävs för att förverkliga olika åtgärdsförslag på kort och längre sikt.

Det historiska tidsperspektivet

I beskrivningen av den nationella folkhälspolitikerna utgår kommissionen från början av 2000-talet (Prop. 2002/03:35 om Mål för folkhälsan.) Ett längre tidsperspektiv som omfattade även 1980 och 90-talens folkhälso-politiska propositioner kan ge värdefulla insikter och erfarenheter även vid utformningen av morgondagens strategier för att utjämna de sociala skillnaderna i hälsa. De två centrala propositionerna under denna period var: Prop. 1984/85:181 som har ett brett tvärsektorielt perspektiv och baseras på 14 SOU framtagna av den s.k. HS90 utredningen. Dessa offentliga utredningar fokuserade bl.a. på *"Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boendemiljö, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost"* (SOU 1984:44), *"Hälsorisker – en kunskapsammansättning"* (SOU 191:1) samt fakta om ohälsans ojämlika fördelning (SOU 1984:41.)

På basis av bl.a. dessa utredningar och kunskapsöversikter föreslås

i propositionen att hälsopolitiska jämlikhetsstrategier utvecklas som syftar till *"att öka möjligheterna till ett hälsosammare liv för de grupper som idag utsätts för de största externa hälsoriskerna."* Vidare föreslås att periodiska Folkhälsorapporter utarbetas som visar såväl utvecklingen av hälsans bestämningfaktorer som hälso-utvecklingen inom olika befolkningsgrupper. Regeringen föreslår i denna proposition även att samordningen av det tvärssektoriella folkhälsoarbetet på nationell nivå sker i *"ett nationellt hälsopolitiskt råd enligt WHO:s intentioner."*

Prop 1990/91:175 (*"Om vissa folkhälsofrågor"*) slår fast att *"Ökad jämlikhet skall vara ett överordnat mål vid prioriteringar i folkhälsoarbetet. Insatser som medför att de sämst ställdas situation förbättras bör komma i första hand."* Propositionen belyser förutsättningar för *"en hållbar utveckling ur ett folkhälso-perspektiv."* samt att *"regeringen avser att ge statliga myndigheter med ansvar inom olika samhällssektorer i uppdrag att utarbeta hälsopolitiska jämlikhetsstrategier."* Vidare föreslås att ett nationellt folkhälsoinstitut inrättas den 1 januari 1992.

Denna proposition är en vidareutveckling och breddning av den tvärssektoriella politik för en bättre och jämlikare hälsa som riksdagen fastställde när de antog prop. 1984/85:181. Den är samtidigt den första renodlade folkhälsopropositionen vars omfattande underlagsstudier bl.a. fokuserade på *"Folkhälsan och den offentliga sektorn"* (rapport nr 11) och redovisade ett förslag till en nationell strategi för hela folkets hälsa (rapport 12). Dessa rapporter togs

fram av en nationell utvecklings- och samordningsgrupp för det tvärssektoriella folkhälsoarbetet – *"Folkhälsogruppen."* Statssekreteraren vid Socialdepartementet var ordförande i Folkhälsogruppen som förutom en expertgrupp av ledande forskare hade som ledamöter generaldirektörerna för Arbetarskyddsstyrelsen, Boverket, Statens livsmedelsverk, Statens naturvårdsverk, Skolöverstyrelsen, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen.

Den politiska viljan att minska de sociala skillnaderna i hälsa och åtgärder för att främja detta mål har knappast belysts tydligare än i prop. 1990/91:175 och dess underlagsstudier.