

Mer jämlika villkor och möjligheter för mer jämlik hälsa - Kommissionen för jämlik hälsa och det fortsatta arbetet

Olle Lundberg

Olle Lundberg, professor och tidigare ordförande för Kommissionen för jämlik hälsa, samt ledamot av Agenda 2030-delegationen (Fi 2016:01) och Jämlikhetskommissionen (Fi 2018:07)
Institutionen för folkhälsovetenskap, Stockholms universitet
E-post: olle.lundberg@su.se

Kommissionen för jämlik hälsa redovisade sina bedömningar i tre steg. Först gjordes en ingående genomgång av hur ojämlikhet i hälsa uppstår via skilda villkor och möjligheter för människor i olika sociala grupper. Därefter analyserades det folkhälsopolitiska ramverket, och förslag lades på ett nytt övergripande mål, en ny mål- och uppföljningsstruktur, samt en ny policyprocess för att nå mer jämlik hälsa. Slutligen lades ett antal förslag på åtgärder som skulle bidra till minskad ojämlikhet i villkor, möjligheter och hälsa. Detta låg till grund för en proposition med förslag på ett nytt övergripande mål och nya målområden, vilka antogs av riksdagen den 14 juni. Arbetet för en god och jämlik hälsa har därmed fått en ny struktur, och drivs vidare i flera sammanhang.

The Swedish Commission for Equity in Health presented its work in three steps. First, a detailed review of how health inequalities are generated as a result of unequal conditions and opportunities was presented. Second, a new overarching objective, a new objective structure for monitoring and follow-up and a new policy process was proposed. Third, specific proposals that would contribute to more equity in conditions, opportunities and health were put forward. This formed the basis for a Government Bill including a new overarching objective and a new objective area structure, which was passed by the Parliament on June 14th. Work for good and equitable health has thereby been given a new structure, and is now pursued in a number of contexts.

Ojämlikhet som en generell utmaning

Ojämlikhet är inte en abstrakt fråga utan en verklighet som präglar många människors liv och vardag. Ojämlika livsvillkor och möjligheter skapar påfallande olika förutsättningar för

människor, och dessa ojämlikheter i förutsättningar bidrar aktivt till ojämlikheter i utfall. Även om alla människor skulle ha samma individuella egenskaper och förmågor kommer den som har lite mer också ha större möjlighet att få lite mer. Per Molander

(2014) illustrerar detta elegant med Sten Selanders (1926) dikt om pojkar som spelar kula, där den som har fler kulor också har större chans att vinna bara därför att han har flest kulor. Den som har färre kulor måste vara skickligare på spelet för att jämna ut chanserna (Molander 2014, sid. 15-20).

Det finns förstås många exempel på människor som lyckas trots sämre förutsättningar, men generellt skapar bristande resurser inte enbart minskade chanser utan påverkar dessutom handlingsmönster och prioriteringar på ett sätt som ytterligare förstärker resursbristen. Bland annat kommer människor med små resurser nödgas att prioritera de akuta problemen, även om detta på sikt förvärrar deras situation (Mullainathan och Shafir 2014). Det finns alltså flera olika mekanismer som sammantaget innebär att ojämlikhet i människors villkor och möjligheter tenderar att förstärkas över tid och mellan generationer.

Ojämlikhet skapar hinder och svårigheter för enskilda människor, men inverkar även negativt på hela samhället. Inom den ekonomiska ojämlikhetens område har detta lyfts av OECD (2015), som menar att den ökande inkomstojämlikheten begränsat tillväxten med 4,7 procent mellan 1990 och 2010. Man pekar därutöver på konsekvenser för tillit. Ojämlikhet är därmed inte enbart ett problem för de som har de sämsta villkoren och minsta möjligheterna i ett samhälle, utan ett problem för hela samhället.

Mycket av diskussionen om ojämlikhet handlar primärt om den ekonomiska ojämlikheten (Atkinson 2015; Piketty 2014). Den ekonomiska ojäm-

likheten är väldigt viktig, men måste ses i ett större sammanhang av ojämlikhet i villkor och möjligheter mer generellt. Inte minst är ojämlikhet i hälsa och dödlighet centralt. Detta dels för att det handlar om skillnader i liv och död, om själva grunden för vår existens, men också för att ojämlikhet i hälsa utgör den mest dramatiska konsekvensen av ojämlikheter inom andra livsområden. Detta har under det senaste decenniet också uppmärksamats utanför folkhälsovetenskap och epidemiologi (se t.ex. Therborn 2013; Deaton 2013).

Mot denna bakgrund är det fullt naturligt att mycket arbete och möda har lagts på att förstå ojämlikhet i hälsa och hur denna kan påverkas. Detta arbete har pågått mer eller mindre intensivt alltsedan den brittiska Black report presenterades 1980 (i kortad och reviderad pocketutgåva av Townsend och Davidson 1982), och inte minst i Sverige har påtagliga avtryck gjorts också i politiken (Prop. 2002/03:35). Under det senaste decenniet har detta arbete kommit in i en ny fas, där Commission on Social Determinants of Health (2008) markerar startpunkten. I Sverige har ett intensivt arbete bedrivits lokalt och regionalt med Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö som första större arbete, följt av motsvarande initiativ i Västra Götaland, Östergötland, Göteborgs stad, Region Örebro, Stockholms stad, och landstinget i Blekinge för att nämna några exempel.

När regeringen Löven tillträdde 2014 aviserade man redan i Regeringsförklaringen att man ville sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation, och för detta ändamål avsåg

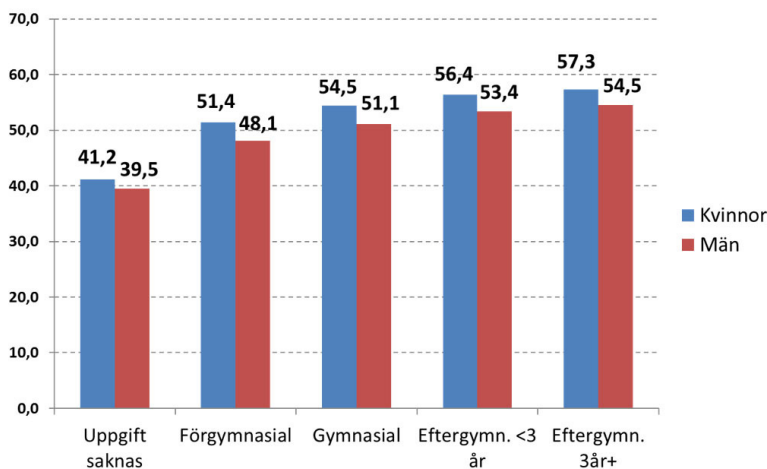
att tillsätta en Kommission för jämlik hälsa. Jag fick förmånen att leda detta arbete, och förordnades som ordförande för Kommissionen den 4 juni 2015. Arbetet inleddes mer konkret i och med att övriga kommissionärer utsågs den 21 augusti 2015¹. Slutbetänkandet överlämnades den 2 juni 2017 till finansminister Magdalena Andersson och folkhälso- och sjukvårdsminister Annika Strandhäll.

I denna artikel avser jag att presentera vår syn på vad ojämlikhet i hälsa är och hur denna ojämlikhet uppkommer, översiktligt redogöra för hur vi menade att ojämlikhet i hälsa kan minskas, samt även beskriva hur våra förslag har processats och hur de relaterar till arbetet i Agenda 2030-delegationen och Jämlikhetskommissionen.

Vad är ojämlikhet i hälsa?

Kommissionen menar att ojämlikhet i hälsa utgörs av systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position, och att dessa tar sig två delvis olika uttryck – dels som en gradient som löper genom hela samhället, dels som hälsoproblem i grupper i särskilt utsatta situationer eller positioner.

Dessa två aspekter av den ojämlika hälsan – gradienten och marginalgrupperna – framkommer tydligt om återstående medellivslängd vid 30 års ålder redovisas efter utbildningsnivå (Figur 1). För både män och kvinnor var skillnaden i återstående livslängd cirka 6 år 2015 (6,4 år för män, 5,9 för kvinnor), med en gradvis ökning av livslängden med ökad utbildning. Även om skillnaderna i livslängd



Figur 1. Återstående medellivslängd vid 30 år, Inrikes födda män och kvinnor, 2015. Källa SCB.

¹ Ledamöter i Kommissionen var Maria Albin (professor i arbets- och miljömedicin), Åke Bergmark (professor i socialt arbete), Laura Hartman (docent i nationalekonomi), Margareta Kristenson (professor i socialmedicin och folkhälsovetenskap), Ingvar Nilsson (nationalekonom) t.o.m. den 22 december 2016, Per Nilsson (professor i pedagogik), Anna Sjögren (docent i nationalekonomi), Denny Vägerö (professor i medicinsk sociologi), Ing-Marie Wieselgren (medicin doktor och specialist i psykiatri) och Per-Olof Östergren (professor i socialmedicin).

också är gradvis mindre på högre utbildningsnivåer skiljer det 1 år mellan människor med kortare respektive längre eftergymnasial utbildning.

Helt vid sidan om denna gradient finns den lilla grupp som saknar uppgift om utbildning, bland vilka medellivslängden är 10,2 respektive 8,6 år kortare än bland kvinnor och män med förgymnasial utbildning. Bland inrikes födda mycket liten och inkluderar sannolikt många med tidiga hälsoproblem, men representerar just därför också väldigt tydligt en grupp i marginaliserad och utsatt position i samhället.

Samtidigt som dessa medelvärden är en korrekt redovisning av omfattningen av ojämlikhet i livslängd i Sverige i närtid, ger de också lätt ett intryck av förutbestämthet. Detta förstärks sannolikt av ett språkbruk där ”sociala bestämningsfaktorer” blir viktiga för att förstå dessa skillnader i medelvärden. Men även om skillnaderna i medellivslängd är reella är de sannerligen inte ett uttryck för förutbestämda mönster. Tvärtom finns en påtaglig variation inom varje utbildningsgrupp, och den mest vanliga åldern att avlida är betydligt mer lika mellan utbildningsgrupperna (SOU 2016:55, sid 55, Figur 2.5 och 2.6). Samtidigt, och det är centralt, finns också en påtaglig skillnad i spridningen inom grupperna, och där spridningen inom gruppen med förgymnasial utbildning ökar tenderar den snarare att minska bland dem med eftergymnasial utbildning. Sammantaget pekar detta på att en viktig, och sannolikt allt viktigare, drivkraft bakom den ojämlikhet i medellivslängd vi finner är skillnader

mellan utbildningsgrupperna i tidig dödlighet (SOU 2016:55, sid 60, Tabell 2.1).

Kommissionen noterade även att skillnaderna i livslängd har tenderat att öka över tid, bland män därför att de med kortare utbildning haft en lägre ökningstakt medan det bland kvinnor är så att de med kort utbildning i stort sett haft en närmast obefintlig utveckling av livslängden. Denna utveckling har fortsatt och accentuerats under senare år, visar nya beräkningar från SCB som täcker perioden 2012–2017 (SCB 2018). För kvinnor med kort utbildning har medellivslängden till och med minskat.

Som Kommissionen också redovisade (SOU 2017:47, sid. 41–44) uppkommer en påtaglig del av den totala skillnaden i livslängd mellan hög- och lågutbildade av dödligheten mellan 30 och 79 års ålder (2,2 år för kvinnor, 3,2 år för män). Bland männen ser vi också att ett påfallande stort bidrag kommer från åldersgrupperna 30–44 år (1 av 3,2 år), och merparten av detta orsakas av olycksfall, förgiftningar och självmord. Hela 25 procent av ojämlikheten i livslängd mellan hög- och lågutbildade män 30–79 år drivs av skillnader i olyckor och självmord bland 30–44-åringar. Detta pekar tydligt på behoven av såväl generella insatser som mer riktad prevention.

Hur uppkommer ojämlikhet i hälsa?

Ojämlikhet i hälsa uppkommer som ett resultat av ojämlikhet mellan olika sociala grupper i såväl tillgång till resurser som i handlingsutrymme. Mer

precist argumenterade Kommissionen för att såväl villkor och möjligheter inom en rad centrala livsområden liksom möjligheterna och förmågan att agera och använda de resurser som är tillgängliga är ojämnt fördelade.

Detta anknyter till klassisk svensk välfärdsforskning (Johansson 1970; Fritzell och Lundberg 2000), men även till en kärnpunkt i Amartya Sens arbeten om ”capabilities” (eller ”förmågor”) (Sen 2009; Robeyns 2005). En bärande tanke i litteraturen kring ”capabilities” är att resurser måste omvandlas till ”förmågor” att göra eller bli det man vill. Ojämlighet kan därför uppstå redan i fördelningen av resurser, men även i omvandlingen av resurserna till ”förmågor”. Även de val människor gör bland den uppsättning ”förmågor” de har styrs delvis av sociala faktorer och processer, vilket innebär att ojämlighet kan uppkomma även i övergången från möjliga liv till faktiskt levda liv (från ”capabilities” till ”achieved functionings” i Sens terminologi).

Kommissionen identifierade sju centrala livsområden där ojämligheter i villkor och möjligheter är särskilt avgörande för uppkomsten av ojämlighet hälsa. Dessa är:

1. det tidiga livets villkor,
2. kompetenser, kunskaper och utbildning,
3. arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö,
4. inkomster och försörjningsmöjligheter,
5. boende och närmiljö,

6. levnadsvanor, samt
7. kontroll, inflytande och delaktighet².

Sämre villkor och möjligheter inom dessa sju livsområden tenderar att omsättas till ohälsa via åtminstone tre olika processer, nämligen 1) skillnader i risker, 2) skillnader i sårbarhet/mottaglighet samt 3) skillnader i de sociala och ekonomiska konsekvenserna av ohälsa. Ojämlika livsvillkor omsätts därmed till ojämlika hälsovillkor.

Som nämndes inledningsvis tenderar ojämligheter att vara självförstärkande – de som har lite mer har större chanser att få lite mer. Detta resonemang är kanske enklast att se när det gäller ekonomiska resurser, men gäller i princip för många slag av resurser. Detta innebär att resurser inom de sju livsområden som vi lyfte fram (plus hälsa) är sammankopplade, ömsesidigt förstärkande, och samspekar över hela livet. Skillnader i handlingsutrymme och handlingsstrategier är delvis betingade av de resurser en person har tillgång till, men också av andra sociala faktorer. Ojämlighet i hälsa uppkommer därför att hälsan och dess bestämningsfaktorer ingår i ett pågående samspel över hela livet, vilka sammantaget bidrar till ojämlighet i risker för ohälsa, en ojämlighet i mottaglighet eller sårbarhet för dessa risker, samt ojämlighet i konsekvenser av ohälsa.

² Till detta bör läggas att hälsa självfallet är såväl en viktig resurs som ett viktigt utfall, men att hälsa och ojämlighet i hälsa utgjorde Kommissionens ”beroende variabler” och därmed inte togs upp här.

Åtgärder för att minska ojämlikhet i hälsa

En minskad ojämlikhet i tillgång till resurser över en rad olika livsområden samt minskad ojämlikhet i handlingsutrymme skulle bidra till att sluta hälso-gapen. För åstadkomma detta krävs mer av likvärdighet inom alla de verksamheter som kan kopplas till våra livsområden, dvs. att större och delvis annorlunda insatser görs för människor med större behov. Detta kräver i sin tur en långsiktig och pågående policyprocess. Kommissionen hade därför två huvudinriktningar på våra förslag – processer för att arbeta sammanhållet och systematiskt, samt konkreta åtgärder för mer jämlika villkor och möjligheter.

En uppgraderad policyprocess kring hälsa och jämlikhet

Sedan 2003 har Sverige haft ett folkhälsopolitiskt ramverk som är tvärsektorielt. Kommissionen gjorde därför en omfattande analys av hur detta ramverk fungerar, vilken dels baserades på en enkät till samtliga kommuner och landsting/regioner, samt till 40 myndigheter, dels på genomgång av tidigare utvärderingar samt jämförelser med andra tvärsektorieella politikområden (exempelvis jämställdhetspolitiken och ungdomspolitikerna).

Baserat på den analys av det existerande ramverket som vi därmed kunde genomföra, identifierade vi ett antal svagheter och problem (SOU 2017:4). För att arbetet för mer jämlik hälsa ska bli framgångsrikt krävs att det verkligen bedrivs brett över alla de livsområden (sektorer) vi pekat

ut, medan det existerande ramverket trots goda intentioner hade kommit att handla om ANDT, smittspridning och annat som är ”internt” folkhälsoarbete. Vill man bredda arbetet och åstadkomma ett aktivt bidrag från olika sektorer krävs också att det bedrivs på ett sätt som skapar medägarskap. Någon sådan funktion har dock inte funnits.

Den kanske viktigaste slutsatsen vi drog från vår analys var att arbetet för god och jämlik hälsa måste bedrivs kontinuerligt, löpande och systematiskt över en längre tid. Det finns därför ett påtagligt behov av en tydlig policyprocess, vilken också behöver en ”motor” för att driva framåt. Detta har inte heller funnits för det folkhälsopolitiska ramverket som helhet, men vi fann ett gott exempel i arbetet med ANDT-strategin.

För att få det befintliga ramverket att fungera som avsett lade vi ett antal förslag till förändringar av de delar i ramverket vi identifierade som otillräckliga. Vi ville se ett tydligare övergripande mål med ett ökat fokus på jämlikhet, för att därigenom koppla ihop regeringens mål med det riksdagsbundna målet i det folkhälsopolitiska ramverket från 2003. De befintliga målområdena behövde också revideras för att skapa en större tydlighet och ett bredare angreppssätt i mål- och uppföljningsstrukturen. För detta ändamål föreslog vi att de sju livsområden vi lanserat som centrala skulle forma sju nya målområden, kompletterat med ett åttonde målområde benämnt En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Tillsammans med ett nytt övergripande mål med

mer fokus på såväl god som jämlik hälsa skulle detta åstadkomma en mer funktionell struktur för arbetet.

Till denna föreslagna struktur för arbetet med att minska hälsoklyftorna kommer behovet av en pågående process, med andra ord den motor som driver arbetet löpande, långsiktigt, brett och dynamiskt i ett föränderligt samhälle, och där även aktiv involvering av relevanta aktörer och sektorer skapas. Vi lyfte möjligheten att skapa jämlikhetsbudgetering där den kraftfulla motor som budgetprocessen utgör utvecklas så att jämlikhetsbedömningar av förslag och insatser genomförs rutinmässigt (i linje med den jämställdhetsbudgetering som tillämpats av den förra regeringen).

Vårt huvudförslag till en ny policyprocess med de egenskaper som vi såg som nödvändiga var istället att regeringen systematiskt skulle arbeta fram strategier för att skapa bättre samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Inom ramen för dessa strategier menade vi att konkreta del- och etappmål borde formuleras, och att arbetet bör bedrivas i samarbete med relevanta aktörer. Dessa strategier skulle vidare regelbundet utvärderas och omprövas i relation till uppnådda resultat. Därmed skulle en motor som driver arbetet för god och jämlik hälsa löpande och brett över alla berörda sektorer, involverar relevanta aktörer och kan anpassa sig till förändringar i samhället kunna etableras.

För att detta ska fungera krävs även en förstärkt infrastruktur i form av förstärkta resurser och förtydligade uppdrag till Folkhälsomyndigheten, men även en förstärkning av kapacite-

ten inom Regeringskansliet.

Sammantaget lade Kommissionen i sitt andra delbetänkande (SOU 2017:4) 25 förslag som dels syftade till att förstärka strukturer och kapacitet att hantera ett löpande tvärsektorieellt arbete för en god och jämlik hälsa, dels till att etablera ett långsiktigt och dynamiskt arbete kring konkreta mål och åtgärder för att uppnå detta.

Åtgärder som ger mer jämlika villkor och möjligheter

I Kommissionens slutbetänkande (SOU 2017:47) låg huvudfokus på att lämna förslag på åtgärder som kan bidra till att hälsoklyftorna sluts. Redan i vårt första delbetänkande (SOU 2016:55, sid. 165) kunde vi konstatera att de centrala livsområden/målområden vi föreslog motsvaras av ett antal existerande välfärdsinstitutioner och verksamheter. För det tidiga livets villkor utgör mödra- och barnhälsovård, förskola och föräldraförsäkring sådana redan existerande institutioner, för att ta några konkreta exempel. En utgångspunkt för våra förslag är därför att i första hand utveckla och förbättra dessa existerande institutioner och verksamheter. Huvudbudskapet är att det behövs mer likvärdighet, med olika insatser för olika behov, för att uppnå mer jämlikhet. Det kompensatoriska arbetet inom kärnverksamheterna måste helt enkelt bli bättre. Vi trycker därvid också på att det ofta är just kärnverksamheterna som är centrala. Skolan är ett tydligt exempel på detta. Även om skolan kan vara en viktig arena för olika insatser, och mer direkta insatser som ökad fy-

sisk aktivitet i skolan sannolikt vore till gagn för såväl hälsa som inlärningsförmåga, så vore den viktigaste folkhälsoinsatsen att alla barn lämnar skolan med goda kunskaper och kompetenser samt fullständiga betyg.

Mot denna allmänna bakgrund lade Kommissionen två typer av förslag. För det första lade vi ett stort antal förslag för att åstadkomma mer jämlika villkor och möjligheter, vilka organiserades efter de åtta målområden vi föreslagit. För varje målområde angav vi dels den övergripande inriktning som arbetet bör ha, dels konkreta förslag på förändringar, i många fall hämtade från utredningar som haft specialiserade uppdrag inom respektive område. För det andra lade vi förslag för att åstadkomma en mer strategisk styrning och uppföljning generellt sett, för att därigenom skapa bättre förutsättningar för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.

Detta är inte platsen att återupprepa de förslag vi presenterade, och de förslag vi lade fram var heller inte tänkta som en komplett lista av åtgärder som krävs för att sluta hälsoklyftorna, utan snarare en uppsättning av förslag som enligt vår bedömning tydligt skulle bidra till en sådan utveckling. Vår tanke var att såväl mål som åtgärder skulle processas fram i det arbete med strategier som vi menade skulle utgöra en ”motor” i den policyprocess som vi tidigare föreslagit. Men det bör noteras att Kommissionen gjorde en stor ansträngning för att lägga konkreta förslag och inte stanna på den allmänna inriktningsnivå som många tidigare nationella och internationella kommissioner fastnat på. Det är först

när man närmar sig de konkreta åtgärderna som konsekvenser i form av målkonflikter, kostnader och resursbrister också framträder tydligt

Vad har hänt med våra förslag?

Kommissionens arbete uppmärksammades och följdes av många regionala och lokala aktörer, och ett tydligt avtryck av detta kan också ses i några av de lokala/regionala rapporter som kom i samband med eller efter vårt slutbetänkande (se exempelvis Region Örebro län 2017; Göteborgs Region stad 2017). På det nationella planet har Kommissionens arbete resulterat i en proposition som överlämnades till riksdagen i april 2018 (Prop. 2017/18:249) med efterföljande behandling i riksdagen. Därutöver har andra statliga utredningar fortsatt arbetet med flera av de teman och förslag som Kommissionen lade fram.

Propositionen och riksdagsbehandling av denna

Propositionen (Prop. 2017/18:249) kan sägas bestå av tre delar, där den första delen (kapitel 3 till 5) utgör en välskrivna bakgrund och programförklaring för den övergripande inriktningen på arbetet för god och jämlik hälsa. Den andra delen (kapitel 6) innehåller förslag till ett nytt ramverk för folkhälsopolitiken med ett omformulerat övergripande mål samt en ny mål- och uppföljningsstruktur med åtta målområden. Detta kapitel innehåller även regeringens bedömningar rörande Folkhälsomyndighetens uppgifter och ansvar, liksom om uppföljningsarbetet. Den tredje delen, slutli-

gen, utgörs av en genomgång av redan beslutade förslag/åtgärder strukturerade efter de åtta målområden som föreslås.

Propositionen innehåller därmed enbart förslag kring strukturen för det samlade arbetet för god och jämlik hälsa, dvs. det som Kommissionen i huvudsak avhandlade i sitt andra delbetänkande. På Riksdagens bord låg också enbart att besluta om ett nytt övergripande mål och en reformerad struktur för målområden, medan övrigt i propositionen är sådant regeringen beslutar om, och således mer av en avsiktsförklaring. Det nya övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken som föreslogs i propositionen är ”Att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”. Detta innebär att regeringen följt Kommissionens förslag i den första delen av målet, men även lagt in slutandet av hälsoklyftorna i själva målformuleringen. De åtta målområden man föreslår är identiska med Kommissionens förslag.

Men där regeringen följer Kommissionens förslag när det gäller strukturen i form av övergripande mål och målområden avvisar man det mesta som Kommissionen föreslog när det gäller policyprocessen. Man menar att det föreslagna strategiarbetet skulle leda till alltför många strategier, samtidigt som man befarar att arbetet med varje strategi skulle vara mycket tidskrävande. Samtidigt gör man bedömningen att folkhälsostراتيجier kan vara ett viktigt verktyg som med fördel kan utarbetas på lokal och/el-

ler regional nivå på frivillig basis. På nationell nivå ser man däremot inte något behov av en sådan process för att ta fram del- och etappmål, utan menar att existerande politikområdesmål även fortsättningsvis kan ligga till grund för det samlade folkhälsoarbetet. Man avser dock att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att göra en översyn av existerande politikområdesmål i relation till de åtta nya målområdena.

Eftersom man avvisar Kommissionens förslag till arbetsprocess försvinner också de organ som Kommissionen föreslog skulle medverka i processen, som den generaldirektörsgrupp och det dialogforum för civilsamhällets organisationer som Kommissionen föreslog. Dessa ersätts i regeringens förslag av ett nationellt råd för god och jämlik hälsa, som dock enligt propositionens förslag kommer att inkludera väldigt många aktörer och enbart ha till syfte att stödja arbetet genom informations- och erfarenhetsutbyte. Det kan noteras att det Råd för god och jämlik hälsa som Kommissionen föreslog skulle inrättas med uppgift att främja forskning, utvärdering och en tätare dialog mellan relevanta aktörer, i mycket modellerat med Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi och Expertgruppen för biståndsanalys som förebilder (se SOU 2017:47, sid. 281-286), inte diskuteras i propositionen.

I riksdagsbehandling ställer sig socialutskottet (Socialutskottet 2017/18: SoU26) bakom den nya övergripande målformuleringen, och utskottets majoritet ställer sig också bakom de föreslagna målområdena (Liberalerna

önskade även ett målområde för äldres hälsa). Också ett antal andra motioner avvisas av utskottet. När frågan behandlas i kammaren antas förslagen till nytt mål och nya målområden enhälligt.

Sverige har därmed ett nytt övergripande mål³ och en ny mål- och uppföljningsstruktur med åtta målområden⁴, i princip helt enligt Kommissionens förslag. Däremot har inga av de tankar och förslag som Kommissionen lade fram rörande själva processen för att mer kontinuerligt arbeta för mer jämlik hälsa fått gehör. Detta kan förstås tolkas på flera sätt.

För det första är det förstås fullt möjligt att regeringen har rätt i sin bedömning att Kommissionens förslag skulle vara både resurskrävande och otympligt. Det finns säkert bättre tekniska lösningar på de problem som Kommissionen identifierade som centrala för att åstadkomma en löpande och långsiktig policyprocess. Vi föreslog exempelvis att man borde försöka integrera detta jämlikhetsarbete i budgetprocessen, vilket inte diskuteras i propositionen. Men det hade varit välkommet med en fylligare argumentation kring hur man istället kan hantera de strukturproblem som Kommissionen pekade på, vilka nu lämnas utan åtgärd.

För det andra är det självfallet genuint svårt att ändra befintliga strukturer, inte minst därför att sektorsindelningen i många fall är effektiv. I frågor där många aktörer arbetar

med samma fråga eller samma befolkningsgrupp utifrån sina respektive ansvarsområden blir samordning och samarbete mer lättbegripligt. Många myndigheter arbetar med frågor kopplade till tobak eller med frågor som särskilt rör ungdomar, och kan då samlas kring detta. När det gäller jämlik hälsa handlar det istället ofta om att olika aktörers kärnverksamheter måste bli mer likvärdiga. Detta innebär att det i många fall är innehåll och resultat av verksamheter som måste bli mer synkroniserade snarare än olika aktörer ska samordna sina insatser. Detta är både svårt att kommunicera och organisera, vilket kanske också förklarar regeringens behandling av våra förslag.

Inom detta område finns också ett stort behov av att tänka nytt och tänka klarare. De slagord som är välkända inom folkhälsoområdet, som ”Health in all policies”, är helt enkelt inte till någon hjälp för att åstadkomma den typ av förändring som behövs. Jag brukar ofta återkomma till en liknelse med en stor orkester. Det är ingen bra idé att alla musiker byter instrument med varandra, eller att violinisterna börjar förklara för träblåsarna hur de egentligen borde spela sina instrument. Istället är det viktigt att alla spelar sitt instrument så väl som möjligt, men också tittar på dirigenten för att spela rätt del vid rätt tidpunkt. Först då skapar man tillsammans njutbar musik snarare än en kakafoni av ljud. Detta måste vi på

³ Det nya övergripande målet är ”Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”

⁴ Det tidiga livets villkor, 2) Kompetenser, kunskaper och utbildning, 3) Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, 4) Inkomster och försörjningsmöjligheter, 5) Boende och närmiljö, 6) Levnadsvanor, 7) Kontroll, inflytande och delaktighet, samt 8) En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

något sätt lyckas överföra också till våra olika sektorer och aktörer inom det allmänna.

En rad av de planerade uppdrag och insatser som propositionen tar upp ligger på regeringen att genomföra, exempelvis uppdrag till Folkhälsomyndigheten. Vad som händer med dessa med en ny regering och en ny ansvarig minister är ännu inte klart. Med samma partier i regeringen som tidigare måste utgångspunkten dock vara att det som sades i propositionen fortfarande gäller, i synnerhet som det fanns en bred politisk enighet kring huvuddragen i propositionen.

Andra utredningar och pågående arbeten som kopplar till Kommissionen

Många av de förslag som Kommissionen lade var hämtade från andra kommittéer, och därmed har flera av de förslag vi menade skulle vara viktiga delar i en samlad politik för god och jämlik hälsa redan genomförts eller finns utredda. Ett exempel på det första är den nya Myndigheten för arbetsmiljökunskap som bildats, ett exempel på det senare är den utredning som nyligen presenterades rörande en förstärkt socioekonomisk komponent i det kommunala utjämningsystemet (SOU 2018:74). Under 2018 tillsattas även flera utredningar om likvärdighet och kvalitet inom skolan (se bl.a. Dir. 2018:71 och Dir. 2018:102).

Det finns dock några verksamheter och processer som är värda att särskilt lyftas fram. En är Agenda 2030-delegationens arbete med att peka ut hur arbetet med att nå de hållbara utvecklingsmålen ska kunna integreras i be-

fintliga processer (Dir. 2016:18). Detta arbete handlar därför i hög grad om just policyprocesser och hur dessa ska kunna genomföras med ett helt annat helhetsperspektiv än idag. Som nämnades ovan är detta genuint svårt, men förslagor finns i någon mån på finanspolitikens och klimatpolitikens områden. Där finns mål som regeringen ska arbeta mot, och kontrollinstanser som ska avgöra hur väl regeringen lyckas med detta (Finanspolitiska respektive Klimatpolitiska rådet). Utmaningen för Agenda 2030-delegationens arbete är förstås att det omfattar ännu mer än vad Kommissionens arbete gjorde.

En annan process är den kommission för mer jämlika ekonomiska villkor som regeringen tillsatte i augusti 2018 (Dir. 2018:74). Även om fokus här är den ekonomiska jämlikheten, och i första hand marknadsinkomster, så innebär uppdraget att en bred ansats måste användas, inte alls olik den som Kommissionen för jämlik hälsa använde. Denna Jämlikhetskommision kommer dock att vara mer fokuserad på konkreta åtgärdsförslag, och har därmed möjlighet att fullfölja några av de idéer och förslag som lanserades av Kommissionen för jämlik hälsa.

En tredje verksamhet kunde ha varit Delegationen mot segregation (Delmos) som haft uppdraget att bidra till att minska och motverka social och ekonomisk segregation (Förordning 2017:1085). De har bl.a. tillsammans med Tillväxtverket hanterat regeringens satsningar på socioekonomiskt eftersatta kommuner och områden inom kommuner. I budgeten som Kristdemokraterna och Modera-

ternas lade fram, och som antogs av riksdagen, ingick dock inte medel för Delmos. Det är därför i skrivande stund oklart om denna nya myndighet läggs ner eller om den likt Jämställdhetsmyndigheten får fortsätta.

Det fortsatta arbetet för mer jämlika villkor, möjligheter och hälsa

Kommissionen för jämlik hälsa pekade ut ett antal konkreta reformer av processer för arbete med det tvärsektorieella problemkomplex som ojämlikhet i hälsa utgör. De principiella problem vi identifierade gäller även genomförandet av Agenda 2030, och kan förhoppningsvis hanteras inom ramen för Agenda 2030-delegationens arbete. En förutsättning för detta är att Agenda 2030-arbetet kan införlivas som ett sätt för olika sektorer att förhålla sig till helheten, och inte blir uppfattad som en ny och sidoordnad process. Eftersom ojämlikhet i villkor och möjligheter tenderar att vara självförstärkande, där de som har lite mer också har större möjligheter att få lite mer, behövs ett pågående och systematiskt arbete om ojämlikheten ska minska.

Kommissionen för jämlik hälsa föreslog även en rad åtgärder som vi bedömde som viktiga för att öka likvärdighet och minska ojämlikhet i villkor och möjligheter inom de åtta områden vi pekade ut. Sådana åtgärder kommer på sikt också att bidra till minskade hälsoklyftor. Dessa förslag spänner över många livsområden och sektorer, och kanske kan såväl bredden som mängden av förslag ge intrycket att det är svårt eller nästan omöjligt att

åstadkomma mer jämlika villkor och möjligheter. I själva verket förhåller det sig snarare tvärt om – just bredden i de livsvillkor som bidrar till hälsoklyftorna innebär att det finns såväl enklare som mer komplexa förändringar inom alla sektorer, och att alla aktörer kan bidra med något. Även om Kommissionen lyft betydelsen av helhetssyn och ett samlat grepp måste inte alla åtgärder genomföras samtidigt och omedelbart.

Ojämlikheten kan aldrig utplånas, och det utopiska samhället utan ojämlikheter är knappast ens önskvärt. Men ojämlikhetens omfattning är inte given, utan kan påverkas. Därför kan vi också se stora variationer mellan länder idag och inom länder över tid. I Sverige har såväl den ekonomiska som hälso-mässiga ojämlikheten ökat under de senaste 30 åren. Även om många grupper också fått det bättre under samma tidsperiod är ojämlikheten en fråga som behöver stå högt på dagordningen, tillsammans med frågan om en hållbar utveckling mer generellt. Med utgångspunkt i det nya övergripande målet och den nya mål- och uppföljningsstruktur som riksdagen enhälligt antog finns nu nya möjligheter att bedriva ett arbete som skapar mer jämlika villkor, mer jämlika möjligheter och därmed också mer jämlik hälsa.

Intressekonflikter

Inga intressekonflikter finns att rapportera.

Författarens tack

Författaren ansvarar ensam för utformning av och ståndpunkter i denna text. De tankar och förslag som presenterades av Kommissionen för jämlik hälsa var dock i hög grad resultatet av ett gemensamt arbete där många människor bidrog. Dit hör först och främst mina kommissionärskollegor (listade i fotnot 1) som med sina skilda expertkunskaper och synpunkter formade arbetet. Kommissionens arbete präglades också av sekretariatets omfattande kompetenser och kunskaper. Där ingick Magdalena Brasch (huvudsekreterare), Anna Balkfors (sekreterare), Jakob Larsson (sekreterare), Petra Mårselius (sekreterare), Helena Månsson (sekreterare), Elin Sandberg (sekreterare), Frida Ashbourne (praktikant) samt Anna Nyman (praktikant). Arbetet påverkades också av alla de möten Kommissionen hade med kommuner, regioner/landsting, myndigheter, utredningar, organisationer och experter. Ett stort tack till er alla!

Referenser

- Atkinson, A. (2015). *Inequality. What can be done?* Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the Gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health.* Geneva: WHO.
- Deaton, A. (2013). *The Great Escape. Health, wealth and the origins of inequality.* Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Dir 2016:18. *Genomförande av Agenda 2030 för hållbar utveckling.* Stockholm: Finansdepartementet.
- Dir. 2018:71. *Ökad likvärdighet genom minskad skolegregation och förbättrad resurstilldelning.* Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Dir. 2018:74. *En kommitté för ökad ekonomisk jämlikhet.* Stockholm: Finansdepartementet.
- Dir 2018:102. *Stärkt kvalitet och likvärdighet i fritidshem och pedagogisk omsorg.* Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Fritzell, J, Lundberg, O. (2000). *Välfärd, ofärd och ojämlikhet.* SOU 2000:41. Stockholm: Fritzes.
- Förordning (2017:1085) med instruktion för Delegationen mot segregation.
- Göteborgs stad (2017). *Jämlikhetsrapporten 2017. Skillnader i livsvillkor i Göteborg. Jämlikt Göteborg.*
- Johansson, S. (1970). *Om Levnadsnivåundersökningen.* Stockholm: Allmänna förlaget.
- Mullainathan, S, Shafir, E. (2014). *Scarcity. The new science of having less and how it defines our lives.* New York: Picador.
- OECD (2015). *In It Together: Why Less Inequality Benefits All.* Paris: OECD Publishing.
- Molander, P. (2014). *Ojämlikhetens anatomi.* Stockholm: Mån-pocket fakta.
- Piketty, T. (2014). *Capital in the Twenty-First Century.* Cambridge, MA.: Harvard University Press
- Prop. 2017/18:249. *God och jämlik hälsa – en ut-*

tema

- vecklad folkhälsopolitik. Stockholm: Socialdepartementet.
- Region Örebro län (2017). För en jämlik hälsa i Örebro län. Utmaningar och förslag på åtgärder. Slutrapport, Kommission för jämlik hälsa.
- SCB (2018). <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/demografisk-analys/pong/statistiknyhet/demografisk-analys-livslangdstabeller-efter-utbildningsniva/> (Besökt 2018-11-15)
- Selander, S. (1926). Staden och andra dikter. Stockholm: Bonniers.
- Robeyns, I. (2005). The Capability Approach: a theoretical survey, *Journal of Human Development*, 6(1): 93-117.
- Sen, A. (2009). The idea of justice. London: Allen Lane.
- Socialutskottet 2017/18:SoU26. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.
- SOU 2016:55. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm: Wolters Kluwer.
- SOU 2017:4. För en god och jämlik hälsa. En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm: Wolters Kluwer.
- SOU 2017:47. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm: Wolters Kluwer.
- SOU 2018:74. Lite mer lika. Översyn av kostnadsutjämningen för kommuner och landsting. Stockholm: Wolters Kluwer.
- Therborn, G. (2013). The Killing Fields of Inequality. Cambridge: Polity Press.
- Townsend, P, Davidson, N. (1982). Inequalities in Health. The Black Report. Harmondsworth: Penguin Books.