

Vad gör vi nu?

Det är i år lite drygt 100 år sedan H W Hill publicerade en skrift med titeln *The New Public Health*.¹ Med stöd i alla de framsteg som de medicinska vetenskaperna gjorde under den andra hälften av 1800-talet beträffande experimentella metoder och möjligheterna att isolera specifika orsaker till sjukdom och lidande, formulerade Hill principerna av vad han kallade det nya folkhälsoarbetet. Till skillnad från det gamla folkhälsoarbetet vilket befattade sig med ogynnsamma miljöer och samhällsförhållanden – till exempel det arbete John Snow gjorde för att klarlägga källan till kolerautbrott i London och Friedrich Engels studie av den arbetande klassens läge i England — och hur detta påverkade hälsotillståndet i befolkningen (läs infektionssjukdomar), menade Hill att det nya folkhälsoarbetet istället hade individen i fokus:

“The essential change is this: The old public health was concerned with the environment; the new is concerned with the individual. The old sought the sources of infectious diseases in the surroundings of man; the new finds them in the man itself.” (sid. 8)

Den nya folkhälsovetenskapen version 1.0 såg populationer som aggregat av individer och att förbättra folkhälsa handlade om att förbättra individens hälsa för så många som möjligt. Det

förefaller nu som om pendeln svängt tillbaka. Under de senaste två-tre decennierna har vi kunnat se konturerna av ett nytt folkhälsoarbete version 2.0 växa fram. I denna uppgradering återuppstår intresset för det omgivande samhället, framför allt i betydelsen av hur ekonomiska och politiska faktorer, ovanför den enskilda individens huvud, påverkar *fördelningen* av hälsa och sjukdom inom en befolkning. Ojämlighet i hälsa har blivit ett av de dominerande forskningsfälten inom folkhälsovetenskaplig forskning och avspeglar sig även i många policydokument som rör folkhälsoområdet.

Insikten om folkhälsoarbetets politiska karaktär har vunnit terräng mycket tack vare den kunskap om sambanden mellan människors livsvillkor och deras hälsotillstånd som genererats inom detta område. I viss mån har denna kunskap påverkat policyutvecklingen inom hälsopolitiken. Ett illustrativt exempel är den sammanställning av nyckelord i projektbeskrivningar för EU-finansierade projekt för att motverka ojämlikhet i hälsa dels under perioden 2003 – 2009, dels 2010 – 2017 (figur 1). Här framträder fr.a. begrepp som har att göra med analys och mätningar under den tidigare perioden medan under den senare är begrepp associerade med policyutveckling och ”action” mer framträdande.

Därför skulle man kunna tro att våra beslutsfattare tar till sig slutsatser från

¹ HW Hill *The New Public Health* (1916) <https://archive.org/details/newpublichealt00hill>



Figur 1 Key words i EU-projekt för att motverka ojämlikhet i hälsa under 2003 - 2009 (vänster) och 2010 - 2017 (höger). (Presentation av Giuseppe Costa, under JAHEE-preconference, 11th European Public Health Conference 28 nov – 1 dec 2018)

forskningen på området och omsätter dem till politiska beslut för att på rationella grunder minska ojämlikhet i hälsa. Men verkligheten är mer komplex. Som bl.a. Katherine Smith visat tycks det inte finnas särskilt starka samband mellan graden av vetenskapliga evidens för olika strategier för att minska ojämlikheter och sannolikheten för att dessa ska återspeglas i policyer eller omsättas i praktisk handling². Möjligen kan man ana att åtgärder som syftar till att påverka faktorer knutna till den enskilda individen, ”downstream”, har lättare att finna en plats på beslutsfattarnas bord än faktorer ”upstream the individual” som syftar till att påverka ogynnsamma *strukturella* förhållanden trots att dessa sannolikt har en större potential att påverka skillnader i livsvillkor och hälsa.

Därmed brottas många aktörer idag med att förstå bättre hur ny kunskap kan födas in i politiska beslut om hur samhället bör formas för att minska

hälsoskillnader. Det är uppenbart att politiska församlingar och deras förvaltningar har svårt att hantera den komplexitet som fenomenet ojämlikhet i hälsa utgör. Detta temanummer handlar om denna komplexitet. Temanumret är det femte som SMT publicerat om teori och praktik kring ojämlikhet i hälsa och syftar till att ge en bild av hur arbetet med att minska ojämlikhet i hälsa ser ut i Sverige idag.³ Numret tar sin utgångspunkt i den folkhälsopolitiska propositionen riksdagen beslutade om i juni 2018 för att därefter komma in på förutsättningar för att kunna omsätta intentionerna i riksdagsbeslutet i handling samt med några exempel återspegla vad som görs i praktiken.

I den inledande artikeln redovisar *Olle Lundberg* huvuddragen i den nationella Kommissionen för jämlik hälsa, för vilken Lundberg var ordförande, och hur kommissionsarbetet relaterade till arbetet i Agenda 2030-delegationen och Jämlikhetskommissionen.

² Smith, K. (2013). Beyond evidence based policy in public health. The interplay of ideas. . Basingstoke: Palgrave Macmillan

³ Se Vol 88, Nr 4 (2011):Post Marmot - Om sociala skillnader i hälsa; Vol 91, Nr 3 (2014): Sociala investeringar; Vol 91, Nr 5 (2014): Malmökommissionen visar vägen och Vol 95, Nr 5 (2016): Arbeta för jämlik hälsa.

Lundberg diskuterar också den folkhälsopolitiska propositionen, riksdagsbeslutet och reflekterar över vad som hänt därefter.

Finn Diderichsen tar i sitt bidrag upp begreppet sårbarhet och hur det hänger samman med hälsa. Medan det inom epidemiologin används framför allt om individer och grupper har begreppet även en politisk sida – sårbarheten formas av mänsklig aktivitet och även om vi alla i en viss mening är sårbara leder den samhällliga kontexten till att somliga är mer sårbara än andra.

Den samhällliga kontexten är inte enbart något i vilken den autonoma individen agerar utan är också den kontext som möjliggör autonomi och kapabilitet. Här finner *Diderichsen* en intressant koppling till en hållbar utveckling och hur hållbarhetsarbetet präglas av att påverka samhälliga exponering, mottaglighet och kapabilitet. Det blir tydligt att den traditionella epidemiologin inte räcker till för att tillgodose behovet av kunskap om hur vi kan förstärka kapabilitet och minska sårbarhet – här finns andra kunskapsintressen. Begreppet sårbarhet blir ett begrepp som binder samman ”den jämlika hälsan” med ”det hållbara samhället”

Sir Michael Marmot formulerade kärnfullt behovet av att mäta ojämlikhet i hälsa för att något ska hända: ”no data – no problem, no problem – no action”. Men hur ska det mätas? *Denny Vågerö* reflekterar över detta i sitt bidrag. Han pekar på betydelsen av att ha tillgång till registerdata och de fördelar det för med sig att kunna koppla ihop olika register för att följa hur

graden av ojämlikhet i hälsa utvecklas och för att bättre kunna förstå varför ojämlikheter utvecklas som de gör. I en initierad redovisning av framväxten av hur det svenska hälsoinformationssystemen utvecklats blir det tydligt att vi i Sverige har stora fördelar framför många andra länder men också vissa svagheter som till exempel det allt större bortfallet i surveyundersökningar av olika slag, vilket äventyrar generaliserbarheten av resultaten från sådana undersökningar. *Vågerö* argumenterar starkt för att en mindre fragmenterad och mer systematisk bevakning behövs för att följa hur ojämlikhet i hälsa utvecklas och skisserar ett antal väsentliga komponenter i ett sådant system och hur det skulle kunna utvecklas.

Elisabeth Fosse tar sin utgångspunkt i ett pågående projekt, ”Jämlik hälsa – Förutsättningar på nationell nivå” finansierat av Nordens välfärdscenter, och syftar till att jämföra den nationella politiken för att utjämna ojämlikhet i hälsa i vardera av de nordiska länderna. De skandinaviska länderna framstår i ett internationellt perspektiv som välfärdsstater med goda förutsättningar för att utveckla en stark utjämnande politik. *Fosse* visar emellertid på viktiga olikheter i ländernas hälsopolitik och diskuterar vilka konsekvenser dessa kan ha för möjligheterna att faktiskt kunna utjämna hälsoojämlikheter. Att minska ojämlikhet i hälsa är inte bara en fråga om goda vetenskapliga argument – det är också väsentligt att det finns ett politiskt stöd.

John Holmberg argumenterar i sin artikel för att fokusera på *varför*- och

hur-frågorna snarare än på *vad*-frågan, vilken han menar alltför ofta leder till att alltför lite blir gjort. För att flytta fokus tar Holmberg utgångspunkt i de tre begreppen transformation (omställning), integration (samverkan) och universalitet. Han pekar på vikten av att starta i framtiden – ”en tydlig idé om vad som är viktigt att styra mot ger syfte och riktning” – och att ge tid för att reflektera om varför en transformering är viktig kan ge avsevärd kraft till en omställningsprocess.

Jonas Frykman redovisar hur arbetet med Agenda 2030 bedrivs i Sverige och konstaterar att uppdraget har flera kopplingar till arbetet för att minska ojämlikhet i hälsa. En av de tre principerna bakom Agenda 2030 är att ingen ska lämnas utanför. Just genom att Agenda-arbetet bygger på att varje land står inför specifika utmaningar för att kunna uppnå målen kan arbetet till stor del samordnas med det som sker för att minska ojämlikhet i hälsa och på så sätt uppnå synergieffekter. Agenda 2030-delegationen har identifierat sex prioriterade områden där man anser att utmaningarna är som störst: ett jämlikt och jämställt samhälle, Hållbara städer, en samhällsnyttig och cirkulär ekonomi, ett starkt näringsliv med hållbara affärsmodeller, hållbara och hälsosamma livsmedel samt stärkt kunskap och innovation. I Frykmans redovisning framgår tydligt kopplingarna mellan dessa prioriterade områden och förslagen från Kommissionen för Jämlik Hälsa. Den nya folkhälsopolitiken ingår som ett av flera initiativ i genomförandet av Agenda 2030.

Men vad är det då som sker i olika

delar av landet? Det är förstås svårt att göra en fullständig inventering av alla de insatser som gjorts och görs för att motverka ojämlikhet i hälsa. Men vi har bett representanter för några av de initiativ som på regional och kommunal nivå var tidigt ute med egna satsningar att berätta om vad som hänt och vad som pågår just nu.

Östgötakommissionen var en av dessa satsningar. *Margareta Kristenson* berättar i sitt bidrag om hur arvet efter kommissionens arbete förvaltats. Kommissionsarbetet präglades av ett systematiskt förankringsarbete som nu bär frukt och har möjliggjorts genom att regionförbundet Östsam i slutet av 2014 beslöt att stödja kommissionens rekommendationer. Regionbildningen gjorde det möjligt att vidga arbetet till fler politikområden i enlighet med *hälsa i alla politikområden*. Men det saknas inte utmaningar. Kristenson pekar på vikten av att den nationella nivån finns med – ”Om man ser regionen och kommunerna som möjliggörare för individen att ta ansvar för sin hälsa så kan man se staten som möjliggörare för kommunerna och regionen att uppfylla detta uppdrag”. Det är också viktigt att skapa förutsättningar för att vidmakthålla de nätverk och strukturer som byggts upp i Östergötland och Kristenson understryker här vikten av att det etableras en tjänstemannakontinuitet där vunnit kunskap och erfarenheter förvaltas och ny utvecklas. Kristenson beskriver även hur Agenda 2030 arbetet integreras i arbetet för att motverka ojämlikhet i hälsa.

Även i Västra Götaland genomfördes tidigt ett ”kommissions-arbete”. Det

har utvecklats i en annan riktning än i Östergötland. *Elisabeth Bengtsson* skriver om hur Västra Götalandsregionen fokuserat sitt arbete mot ojämlikhet i hälsa kring skolresultat. Anledningen är den sedan många år nedåtgående trenden i skolresultat som likt riket i övrigt försämrats. Västra Götalandsregionen har därför tagit initiativ till en samverkan mellan en rad samhällsaktörer kallad ”kraftsamling fullföljda studier” vilken försöker samordna insatser för att förbättra skolresultaten och i första hand att få fler elever att lämna grundskolan med gymnasiebehörighet.

Med utgångspunkt i Malmö stads arbete med att implementera förslagen från Malmökommissionen diskuterar *Anna Balkfors*, tidigare huvudsekreterare i Malmökommissionen, i sitt bidrag hur man ska kunna mäta och värdera effekter av insatser som syftar till att minska ojämlikhet i hälsa. Staden har valt att upphandla en extern utvärdering som ska analysera processen och organiseringen av arbetet efter Malmökommissionen samt att analysera resultat och effekter av de initiativ som genererats ur Malmökommissionen och de beslut som kommunstyrelsen fattat som en grund för framtida prioriteringar. *Balkfors* diskuterar förutsättningar och utmaningar som finns i att utvärdera en policyprocess som den i Malmö stad.

Peter Molin har alltsedan starten 2012 varit involverad i Göteborgs stora satsning Jämlikt Göteborg och berättar i sitt bidrag om hur det arbetet har utvecklats över åren. Det utmärker sig genom en grundlig förankring i samtliga stadens förvaltningar där

ledningsfunktionerna har fått ett stort ansvar för att se till att upprättade planer följs.

Även i Göteborg har Agenda 2030 blivit en del av det strategiska arbetet och man strävar efter att integrera agenda-arbetet i processen kring Jämlikt Göteborg.

Det är alltså ingen överdrift att påstå att det pågår ett omfattande arbete runt om i landet och på olika nivåer för att motverka ojämlikhet i hälsa, inspirerat av andan i WHO:s kommission 2008 med dess betoning på vikten av att förändra fördelningen av centrala sociala bestämningsfaktorer för hälsa, i synnerhet ”makt, pengar och resurser”.

Flera aktörer pekar på vikten av att integrera arbetet mot ojämlikhet i hälsa med Agenda 2030. Här finns sannolikt viktiga synergieffekter att exploatera. De utmaningar som ojämlikhetsarbetet ställs inför är, som *Olle Lundberg* påpekade i sin artikel, av samma slag som utmaningarna för att genomföra Agenda 2030.

Samtidigt händer mycket annat just nu som av allt att döma snarast motverkar ambitionen att minska ojämlikheter. Vi lever numera med en ökande polarisering som utöver ökande skillnader i livsvillkor, bland annat tar sig uttryck i att auktoritära rörelser får ett ökat politiskt spelrum och att makt att förändra i ökande omfattning koncentreras till redan tidigare inflytelserika personer. Det är en ödets ironi att de privilegierade grupper med störst inflytande och makt att påverka graden av ojämlikhet i hälsa är exakt de grupper som sannolikt påverkas minst av ojämlikhetens konsekvenser.

Detta temanummer av SMT kommer förstås inte att ändra på det förhållandet. Men samtidigt finns en stor politisk uppslutning bakom intentionerna i till exempel Agenda 2030 och vi ska även komma ihåg att den folkhälsopolitiska propositionen antogs av en enig riksdag. Därför blir det viktigt att vi som håller fast vid övertygelsen att ett samhälle som präglas av solidaritet och medkänsla har större förutsättningar för en hållbar utveckling gör vad vi kan för att lyfta fram kunskap om varför ojämlika livsvillkor och hälsa har betydelse för hur

samhället utvecklas och utmana våra beslutsfattares olika agendor. Det är vår förhoppning att SMT:s temanummer bidrar till en sådan rörelse.

*Göran Henriksson
Sambällsmedicinsk rådgivare
Västra Götalandsregionen*

*Bo J A Haglund
Redaktör och professor*

Vill du annonsera i Socialmedicinsk tidskrift?

En annons i Socialmedicinsk tidskrift når många olika grupper av intresserade och medvetna läsare. Det finns möjlighet att annonsera både i tidskriften och på hemsidan. Eftersom många av prenumeranterna är bibliotek och institutioner når du ut till en bred läsekrets. Bland våra läsare finns bl.a. intresserad allmänhet, tjänstemän i kommuner och landsting, politiker, personer som arbetar inom socialtjänst, vård och omsorg samt studenter och forskare vid universiteten.

Annonspriserna för annons i tidskriften år 2019 följer nedan, moms och eventuella kostnader för sättning och repro tillkommer:

- | | |
|---------------------------------------|---------|
| • Helsida baksida omslag 165 x 242 mm | 7000 kr |
| • Helsida insida av omslag | 5000 kr |
| • Helsida inlaga | 4000 kr |
| • ½ sida | 3500 kr |
| • ¼ sida | 2000 kr |

För tryckta annonser kan 4-färg fås på omslaget mot kostnadstillägg. Normalt trycker vi inlagan i svart och omslaget i svart + dekorfärg.

Annonsering på webbplatsen:

- | | |
|----------------------|----------|
| • Liten annons/vecka | 500 kr |
| • Liten annons/månad | 1 500 kr |

För frågor om och beställning av annons kontakta:
redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se