

Den svenska Marmot-applikationen. Utredningen som försvann men lever vidare

Karin Melinder

Folkhälsovetare. Med dr. Statens Folkhälsoinstitut, 831 40 Östersund. E-post: karin.melinder@fhi.se. www.folkhalsatillitjamlighet.se.

Statens folkhälsoinstitut presenterade i april 2010 en svensk applikation av Marmot-utredningen. Utredningen gjordes på uppdrag av regeringen och innebär att rekommendationerna i den ursprungliga Marmot-rapporten jämfördes med den förnyade folkhälsopolitiken. Utifrån detta gavs förslag på åtgärder. Från den engelska Marmot-reviewen togs begreppet proportionell universalism som tolkades som att åtgärderna bör vara generella men anpassas till geografiska förhållanden och prioriterade gruppers behov: städernas utvecklingsområden och glesbygds- och små kommuner, kvinnor och invandrare med arbetaryrken/hög arbetslöshet, ungdomar med låg/ofullständig utbildning och personer med funktionsnedsättning. Utredningen har inte lett till någon åtgärd från regeringen däremot har olika initiativ uppstått i vissa regioner/landsting och kommuner. I ett Friskare Sverige har man tagit fram en checklista för hur man skall arbeta med sociala skillnader

The National Institute of Public Health presented in april 2011 a Swedish application of the Marmot-report, Closing the Gap. The investigation was an assignment from the government and implied that the recommendations in the original report were compared with the renewed Swedish public health policy. This analysis functioned as a basis for further recommendations. The concept of proportionate universalism was borrowed from the English review and translated to that sparsely populated communities and socially deprived suburban areas should be given special support, as well as special groups like disabled people and people born outside Sweden. There have been no measures taken from the government regarding the report, however, there have been initiatives taken from the local and regional side.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) fick i uppdrag av regeringen att med utgångspunkt i den av riksdagen beslutade folkhälsopolitiken analysera vilka lärdomar som kan dras för svensk del av det arbete som har bedrivits av den av Världshälsoförsamlingen tillsatta kommissionen om sociala bestäm-

ningsfaktorer för hälsa, Closing the Gap, populärt kallad Marmot-kommissionen. FHI skulle vid behov föreslå omprioriteringar av de insatser som genomförs om institutet bedömer att det finns evidens relevant för svenska förhållanden som pekar på att det skulle leda till en effektivare folkhälsopoli-

tema

tisk måluppfyllelse.

Uppdraget skulle genomföras i samverkan med Socialstyrelsen och redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2010 (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

Arbetet genomfördes genom att de rekommendationer som ingår i Closing the gap (CSDH) jämfördes med situationen i Sverige och med vad som har gjorts/inte gjorts enligt den förnyade folkhälsopolitiken. Utifrån den analysen lades förslag på åtgärder som skulle leda till bättre måluppfyllelse. Kraven på de föreslagna åtgärderna var att:

- de har stöd i CSDH (2008) rapporten
- de inte genomförs i tillräcklig omfattning i Sverige
- de skall bidra till minskade skillnader i ohälsa
- det skall finnas vetenskapligt stöd för åtgärdens effekt
- de skall vara politiskt realistiska

Proportionell universalism

För att undersöka om förslagen bidrar till minskade skillnader i ohälsa användes ett screeningverktyg (se figur 1) som bygger på begreppet ”proportionell universalism”. Uttrycket kommer från den engelska Marmot-reviewen. I denna står

”Det finns en social gradient i hälsa – ju lägre en persons sociala position är, ju sämre är hans eller hennes hälsa. Åtgärder skall rikta in sig mot att reducera gradienten i hälsa. Att bara rikta in sig på de mest utsatta kommer inte att reducera ojämlikheten i hälsa tillräckligt. För att reducera den sociala gradienten, måste åtgärder vara universella, men med en omfattning och intensitet som är proportionell till graden av utsatthet. Vi kallar detta proportionell universalism” (sid 9, The Marmot Review, 2010).

I rapporten tolkades det som att åtgärden bör anpassas till geografiska förhållanden och prioriterade grupper

Är den föreslagna eller genomförda åtgärden av generell (universell) karaktär?

Anpassning av åtgärden/metoden

Är åtgärden anpassad utifrån geografiska förhållanden och prioriterade grupper behov?

Geografiska förhållanden	ja	nej	vetj ej
Socioekonomi	ja	nej	vetj ej
Kön	ja	nej	vetj ej
Etnicitet	ja	nej	vetj ej
Funktionsnedläggning	ja	nej	vetj ej
Sexuell identitet	ja	nej	vetj ej
Ålder	ja	nej	vetj ej

Figur 1. Verktyg för ojämlikhet i hälsa.

behov. Prioriterade grupper gäller ekonomiska förhållanden, kön, etnicitet, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder.

I rapporten gjordes en analys av vilka grupper som härbärgerar ojämlikheten i hälsa. Den sociala gradienten, d.v.s. utbildning och socioekonomiska förhållanden, ligger som en bakgrundsfaktor när man skall beskriva ohälsan. När vi talar om proportionell universalism försöker vi uttala oss om den extra belastning som det kan innebära att tillhöra en viss grupp, här definierad som en prioriterad grupp. Prioriterad för att den har visat sig ha speciella hälsoproblem.

De prioriterade gruppernas bidrag, förutom det som den socioekonomiska bakgrunden ger, till den ojämlika hälsan varierar. Av de geografiska förhållandena är det dels utvecklingsområdena i städernas utkanter, där det bor många invandrare, och glesbygds- och övriga små kommuner, som utmärker sig. När det gäller etnicitet och kön är det inte i första hand varje grupp för sig som har stora ohälsoproblem (Wamala et al, 2009), utan när dessa kombineras med en låg socioekonomisk position.

Av åldersgrupperna är det tveklöst ungdomarna som både redan har hälsoproblem och där man i framtiden kan misstänka att de kommer att öka bl.a. därför att de sociala bestämningsfaktorerna för ungdomar i stor omfattning är problematiska. En tiondel av ungdomarna går inte ut grundskolan, ytterligare en del går inte ut gymnasiet, trots att detta kan ses som en förutsätt-

ning för att få ett arbete. Detta samtidigt som andelen 20–24-åringar som har ett heltidsarbete minskat. Det finns fler och fler trösklar som ungdomarna måste ta sig över, varje tröskel verkar vara för hög för en viss andel av ungdomsgruppen. Vi har också sett att andelen med låg inkomststandard ökar för ungdomsgruppen. Upplevelsen av att lida av oro, ångslan eller ångest har ökat oavsett familjeförhållanden, födelseland, arbetsmarknadsstatus, föräldrarnas socioekonomi mm. På samma sätt är det i första hand unga hbt-personer som lider av psykisk ohälsa.

Det är väl känt att andelen äldre kommer att öka. Detta medför dock inte med automatik att gruppen i sig härbärgerar en stor andel av ojämlikheten i hälsa. Den generation som nu går i pension är den mest välmående och också den mest välbärgade pensionärs-generationen i modern tid (SCB 2010). Att de är många är inte en börda för dem, utan snarare för de yngre generationerna.

Självklart är inte alla äldre välmående. Ett sätt att beskriva detta är att se på andelen med funktionsnedsättning. Denna stiger med åren, ligger i åldrarna mellan 55-74 år på en tredjedel och kommer först i åldrarna över 75 år upp till hälften av befolkningen.

Slutsatsen av detta är att en proportionellt högre andel av den sociala ojämlikheten i hälsa finns i

- städernas utvecklingsområden och glesbygds- och små kommuner

tema

- kvinnor och invandrare med arbetaryrken/hög arbetslöshet
- ungdomar med låg/ofullständig utbildning
- personer med funktionsnedsättning

Förslagen på åtgärder

fördelade på de tre övergripande rekommendationerna och folkhälsopolitikens målområden:

- Förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv
- Motverka den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser
- Mät och förstå problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder.

Rekommendationerna som finns i CSDH har stor överensstämmelse med de svenska folkhälsopolitiska målområdena. De förslag som getts i rapporten redovisas nedan fördelade dels på de tre övergripande rekommendationerna i CSDH, dels på de svenska folkhälsopolitiska målområdena. Efter åtgärdsförslaget står det vilken rekommendation i CSDH den bygger på.

CSDH: rekommendation Förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv

MO2. Ekonomiska och sociala förutsättningar-

- Underlätta för enskilda personer att skapa sin egen försörjning, och även att skapa förutsättningar för socialt företagande i glesbygder och i städerna utvecklings-områden (CSDH 6.1 och 6.4).

MO 3. Barns och ungas uppväxtvillkor

- Att föräldrastödet utformas så att

det likvärdigt når olika sociala grupper (exempelvis i form av föräldragrupper) (CSDH 5.2).

- Att nationella instrument utvecklas, testas och införs för att skatta barns utveckling på gruppnivå vid 4 eller 5 års ålder (CSDH 5.3).

- Utveckla en nationell systematisk uppföljning och utvärdering av kommunernas insatser för ungdomar som saknar godkända betyg från grundskolan, samt uppföljning av ungdomars hälsosituation som trots påbörjad gymnasieskola vid 16 års ålder saknar gymnasiebetyg vid 20 års ålder. (CSDH 5.4)

- Utveckla en nationell systematisk uppföljning av kommunernas förebyggande insatser för barn i riskutsatta miljöer. (CSDH 5.2)

-Insatser för att förbättra skolprestationer:

- Ökat stöd till elever med svårigheter under de första skolåren

- Möjlighet för elever att fullfölja gymnasiet med inriktning på yrkeskunskap utan krav på behörighet till högskolan.

- Systematisk användning av resultat från internationell forskning då reformer av skolan utformas på nationell och lokal nivå (CSDH 5.4)

- Inrätta formella strukturer för samverkan mellan skola, arbetsförmedling och socialtjänst för ungdomar i ålder 16–24 år (CSDH 5.4).

MO 4 Hälsa i arbetslivet

- Att nuvarande folkhälsopolitiska styrdokument revideras så att de innefattar tydliga mål och uppdrag kring hälsa i arbetslivet (CSDH 7.3).

- Att en ny modell för certifiering och tillsyn av arbetsmiljön utvecklas, prö-

vas och införs i enlighet med Styrmedels-utredningens slutbetänkande (CSDH 7.5)

-Att följa upp och vidareutveckla företagshälsovårdens roll vad gäller både hälsofrämjande och förebyggande insatser, men också när det gäller den arbetslivs-inriktade rehabiliteringen (CSDH 7.5).

MO 5 Miljöer och produkter

-Att ge fortsatt stöd till kommuner för en hållbar stadsutveckling, där aspekter på den sociala dimensionen i hållbar utveckling ges ökat utrymme (CSDH 6.3).

-Att utreda den byggda miljöns betydelse för bra matvanor.

-Att utreda möjligheter att via till exempel ekonomiska styrmedel påverka förutsättningar för aktiv transport och tillgänglighet av livsmedel. Detta bör anpassas för olika typer av kommuner (CSDH 6.3).

-Att nuvarande folkhälsopolitiska styrdokument revideras så att de innefattar en tydlig målbeskrivning för klimatförändringar (CSDH 6.5).

MO 6 Hälsofrämjande hälso- och sjukvård-

-Att hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) förtydligas så att de framgår att ersättningssystemen i primärvården bör utformas så att de premierar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, samt insatser för att minska insatser skillnader i hälsa mellan olika grupper (CSDH 9.1 o 9.2).

-Fortbildning av vårdpersonal om sambanden mellan social utsatthet och ohälsa, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, att vården kan minska skillnader i hälsa mel-

lan olika grupper av medborgare och kulturkompetens hos vårdpersonalen (CSDH 9.3).

MO 9 Fysisk aktivitet och MO 10

Se MO 5

MO 11 Tobak, alkohol, narkotika, doping, spel

-Fortsätta utvecklingen av begränsningen av tillgängligheten av alkohol, bl.a. genom ansvarsfull alkoholverring (CSDH 6.3)

CSDH-rekommendation Angrip den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser – globalt, nationellt och lokalt

Portalmålet. Skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen

-Folkhälsopolitikens tvärssektoriella karaktär bör tydliggöras genom att tydliga mål för olika politikområden formuleras och att uppdrag om genomförande ges till ansvariga myndigheter. En övergripande struktur av den karaktär som nationella ledningsgruppen för folkhälsopolitiken utgjorde bör återinföras (CSDH 10.2).

- Krav på konsekvensbedömningar av effekterna på jämlikhet i hälsa bör införas i utredningsväsendet samt i regeringkansliets beredningsprocesser (CSDH 10.3).

- Integrera folkhälsoperspektiv i Sveriges politik för global utveckling med fokus på ojämlikhet i hälsa (CSDH 15.1)

MO 1. Delaktighet och inflytande

- Inkludera i kriterierna för bidragsgivning från stat till ideella organisa-

tioner att verksamheten skall syfta till att minska ojämlikheten i hälsa och stödja de grupper i samhället som har eller riskerar att få den högsta ohälsan (CSDH 14.4).

-Utvidga regelförenklingsarbetet till att även omfatta den ideella sektorn genom att ge myndigheter konkreta uppdrag att löpande se över hur regelstyrning och administrativa regler kan ändras för att förenkla och underlätta för sektorn (CSDH 14.4).

-Att inventera och utvärdera kommunernas folkhälsoarbete med avseende på organisationer delaktighet vid policyutformning, genomföranden och utvärdering av insatser som påverkar medlemmarnas och deltagarnas hälsa (CSDH 14.3).

-Tillgänglighetens betydelse för utvecklingen av en god och jämlik hälsa måste framhållas och möjlighet till positiv särbehandling prövas. (CSDH 14.3).

MO 2. Ekonomiska och sociala förutsättningar

Lyft in folkhälso-perspektivet och den Onödiga ohälsan i den nya handlingsplanen för handikappolitiken (2010–2020) som planeras (CSDH 11.6)

- Utred hur man skapar vägar in på arbetsmarknaden för personer som annars riskerar ohälsa (CSDH 11.6)

-Inrätta regionala kunskapscentra för nationella minoriteters hälsa med uppgift att öka kunskapen om de nationella minoriteternas hälsosituation samt samordning och uppföljning inom området (CSDH 11.6).

-Utveckla samspelet mellan lokal, regional och nationell nivå inklusive ci-

vilsamhället. I detta ingår att stärka den sociala dimensionen/folkhälsa/jämlikhet i det regionala tillväxtarbetet (CSDH 14.3)

MO 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa

-Utvärdera metoder för att förebygga och tidigt identifiera sexuella övergrepp och våld samt implementera dem inom Mödrahälsovården och på landets ungdomsmottagningar (CSDH 13.6).

-Upprätta en nationell policy för det nationella arbetet med sexualitet och reproduktiv hälsa och rättigheter (CSDH 13.6).

MO 9. Fysisk aktivitet

-Utreda hur samhällets strukturer och resurser kan användas så att grundläggande förutsättningar finns för alla att vara tillräckligt fysiskt aktiva med fokus på fem områden (förskola/skola, arbetsliv, fritid, idrott och transport). (CSDH 12.3.)

MO 10 Matvanor, livsmedel

-Utreda om beskattning och andra ekonomiska styrmedel kan användas för att minska konsumtionen av energitäta produkter som choklad, konfektyr och sötade drycker (CSDH 12.3).

MO 11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel

-Begränsa marknadsföringen av alkohol och tobak (CSDH 12.3).

CSDH-rekommenadation. Utveckla och använd metoder för att mäta och följa ojämlikheten i hälsa, utveckla kunskapsbasen, utbilda människor att se hälsans sociala bestämningsfaktorer och utveckla

människors medvetenhet om dessa Portalmålet. Skapa sambälliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen

-Inom ramen för en samordnad uppföljning av folkhälsoarbetet bör löpande, årlig uppföljning av sociala skillnader i hälsa genomföras. Med sociala skillnader menas utbildning, inkomst, SEI-grupp och födelseland (CSDH 16,2).

-Utveckla strukturer och system för långsiktig och hållbar samverkan mellan nationell, regional och lokal nivå (CSDH 16.7).

MO 6. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

-En förutsättningslös översyn av läkarutbildningen med utgångspunkt från framtida behov av läkare i primärvård, psykiatri, geriatrik och socialmedicin (CSDH 9.3).

Vad blev det av utredningen?

Vid en workshop som anordnades för att diskutera uppdraget framkom starka önskemål om att inrätta en kommission. Detta föreslogs även av utredningen, om än i modifierad form, som en nationell kommitté.

Uppdraget rapporterades till socialdepartementet efter påsken 2010. Den politiska oppositionen kritiserade utredningen som alltför styrd av departementet, men har inte kommit med några egna förslag och gjorde inte heller jämlikhet i sig eller jämlikhet i hälsa till en valfråga.

Regeringen har hittills inte reagerat på utredningen. Några av förslagen har tagits med i Folkhälsopolitisk rapport

som kom i november 2010. Denna har dock inte utgått från ett jämlikhetsperspektiv utan ifrån det övergripande målet att skapa sambälliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Se mer om detta i artikeln om frihet och jämlikhet.

Vissa landsting/regioner och kommuner har själva beslutat att genomföra regionala utredningar. Några redovisas på annan plats.

Inte uttrycket, men väl begreppet proportionell universalism, har börjat användas. I Ett friskare Sverige har man tagit fram en checklista för hur man skall arbeta med sociala skillnader. Checklistan utgår från områden som man behöver ta hänsyn till och omfattar samma grupper som jämlikhetsverktyget, dvs. geografiska skillnader, ekonomiska förhållanden, kön, etnicitet, funktionsnedsättning och ålder.

Referenser

The Marmot Review (2010), Fair Society, Healthy Lives. Executive Summary.

SCB (2010) Hushållens ekonomi (HEK): Inkomstfördelningen 1975–2008.

Statens folkhälsoinstitut.(2010) Svenska lärdomar av Marmotkommissionens rapport Closing the gap. <http://www.fhi.se/Om-oss/Uppdrag-och-styrdokument/Regeringsuppdrag/Redovisade-uppdrag/Marmot/>

Wamala S, Ahnquist J, Mansdotter A. (2009) How do gender, class and ethnicity interact to determine health Journal of Gender Studies 18, 2:115-129.