

Kan danskarna bidra till ett friskare Sverige?

Sven-Olof Isacsson¹ Finn Diderichsen²

¹Professor emeritus i socialmedicin vid medicinska fakulteten, Lunds Universitet och ordförande i Malmökommissionen. E-post: sven-olof.isacsson@med.lu.se. ²Professor i prevention, Institutionen för Folkhälsovetenskap, Köpenhamns universitet och ordförande i den danska arbetsgruppen för review av ojämlikhet i hälsa Senior Adviser till Malmökommissionen. E-post: fidi@sund.ku.dk.

I maj månad 2011 publicerade den danska socialstyrelsen rapporten Ulighed i sundhed-årsager og indsatser. Danmark har den minsta skillnaden i inkomster i hela världen, men ojämlikhet i hälsa har ökat senare år. Ett långsiktigt program för att minska ojämlikheterna i hälsa kommer att fokusera på tidiga sociala determinanter för social position (barn) och hälsan senare i livet, faktorer som medierar hälsoeffekterna av social position som determinant för hälsan hos vuxna samt determinanter för ojämlika konsekvenser av sjukdom. I Malmö (300 000 inv) togs ett beslut av kommunstyrelsen i maj månad 2010 att tillsätta en kommission med uppgift att ta fram ett vetenskapligt underlag som bas för att minska ojämlikheterna i hälsa. Det tar bara 15 minuter med tåg att nå Köpenhamn från Malmö via Öresundsbron. Malmökommissionen har redan inlett ett samarbete med Danmark.

In May 2011 the report Ulighed i sundhed-årsager og indsatser (Inequality in health-causes and action) was published by the Danish National Board of Health. Denmark has the lowest inequalities in incomes in the world, but inequalities in health has increased during the last years. A long lasting program to reduce inequities in health will focus on early social determinants for social position and later health (children), factors mediating the health effects of social position as determinants for health among adults and determinants for unequal consequences of disease. In the city of Malmö (300 000 inhabitants) in Sweden a political decision was taken in May 2010 to reduce inequalities in health. A scientifically based report will be completed in December 2012. It takes only 15 minutes by train to reach Copenhagen in Denmark from Malmö in Sweden (The Öresund bridge). A cooperation regarding how to reduce inequities in health is already established,

Skillnader i hälsa är en fråga på liv och död. Danskarnas livslängd är 2,4 år kortare än svenskarnas på grund av att danskarna lång tid har haft en mindre ambitiös tobaks- och alkoholpolitik än svenskarna. Men de sociala skillnaderna i dödlighet är i båda länderna stora, och sedan många år växande. För närvarande skiljer det fem år i livslängd mellan hög- och lågutbildade. Nyligen presenterades den danska rapporten *Ulighed i Sundhed-årsager og indsatser 2011* (Olikhet i hälsa - orsaker och insatser) som utges av den danska socialstyrelsen (www.sst.dk). Danmark har världens minsta ojämlikhet i inkomster och den är bara hälften av vad den var för hundra år sedan. Men sedan 40 år ökar ojämlikheten i dödlighet mellan inkomstgrupperna. På bara 20 år har skillnaden i medellivslängd mellan den rikaste och fattigaste fjärdedelen av danska män ökat från fem till tio år. Varför är det så svårt att omsätta låga inkomstklyftor, skandinaviska välfärdsstatsprinciper och en trots allt relativ jämlik vård till ett mera jämlikt hälsoutfall?

Att lösningen inte bara handlar om business as usual även om ”business” i detta fall är skandinavisk välfärds politik är uppenbart. Därför tillsatte WHO redan 2005 en global kommission med forskare och politiker för att analysera vad som krävs. År 2008 kom denna *Commission on Social Determinants of Health* (ordförande Professor Sir Michael Marmot) med rapporten *Closing the Gap in a Generation*, som pekade på en lång rad insatser, men uppmanade samtidigt medlemsländerna att göra egna analyser av orsakerna till och in-

satser mot sociala olikheter i hälsa. Storbritannien var det första landet som genomförde en sådan analys på nationell nivå (*Fair Society-Healthy Lives 2010*).

Danmark i framfronten

Danmark har nu som andra land i Europa genomfört en sådan analys. Det är Institutionen för folkhälsovetenskap vid Köpenhamns universitet som tillsammans med ett tiotal forskare från olika vetenskapsområden ansvarat för rapporten på uppdrag av den danska socialstyrelsen.

Det är en vetenskapligt baserad rapport med konkreta förslag till vad som borde vara möjligt att göra nationellt, regionalt och lokalt för att minska de ökande skillnaderna i hälsa i Danmark. Redan under graviditeten utsätts fostret för socialt orsakade risker för framtida insjuknande i bland annat hjärtinfarkt och diabetes. Sedan kommer betydelsen av en fungerande förskola och skola, arbete med kvalitet, rimliga ekonomiska förutsättningar, sysselsättning för funktionshindrade, åtgärder mot segregation och utsatthet och insatser i en åldrande befolkning.

Det går att göra mer än nu med all den kunskap som finns om orsakerna till de ökande hälsoskillnaderna. Att hälsoklyftorna ökar beror enligt brittiska forskare på att de som är socialt minst privilegierade helt enkelt inte orkar ändra sin livsstil. Hälsoupplýsningen har hittills inriktat sig på att ändra befolkningens livsstil - sluta röka, inte missbruka alkohol, äta rätt kost, motionera. Det har framför allt gynnat de

välutbildade. Man har intresserat sig för ”frukterna som hänger längst ned på träden” och är lättast åtkomliga enligt den danska rapporten. Men skall man nå längre måste alla områden i samhället engageras. Hela ansvaret kan inte läggas på skadliga levnadsvanor hos de socialt minst privilegierade. Även om hälso- och sjukvården kan och bör spela en viktig roll i det fortsatta arbetet måste alla andra sektorer medverka. Det räcker inte med rutinkontroller inom mödrahälsovård och barnhälsovård. Man måste se till att alla barn kan läsa när de lämnar första klass, integrera hälsofrämjande åtgärder med tillräckligt ekonomiskt stöd där det behövs, språkutbildning, bekämpa barnfattigdom med arbete till föräldrarna mm. Det finns inget skäl till att man inte redan under graviditeten tar vara på varje barns möjligheter till ett produktivt och meningsfullt liv. Ergonomiska och psykosociala arbetsmiljöproblem skall hanteras mera kraftfullt och inte minst skall arbetslivet ha mera flexibla arbetskrav så att också de med kort utbildning och delvis nedsatt arbetsförmåga också får plats.

Den danska rapporten är unik då den inte enbart redovisar vetenskapligt påvisade sociala orsaker till hälsoskillnaderna utan även förslag till konkreta åtgärder mot sociala determinanter för hälsan som är påverkbara. Det går att minska ojämlikheterna och förbättra folkhälsan om man samverkar tvärprofessionellt mellan departement och myndigheter regionalt och lokalt. Danskarna har bestämt sig för sammanlagt tolv determinanter som på vetenskaplig grund men med olika tyngd

bedöms orsaka hälsoskillnaderna:

1. Barns tidiga utveckling-kognitivt, emotionellt, socialt
2. Skoltiden-ofullständiga betyg
3. Segregering och social närmiljö
4. Inkomster- fattigdom
5. Långvarig arbetslöshet
6. Social utsatthet
7. Fysisk miljö- partiklar och olycksfall
8. Arbetsmiljö-ergonomisk och psykosocial
9. Levnadsvanor (kost, rökning, alkohol och motion)
10. Tidigt nedsatt funktionsförmåga
12. Utslagning från arbetsmarkanden.

Determinanterna avser hela livsloppet och hela befolkningen. För varje determinant anges ett bestämt mål samt insatser som är praktiskt möjliga att genomföra. Dessutom redovisar man vilka indikatorer man skall använda och hur man sedan skall visa att man genomfört (implementerat) åtgärderna. Dessa mycket konkreta förslag med redovisning av ett stort antal indikatorer för att monitorera determinanterna och implementeringen på kort och lång sikt går längre än tidigare internationella rapporter.

Den danske hälsoministern har beslutat att låta rapporten ingå som grund för en detaljerad tvärsektorieell handlingsplan och Köpenhamns Stad avser att genomföra en detaljerad kartläggning av sin egen politik i förhållande till rapportens förslag.

I Sverige blev Malmö först med en kommission

I Sverige gav regeringen Statens Folkhälsoinstitut i uppdrag att granska Marmots WHO rapport. Det gjorde man, men det har ännu efter nästan två år inte lett till några konkreta förslag från regeringens sida.

I Malmö tog kommunstyrelsen ett för Sverige unikt beslut i maj 2010 att inrätta en *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* (www.malmo.se/kommission) med fokus på att minska ojämlikheterna i hälsa. Den påbörjade sitt arbete i november 2010. Det är en oberoende kommission som skall ta fram ett vetenskapligt underlag för framtida åtgärder mot ojämlikheten i hälsa. Det skall var klart i december 2012. Kommissionens uppdrag redovisas i en separat artikel i detta nummer av SMT.

Det är ingen tillfällighet att Malmö är först på riksplan med en sådan kommission. Hälsoklyftorna är stora. Här finns geografiska skillnader i livslängd på åtta år för män och sex år för kvinnor och extrema skillnader i flera av de ovan nämnda sociala determinanterna för hälsa; fattigdom, barnfattigdom, boendesegregation, bristfällig utbildning.

Kanske danskarna i framtiden kan bli ett föregångsland för Sverige när det gäller att ta vara på alla medborgares möjligheter att leva ett långt och friskt liv? Det tar tid att visa men det är aldrig för sent att börja. Vi lever ju i ett kunskapssamhälle. Malmö skall försöka ladda ned all nödvändig kunskap till lo-

kalplanet och försöka tillämpa tillgänglig kunskap här och nu. Malmökommissionen har redan fått många bra idéer från den danska arbetsgruppen. Skillnaderna mellan länderna när det gäller ojämlikheter i hälsa är likartade och strategierna för att minska skillnaderna kommer att till stor del likna varandra. Den danske hälsoministern Bertel Haarder har redan beslutat att omsätta rapportens förslag i praktisk handling och det finns all anledning för både Malmö och övriga Sverige att titta noga på vad den danska kommissionen kommit fram till. Beslutet från den danska hälsoministern är ett viktigt exempel på hur politiker utgår från ett vetenskapligt väl underbyggt underlag.

Det unika i Malmö är att vi skall försöka implementera vetenskapligt baserade strategier i en ovanligt stor skala på det lokala planet. Det bor 300 000 individer i Malmö med omkring 170 olika språk. Befolkningen är ung. Det finns flera djupt segregerade områden. Staden är för närvarande indelad i tio stadsdelar med egna politiska nämnder med mer eller mindre starkt inflytande på skola, vård och omsorg, kultur, trygghet, stadsplanering. Att acceptera den evidens som kommissionen kommer att redovisa för politiska beslut i alla stadsdelarna kommer att bli komplicerat. Det blir en stor utmaning att försöka få acceptans för ett mer kunskapsbaserat beslutsfattande i framtidens Malmö. För detta arbete behövs alla goda råd; från Danmark och från de kommissioner som letts och leds av Michael Marmot och från de nätverk som håller på att skapas inom Sverige. Intresset för hur det går i Malmö är

stort inom landet och även i övriga Europa.

Referenser

Diderichsen F, Andersen I, Mannel C(2011): Ulighed i Sundhed-årsager og indsatser. Koebnhavn:Sundhedsstyrelsen.

Commission on Social Determinants of Health (2008).CSDH Final Report: Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization.

Fair Society-Healthy Lives (2010). The Marmot review. Strategic Review of Health Inequalities in England post- 2010.