

KÖPENHAMNS UNIVERSITET



# Ojämlighet i hälsa

– den skandinaviska erfarenheten



Alla de skandinaviska länderna prioriterar insatser mot ojämlikhet i hälsa och har i samband med det lagt ett stort ansvar på kommunerna. Det beror delvis på att kommunerna har ansvar för en rad politikområden som är av stor betydelse för en effektiv insats på området. Kommunerna har därmed möjlighet att utforma och implementera tvärgående politiker för jämlikhet i hälsa. Detta har emellertid visat sig vara en svår uppgift. De skandinaviska folkhälsomyndigheterna har därför bitt forskare vid Köpenhamns universitet att analysera vad de tre länderna kan lära sig av varandras erfarenheter på området.

Rapporten *Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience* är utarbetad för Sundhedsstyrelsen och KL i Danmark, Helsedirektoratet och KS i Norge samt Folkhälsomyndigheten och SKL i Sverige. Rapporten är utarbetad vid Köpenhamns universitet av Finn Diderichsen, Christian Elling Scheele och Ingvild Gundersen Little. Slutsatser och rekommendationer är författarnas egna och återspeglar inte något ställningstagande från rapportens uppdragsgivare.

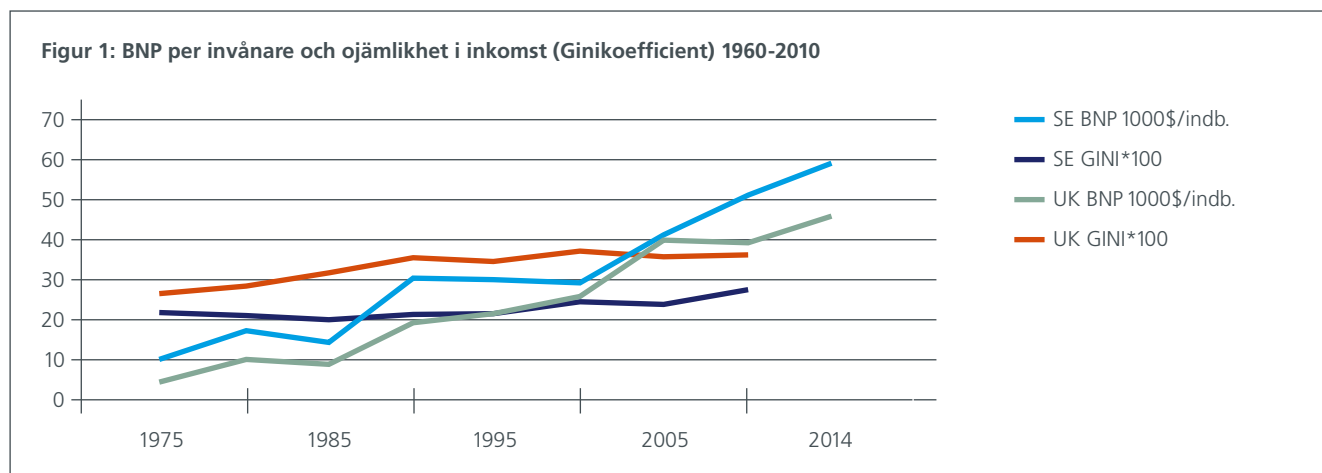
Det här är en kortversion på rapporten. Du hittar hela rapporten på [www.sst.dk/nordisk](http://www.sst.dk/nordisk)

# Den nordiska modellen – hur kan den förbli hållbar?

Den nordiska samhällsmodellen är känd för att förena ekonomisk tillväxt med jämlikhet. Det har varit möjligt bland annat genom att förena hög sysselsättning med socialt skydd. De nordiska länderna har under lång tid haft institutioner som har lyckats skapa hållbara samarbeten kring sociala investeringar på barn, utbildning, arbetskraft och hälsa.

Hög sysselsättning kräver en befolkning med god utbildning och god hälsa, men här framträder en blandad bild. De äldres arbetsförmåga förbättras, men de yngre har i ökande grad psykiska besvär. En dålig hälsa hänger dessutom i ökande grad samman med en kort utbildning. Med andra ord: den sociala ojämlikheten i hälsa ökar.

Men den nordiska modellen är utmanad. Sysselsättningen i de förvärvsaktiva åldrarna som 1990 var 78 % har fallit till drygt 70 %. Den ekonomiska ojämlikheten ökar.



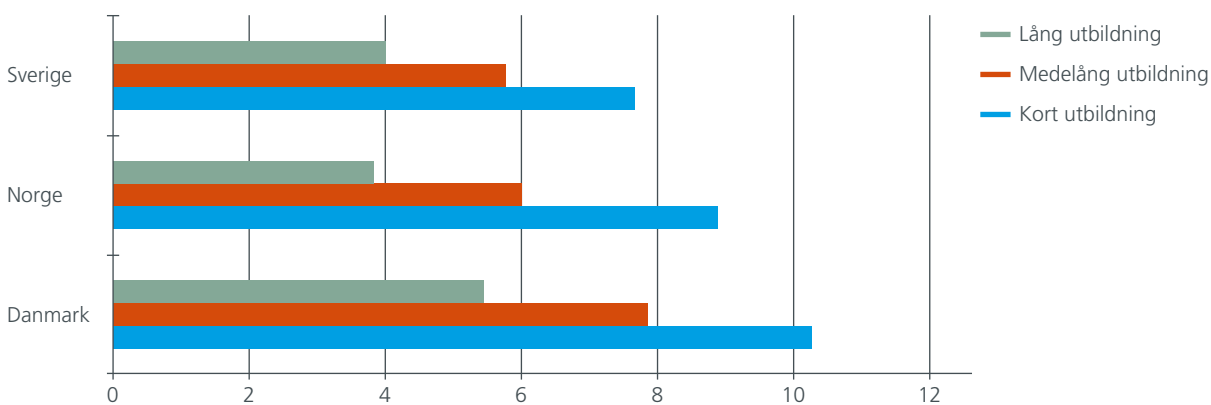


# Ojämlighet i hälsa

Det finns en social ojämlikhet både i risken för att bli sjuk och i konsekvenserna av att vara sjuk. Det finns till exempel stor ojämlikhet i vilka som överlever cancer och i vilka som riskerar att förlora anknypningen till arbetsmarknaden vid sjukdom. I alla de skandinaviska länderna är skillnaden i dödlighet och medellivslängd mellan personer med kort respektive personer med lång utbildning över dubbelt så stor nu som den var för 40 år sedan. Skillnaden är dock för männens del lite lägre i Sverige än i Danmark och Norge. Ojämligheten i dödlighet beror, inte minst i Danmark, i hög grad på dödsorsaker relaterade till tobak och alkohol. Dessutom har diabetes blivit en socialt mycket skevt fördelad sjukdom.

Ojämligheten i hälsorelaterad arbetsförmåga har emellertid också andra orsaker. Här handlar det om smärta i muskler och skelett och i ökande omfattning om psykiska besvär. Redan bland barn och unga ser man ett starkt samband mellan utbildning och hälsa. Förskolebarn som halkar efter i sin språkliga utveckling får svårigheter i skolan. Det kan ge dem psykiska symptom som gör det ännu svårare att klara av skolarbetet. Det är en av orsakerna till att så många hoppar av skolan. Redan i 20-årsåldern har personer utan ungdomsutbildning många gånger högre dödlighet än andra.

Figur 2: Dödlighet efter utbildning i Danmark, Norge och Sverige 15-74 år 2001-06





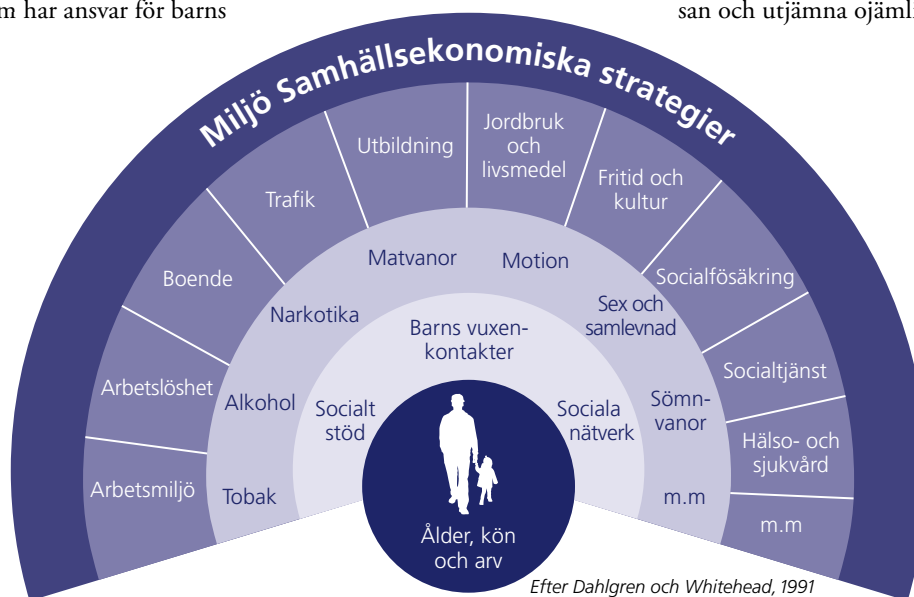
# “Health in – and for – all policies”

En god hälsa är en förutsättning för människors frihet att kunna leva det liv de sätter värde på och är också ett värde i sig. Det är också en förutsättning för deltagande i utbildning och arbetsliv. Därmed är folkhälsan viktig för att upprätthålla den höga sysselsättning som den nordiska välfärdsmodellen kräver. Därför är systematiska och påverkbara ojämlikheter i hälsa både orättvisa, dyra och på sikt också ett hot mot samhällets hållbarhet.

Hälso- och sjukvården möter resultaten, men kan bara påverka få av orsakerna till social ojämlikhet i hälsa. Därmed har de politikområden som har ansvar för barns

uppväxt, skola, arbetsmarknad, livsmedel, miljö och bostäder också ett ansvar. Men det ligger också i dessa sektorers eget intresse att göra något åt situationen, eftersom en friskare befolkning kommer att ha positiv effekt på deras kärnuppgifter och mål. Det finns därför goda skäl att tänka in hälsa i – och för – alla politiska områden.

Detta är också ett av skälen till att alla de skandinaviska länderna har lagt ett stort folkhälsoansvar på kommunerna. För i kommunerna utvecklas och implementeras insatser inom alla de politikområden som är relevanta för att förbättra folkhälsan och utjämna ojämlikhet i hälsa.



# Det politiska valet: hur uppfattar man problemet?

Skandinaviska politiker uppfattar fenomenet ”social ojämlikhet i hälsa” på flera olika sätt och lägger vikt på olika aspekter i sina motiv till att göra något åt ojämlikheten.

I Danmark handlar det lokalt ofta om de socialt utsattas dåliga hälsa och den bristande hjälpen från hälso- och sjukvården. Fokus har ofta legat på ojämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande, behandlande och rehabiliterande arbete.

I Norge är problemet tydligt formulerat som en ”gradientutmaning”. Här är det med andra ord fokus på att ojämlikhet i sjukdomsförekomst bildar en gradient i hela befolkningen på tvärs över utbildning och yrke.

I Sverige har många kommuner och regioner formulerat problemet som en fråga om social hållbarhet. En utveckling med ökande sociala skillnader i en så central välfärdskomponent som hälsa uppfattas som en icke hållbar utveckling.



# Vilka är de centrala aktörerna?

Den sociala ojämlikheten i sjukdomsbörda är ett problem formulerat i hälso- och sjukvårdstermer. Men den har orsaker och konsekvenser som berör många andra sektorer. Därmed ligger ägarskapet till lösningarna och motiven till att implementera dem i flera olika politikområden. Organisationer, civilsamhället, näringslivet och akademiska institutioner har emellertid också centrala roller.

Olika sektorer kan ha mycket olika språk, regelverk samt uppfattning av evidens och professionalitet. Det betyder att en sektor inte kan säga till en annan hur den ska arbeta. Men de kan i ett samarbete med gemensamt lärande hitta lösningar på de gemensamma problemen.

## Den nödvändiga kunskapen

Lokal kunskap om ojämlikheterna i hälsa och vilka som er orsakerna är viktigt, eftersom det underlättar den politiska prioriteringen. Kunskap om vad som orsakar ojämlikhet i hälsa, såväl som vilka insatser som kan minska ojämlikheten, kan delvis hämtas från nationella och internationella undersökningar. Men det finns ett behov för att de rekommenderade insatserna konkretiseras och anpassas till lokala förhållanden i nära samarbete mellan olika sektorer.

Om förslag till insatser ska kunna överleva en hård budgetprocess så är kunskap om kostnader och effekter en stor ördel. Vi vet i ökande grad mer om detta, men även här finns det behov för att anpassa beräkningar till lokala förhållanden.



# Hållbar politik

En hållbar politik måste bygga på information som på ett trovärdigt sätt kan koppla resultat till insatser och kostnader.

Eftersom insatser som påverkar social ojämlikhet i hälsa ofta kommer att höra till flera olika sektorer så kan det hända att effekten av insatser kommer att kunna märkas i en annan sektor än den som implementerade (och investerade i) insatsen. Det ställer krav på en gemensam förståelse av professionalitet och evidens. Men det ställer också krav på valida indikatorer som kopplar samman resultat och insatser.

Tiden och orsakskedjan från insats till effekt på ojämlikhet i hälsa är långa. Det kommer därför att vara relevant att också mäta på relevanta indikatorer där man snabbare kan förvänta sig att se en effekt: Hur många barn halkar efter språkligt efter skolstarten? Hur många ungdomar slutför inte en ungdomsutbildning? Hur ser den sociala fördelningen ut när man tittar på antal medborgare som har en för hög konsumtion av tobak och alkohol? Hur stor är andelen förebyggbara, somatiska sjukhusinläggningar och dödsfall bland psykiskt sjuka? Vad är sysselsättningsgraden för medborgare med låg utbildning och invalidiserande, långvarig sjukdom?





# Vilken organisering kräver det?

En stark hälso- och sjukvårdsförvaltning kan göra hälso- och sjukvårdspolitiken och därmed insatsen mot social ojämlikhet i hälsa synlig och förankra den i verksamheterna. Det kan vara avgörande i en tidig fas av politikutvecklingen. Men den här formen av organisering gör det ofta svårt att skapa ett hållbart ägarskap till lösningarna i de andra förvaltningarna.

En matrisorganisation som samlar flera politikområden kring arbetet med relevanta bestämningsfaktorerna för social ojämlikhet i hälsa har visat sig vara effektivt i flera kommuner. Det viktiga är att synliggöra olika politikområdets effekter på folkhälsan och social ojämlikhet i hälsa. Men för att utnyttja potentiella synergieffekter kommer det även att vara viktigt att koordinera insatser på tvärs över politikområden.

Figur 3: Matris med determinanter och politikområden

Determinant	Politikområde				
	Barn och skola	Arbetsmarknad	Socialpolitik	Miljö & trafik	Hälso- och sjukvård
Barns utveckling					
Boendesegregation					
Arbetslöshet					
Fysisk aktivitet					
Tobak och alkohol					



# Varför ett skandinaviskt perspektiv?

Att förebygga ojämlikhet i hälsa är ett mål i sig. Det handlar emellertid också om två av de utmaningar som de skandinaviska välfärdsstaterna står inför: att begränsa kostnaderna för kroniska sjukdomar bland äldre och att upprätthålla en god arbetsförmåga i arbetsstyrkan.

Skandinaviska kommuner har flera saker gemensamt: de har fått ett stort medansvar för folkhälsan och för att implementera

kostnadseffektiva insatser för att minska ojämlikheterna i hälsa. Men kommunerna har samtidigt stor politisk frihet att utforma sin politik och således möjligheter till lokalt deltagande i implementeringen. Detta skapar många naturliga experiment och med hjälp av dagens hälsodata finns det därför stora möjligheter att testa och utvärdera försöken och inte minst förmedla erfarenheter och resultat till andra kommuner. *De möjligheterna bör utnyttjas mycket bättre i framtiden.*



# Rekommendationer

Rapporten *Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience* (Diderichsen, Scheele och Little, 2015) innehåller rekommendationer inom följande 11 områden:

- I. A comprehensive approach
- II. Policies build on the premises of each sector
- III. Support for generic policies
- IV. Knowledge of cost effectiveness
- V. Equity indicators linked to each sector
- VI. Build policymaking skills
- VII. Legislation matters
- VIII. Whole-of-society approach
- IX. Involve all sectors early “on equal terms”
- X. Vertical collaboration and support
- XI. Long-term commitment

Rapporten kan laddas ner här: [www.sst.dk/nordisk](http://www.sst.dk/nordisk)



UNIVERSITY OF COPENHAGEN  
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

ØSTER FARIMAGSGADE 5  
P.O. BOX 2299  
1014 KØBENHAVN K

TLF. +45 35 32 79 62  
[WWW.IFSV.KU.DK](http://WWW.IFSV.KU.DK)