

Hantering av ojämlikhet i hälsa på lokal nivå - de skandinaviska erfarenheterna

(Diderichsen, Scheele och Little, 2015)

11 rekommendationer

I: En övergripande strategi

Den politiska prioriteringen och definitionen av vad ojämlikhet i hälsa är och varför den borde förändras har en avgörande inverkan på vad som implementeras och hur:

När problemet definieras i termer av hälsa hos marginaliserade grupper eller de sociala faktorernas betydelse för konsekvenserna av sjukdom begränsas implementeringen till hälso- och sjukvården och deras samarbete med socialtjänsten. Detta trots att definitionen i princip också omfattar arbetsmarknads- och bostadspolitik.

När problemet definieras som gradienten i sjukdomsrisk öppnar det upp bredare perspektiv. Men eftersom fokus fortfarande ligger på hälsa brukar det handla om att avgöra hur hälso- och sjukvården kan påverka andra politikområden. Det gör det mycket svårare att uppnå en tydlig känsla av ägarskap i de andra politikområdena.

När problemet omformuleras till en fråga om den sociala hållbarheten i den rådande samhällsutvecklingen så blir det tydligt för alla områden att de är involverade och är en del av lösningen. Denna känsla av ägarskap kan också främjas av ett ”hälsa för alla”-perspektiv för alla politikområden, alltså att god hälsa kan gynna vissa av de andra politikområdenas egna mål. Det här argumentet måste dock användas försiktigt, för när hälsa ses mer som ett medel för bättre lärande, ökad produktion och tillväxt osv. så kommer nästa steg att bli att flytta intresset till hälsotillståndet i de befolkningsgrupper som kan bidra mest till dessa mål. Det kan öka ojämlikheten i hälsa i stället för att minska den.

Men när hälsa i stället ses som ett värde i sig, för att dålig hälsa begränsar människors frihet att leva de liv som de sätter värde på, så är det de funktionella aspekterna av hälsa som är i fokus, t.ex. funktionshinder och sjukdomsburda. För att dra fördel av folkhälsovetenskapens/folkhälsoområdets hela kunskap om avgörande faktorer för ojämlikheter i sjukdomsburda och (kostnads-) effektiva interventioner för att tackla dem, är det viktigt att man inte låter hållbarhetsperspektivet fungera bara som en överordnad princip. Man måste utveckla perspektivet till konkreta förebyggande åtgärder och utnyttja all befintlig kunskap från folkhälsovetenskapen.

Rekommendation I: Alla tre aspekter av ojämlikhet i hälsa [den sociala gradienten i risk för dålig hälsa, den sociala gradienten i konsekvenser av sjukdom, de marginaliserades hälsa] och alla tre motiv till att tackla dem [frihet och mänskliga rättigheter, social hållbarhet, ekonomisk hållbarhet] är relevanta och bör kombineras i en övergripande strategi. Strategin för social hållbarhet med ett ”hälsa för alla”-perspektiv främjar ägarskap tvärs över sektorer. Men eftersom hälsa handlar om människors möjlighet att leva de liv som de värderar högst, så bör det inte dra fokus från de mest effektiva interventionerna för att minska ojämlikhet i sjukdomsburda.

II: *Insatser baserade på de enskilda sektorernas premisser*

Ramverket som presenteras i internationella och nationella rapporter om sociala determinanter och ojämlikheter i hälsa styrs av ett folkhälsoperspektiv. Detaljerna om vad som faktiskt ska implementeras, hur existerande insatser i olika sektorer kan anpassas och hur resurser kan omfördelas kräver tekniskt kunnande och erfarenheter från de enskilda sektorerna. Språk, beslutsfattande och vetenskapliga och yrkesmässiga traditioner skiljer sig mycket från sektor till sektor. Det är viktigt att möjliga justeringar av till exempel arbetsmarknadspolitiken utvecklas inom just den sektorn. Men eftersom effektiva åtgärder också måste bygga på kunskap om sjukdomars orsaker och konsekvenser så behövs det också en dialog med personal i hälso- och sjukvården. För att bli användbara måste policydokument därför ta sin utgångspunkt i de olika sektorerna. Det är också viktigt att de nationella insatserna i den enskilda sektorn tas med och blir en del av den grund på vilken lokala insatser måste byggas.

Rekommendation II: Utveckling och justering av insatserna i de olika sektorerna måste göras på varje enskild sektors premisser, men i dialog med personal i hälso- och sjukvården. Valet av determinanter görs på epidemiologiska grunder, men åtgärderna för att förändra dem måste utvecklas av varje sektor för sig.

III: *Stöd för generiska insatser*

Vissa sektorer, som till exempel trafikpolitiken, har utvecklat extremt detaljerade och kvalificerade hälsoeffektsanalyser för sina insatser. Detta är betydligt svårare för andra sektorer, särskilt på lokal nivå. Detaljerna när det gäller vad som exakt ska göras samt var, när och för vilka grupper som det ska göras är beroende av lokala behov, politiska prioriteringar och kunskap om vilka åtgärder som redan vidtas. Men det kommer ofta också att krävas ett visst tekniskt kunnande som kanske inte finns tillgängligt i alla kommuner, delvis för att det är ett relativt nytt ansvar för kommunerna. Vår studie visar att högt kvalificerade analyser redan görs i både stora och små kommuner, men det finns också många platser som fortfarande behöver ett avsevärt stöd i den här processen. Det finns ett behov av ytterligare generiska exempel på interventioner och insatser som samtidigt är mer konkreta än de som föreslås i nationella rapporter.

Rekommendation III: På nationell och regional nivå måste man stödja kommunerna med generiska insatser och interventioner (policydokument) för att tackla ojämlikhet i hälsa tvärs över insatsområdena. Bedömningar av de potentiella hälsoeffekterna av sådana förslag skulle vara till stor hjälp. Det finns också ett behov av stöd vid anpassning av generiska förslag till den lokala kontexten.

IV: *Kunskap om kostnadseffektivitet*

Kunskap om kostnader är nödvändig för budgetering, även om det ofta verkar finnas ett antagande om att HEiAP är en princip som kan införas utan vare sig kostnader eller kostnadsfördelning. Principiellt är det viktigt med kunskap om möjliga hälsoeffekter vilket tillsammans med kunskap om kostnaderna ger underlag för beräkning av åtgärdernas *kostnadseffektivitet*, eller ännu hellre kostnadseffektiviteten i förhållande till olika grupper i samhället – för prioritering, budgetering och omfördelning av kostnader. Men trots det så ser vi bara begränsad (om än en sakta växande) efterfrågan på den här typen av kunskap i kommunerna. Det kan bero på att HEiAP-arbetet sällan kommer så långt som till konkreta insatsförslag. Men denna låga efterfrågan kan också bero på ett begränsat utbud i så måtto att litteraturen fortfarande bara ger fragmenterad kunskap.

Erfarenheten hittills är dock att HEiAP vinner mycket på att införas i olika typer av kommunala ekonomiska planeringsdokument. Större kunskap och ökad användning av kostnadseffektivitet skulle förmodligen stärka ställningen för insatser för jämlik hälsa i budgetförhandlingar. Ett ökande fokus på den här aspekten är dock tydlig i diskussionen om social investering.

Rekommendation IV: Det finns en liten men ökande efterfrågan på kostnadsberäkningar och om möjligt analyser av potentiella hälsoeffekter. HEiAP-förslag bör i större utsträckning förses med den här typen av kostnadseffektivitetsberäkningar för att stärka förslagets ställning i budgetförhandlingar.

V: Rättvisindikatorer kopplade till varje sektor

Medborgarna, den offentliga förvaltningen och det politiska ledarskapet behöver återkoppling om utvecklingen och fördelningen av såväl hälsodeterminanter som implementeringen av åtgärder. Alla de skandinaviska länderna har statliga myndigheter som stöttar kommunerna genom att samla in indikatorer från register och undersökningar om sjuklighet, dödlighet och (mestadels beteendemässiga) determinanter. Dessa data kan delas upp i socioekonomiska grupper efter utbildning, sysselsättning osv. eller i geografiska enheter som regioner och kommuner. Materialet kan dock för tillfället inte behandlas utifrån båda dimensionerna samtidigt.

De internationella och nationella rapporterna visar på en lång rad indikatorer som täcker många typer av determinanter, men för tillfället används de sällan på lokal nivå. Att övervaka implementeringen är mycket svårare, eftersom de flesta förebyggande åtgärderna i sektorer som ligger utanför hälso- och sjukvården inte klassificeras systematiskt som vid till exempel kliniska interventioner. Det kan finnas goda skäl till detta eftersom en sådan klassificering kan vara både kontextberoende och svår att konstruera.

Implementering av kliniska program är föremål för omfattande benchmarking med nationella riktlinjer och standarder för olika sjukdomar. Så är dock inte fallet inom folkhälsoområdet och vi har konstaterat markanta skillnader mellan kommuner när det gäller utvecklingen och implementeringen av förebyggande initiativ. Dessa variationer är oacceptabla ur ett rättvis- och jämlikhetsperspektiv och de gagnar inte folkhälsoinsatsernas kvalitet och legitimitet.

Rekommendation V: Indikatorer för determinanter kopplade till olika sektorer bör användas i större utsträckning och delas upp i socioekonomiska grupper inom kommunerna. Indikatorer för implementeringen av förebyggande interventioner och insatser i olika sektorer bör utvecklas. Det är viktigt att dessa indikatorer kan utvecklas i den relevanta sektorn eller åtminstone i ett nära samarbete med den. En uppsättning minimikrav för förebyggande insatser inklusive aspekter för jämlik hälsa bör implementeras.

VI: *Bygga färdigheter för insatsplanering*

Eftersom olika sektorer har olika terminologier, kulturella och yrkesmässiga traditioner osv. så kan det vara relevantt att erbjuda kurser för hälso- och sjukvårdsansvariga i kommuner och regioner för att introducera de olika relevanta insatsområdena. Det kan konstateras att de flesta skandinaviska universitet har bachelor- och mastersprogram i folkhälsa, men innehållet i dessa utbildningsprogram varierar mycket. De färdigheter som behövs för utformningen av sådana insatser som har diskuterats i den här rapporten är starkt underrepresenterade.

Rekommendation VI: Det bör utvecklas och erbjudas utbildningsprogram som ger deltagarna färdigheter i lokal insatsplanering och användande av evidensbaserad folkhälsokunskap såväl som kunskap om terminologier, traditioner och dokumentation som används i olika sektorer relevanta för folkhälsan.

VII: *Lagstiftningsfrågor*

Norsk lagstiftning (*Folkehelseoven* 2011) är väldigt tydlig när det gäller att definiera det kommunala ansvaret för integreringen av folkhälsa och jämlik hälsa i den övergripande planeringen och på de olika insatsområdena. Det ger en unikt gedigen juridisk bas för implementeringen. Men om det inte finns resurser och färdigheter för att ta detta ansvar så blir lagstiftningen otillräcklig. Liknande lagstiftning hade troligen gjort den lokala insatsutvecklingen i de andra länderna lite mindre ad hoc än vad som nu är fallet, eftersom den i stor utsträckning är beroende av lokala politiska prioriteringar, skiftande yrkesmässiga intressen och växlande entusiasm.

Svensk och dansk lagstiftning är inte lika tydlig. Sverige har emellertid många års erfarenhet av centralt producerade program, information och datastöd. Detta har gjort det möjligt för många kommuner att komma ganska långt i sitt HEiAP-arbete. Sverige har utan lagstiftning lyckats utveckla en mycket högre nivå på lokala aktiviteter än vad man har lyckats med i Norge. Kombinationen av en lång tradition med välfärdsinsatser för att hantera centrala sociala determinanter, traditionen med en determinantstyrd strategi från Nationella folkhälsokommittén och nyare inspiration från arbetet i WHO:s kommission för sociala hälsodeterminanter har spelat en viktig roll. Så även om lagstiftning verkar ha en positiv effekt på HEiAP i Norge så är det inte alls säkert att man skulle få samma effekt i andra länder.

I Danmark har nationella myndigheter utarbetat vissa riktlinjer (16, 47), men de når inte upp till den nivå på stöd som ges i de andra länderna.

Rekommendation VII: För att tydliggöra dimensionen av jämlikhet i hälsa inom alla insatsområden behövs nationella riktlinjer som upprätthåller en hög evidensnivå i de implementerade åtgärderna (?).

VIII: *"Whole-of-society"-strategi*

Ett brett intressentdeltagande får en allt viktigare roll. Integreringen av aktiviteter från olika intressenter (däribland universitets- och högskolevärlden, offentliga institutioner, näringslivet, NGO:er samt civilsamhället) bidrar till att göra insatserna effektivare. Det stärker deltagandet samtidigt som det breddar den tillgängliga kunskapsbasen. Det traditionella fokuset på kommunernas egna aktiviteter kan begränsa insatsernas spänn- och räckvidd. Man måste emellertid alltid komma ihåg att en organisations styrka bygger på dess medlemmars styrka.

Det betyder att underprivilegerade grupper behöver offentliga institutioner för att kunna göra sig hörda. I den mån som privata och kommersiella leverantörer tillhandahåller förebyggande insatser är det viktigt att ta hänsyn till vilken typ av finansiering som är involverad eftersom det påverkar hur de arbetar utifrån ett rättvise- och jämlikhetsperspektiv.

Rekommendation VIII: En "whole-of-society"-strategi för lokalt hälsofrämjande arbete är effektiv och rekommenderas. Den bör omfatta inte bara den offentliga sektorn, utan också en lång rad intressegrupper såsom NGO:er, civilsamhället och näringslivet.

IX: Involvera alla sektorer tidigt 'på lika villkor'

Den viktigaste aspekten av HEiAP är att sektorer där insatsvalet har stor inverkan på jämlikheten i hälsa måste anpassa sina insatser för att optimera denna potential. Detta kräver inte samarbete och samordning horisontellt kring insatserna. Men sådant samarbete och sådan samordning kan ändå ofta visa sig vara nödvändigt och då är det viktigt att organisationen främjar en sådan process. Det är möjligt att en process med delat lärande är att föredra framför implementeringen av fördefinierade interventioner. Många olika sätt att organisera arbetet har testats i skandinaviska kommuner och det finns ingen tydlig konsensus om vad som är bäst.

På 1990-talet etablerade många svenska kommuner tvärsektoriella folkhälsoråd med varierande sammansättning av politiker och/eller tjänstemän. Vårt intryck är emellertid att det är mest produktivt att samla toppadministratörer från de olika insatsområdena i en långsiktig samarbets- och samordningsprocess. Det kan vara en process i vilken det första initiativet naturligt tas av hälso- och sjukvårdsadministrationen. Vi har icke desto mindre sett några av de bästa resultaten för tvärsektoriellt ägarskap när alla insatsområden har involverats 'på lika villkor' redan på ett tidigt stadium. På längre sikt vore det effektivt med en process som innefattar ett starkt element av lärande tvärs över sektorerna.

Rekommendation IX: Alla relevanta sektorer bör involveras "på lika villkor" redan på ett tidigt stadium för att främja utvecklingen och ägarskapet i arbetet för jämlikhet i hälsa. Implementeringen på lokal nivå gagnas om man samlar toppadministratörer från de olika insatsområdena i en långsiktig samarbetsprocess. En parallell process på nationell nivå är till stor hjälp för den lokala processen.

X: Vertikalt samarbete och stöd

Vertikalt samarbete mellan administrativa nivåer (internationellt, nationellt, regionalt och kommunalt) kan vara produktivt om det finns en tydlig arbetsfördelning. WHO:s många dokument om ämnet som man började utarbeta på 1980-talet och som i dag, 30 år senare, bland annat omfattar The Social Determinants of Health-rapporterna har fungerat som en unik inspirationskälla. Dessa har också stött de yrkesmässiga intressena i arbetet för jämlikhet i hälsa, överraskande nog oftare på lokal än på nationell nivå. Rekommendationerna i dessa dokument har så klart varit väldigt generella och det finns ett behov av aktuella nationella och/eller regionala rapporter som tar hänsyn till den lokala kontexten.

Lokala epidemiologiska data om hälsa och bestämningsfaktorer finns tillgängliga, men kommunerna kan i vissa fall behöva regionalt stöd med att tolka och använda sådana data. Generiska listor med interventioner kan behöva kompletteras med rådgivning om de kan anpassas till den lokala kontexten, något som skulle kunna vara en lämplig uppgift för den regionala förvaltningen. Den naturliga rollen för folkhälsospecialister på regional nivå blir att

ge stöd åt de som planerar och utövar folkhälsa på lokal nivå. Att kommunicera aktuell kunskap om förebyggande miljö-, arbets- och socialmedicin skulle således vara en regional uppgift. Eftersom kommunerna ofta saknar nödvändig kompetens om de medicinska folkhälsovetenskaperna så är det en viktig uppgift för regionerna (i Danmark och Sverige) att stödja dem inom dessa områden. I Norge har den nationella nivån en liknande uppgift. Det är viktigt att man försäkras om att en sådan process inte begränsar diskussionen till att bli en dialog bara mellan personal i hälso- och sjukvården, utan också ser till att andra sektorer dras in och förblir involverade.

Rekommendation X: Regioner och landsting och i vissa fall nationella myndigheter bör stödja kommunernas arbete inte bara med de folkhälsomässiga aspekterna av HEiAP (dvs. epidemiologi, miljömedicin och socialmedicin) utan också genom regional planering.

XI: Långsiktigt engagemang och förpliktelser

Ojämlighet i hälsa handlar om skillnaderna mellan befolkningsgrupper vilket i många avseenden är en starkt politisk fråga. Ojämlighet i hälsa kan därför bli en källa till politisk konflikt, vilket också har varit fallet på nationell nivå i Storbritannien och Sverige. Detta kan underblåsa en stark politisk energi mot implementering, men erfarenheterna från kommuner i Skandinavien är att jämlikhet i hälsa sällan är politiskt kontroversiellt på lokal nivå. Det beror kanske på att frågan sällan tar så stor plats i de administrativa och politiska processerna och att de konkreta detaljerna i politiken kring inkomst, fattigdom, arbetslöshet, miljö samt resursfördelning efter behov i utbildningsväsende och i hälso- och sjukvård m.m. därför inte kommer upp på den politiska dagordningen. Det verkar emellertid som om ett starkt, långsiktigt ledarskap med många års politiskt engagemang är bättre för implementeringen än konflikter mellan skiftande politiska majoriteter.

Rekommendation XI: Utvecklingen av en lokalt hållbar process för jämlikhet i hälsa inom alla insatsområden kräver långsiktigt politiskt och administrativt engagemang med förpliktelser. Vissa insatser kommer ofrånkomligen att vara kontroversiella, men processen kan gagnas av långsiktigt fokus på att främja kompromisser snarare än politiska stridigheter.