

Det handlar om jämlik hälsa

**Konferensen Folkhälsa för tillväxt och utveckling i
Norrbotten, Luleå 31 augusti 2016**

Petra Mårselius
Utredningssekreterare

Kommissionen för jämlik hälsa

- **Kommissionen tillsattes av regeringen sommaren 2015**
- **11 ledamöter, inkl. ordförande, forskare och experter på en bredd av områden**
- **Arbetet ska vara klart i maj 2017**

Uppdraget - två huvudsakliga delar

- 1. Att lämna förslag på åtgärder som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar**
 - Huvudfokus socioekonomi och kön
 - Kan avse ett brett spektrum av bestämningsfaktorer, men betoning av välfärdsfrågor
 - Kan riktas mot olika aktörer i samhället
 - Förslag på kort, medellång och lång sikt
- 2. Att genom ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt öka medvetenhet och engagemang bland relevanta samhällsaktörer (bl. a. regional konferens Luleå 21 september)**

Centrala utgångspunkter

- **Hälsa är viktigt för människor!**
 - **86%** anser att hälsa är mycket viktigt; jfr. kärlek 70%, lycka 63%, rikedom 8% (SOM-undersökningarna)
- **God hälsa är kopplat till en rad centrala levnadsförhållanden och villkor (utbildning, arbete, boende, levnadsvanor osv.)**
- **Många politikområden och åtgärder är därmed av betydelse för god hälsa på lika villkor för hela befolkningen!**

Folkhälsopolitik – förankrad i grundlag

- **Grunden för folkhälsopolitiken finns i Regeringsformen 1 kap. 2 §:**
- ”Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. *Särskilt ska det allmänna trygga rätten till **arbete, bostad och utbildning** samt verka för social **omsorg och trygghet** och för goda förutsättningar för **hälsa.**”*

Regeringens långsiktiga mål:

”De påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Regeringens folkhälsopolitik syftar till att långsiktigt utjämna de skillnader som i dag finns mellan olika grupper. Hela befolkningen ska ha goda förutsättningar till en god hälsa.”

Prop. 2015/16:1, Utgiftsområde 9, avsnitt 5.5, sid 111

Det handlar om jämlik hälsa

– Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete

DELBETÄNKANDE AV
KOMMISSIONEN FÖR
JÄMLIK HÄLSA



Delbetänkandets upplägg

1. **Varför jämlik hälsa?**
 - 1.1. Ojämlighet i hälsa som samhällsproblem
 - 1.2. Sociala bestämningfaktorer och skillnader i hälsa
 - 1.3. Vad menar vi med "hälsa"?
 - 1.4. Delbetänkandets fortsatta struktur
2. **Hälsans ojämlika fördelning**
 - 2.1. Introduktion
 - 2.2. Ojämlighet i hälsa mellan olika utbildningsgrupper
 - 2.3. Barns hälsa och familjebakgrund
 - 2.4. Skillnader i hälsa mellan grupper i särskilt utsatta situationer och övriga befolkningen
3. **Strategisk styrning och mer jämlika villkor**
 - 3.1. Den svenska folkhälsopolitiken
 - 3.2. Tidigare initiativ för jämlik hälsa – internationellt, nationellt, regionalt och lokalt
 - 3.3. Centrala områden för en mer jämlik hälsa
 - 3.4. Styrning och uppföljning av åtgärder för jämlik hälsa
4. **Politik för en god och jämlik hälsa**
 - 4.1. Grundläggande ställningstaganden och vägval för det fortsatta arbetet
 - 4.2. Inriktning av arbetet med förslag
 - 4.3. Viktiga utmaningar, möjligheter och uppgifter

Varför jämlik hälsa?



Definition av ojämlikhet i hälsa

- **Vi definierar ojämlikhet i hälsa som**
 - ”Systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position”
 - Huvudfokus socioekonomi och kön
- **Vi skiljer mellan två delvis olika typer av ojämlikhet i hälsa**
 - Hälsogradienten som skär genom hela samhället
 - Hälsoskillnader mellan grupper i utsatta eller marginaliserade positioner och den övriga befolkningen

Förklaringar till ojämlikhet i hälsa

- Ojämlikhet i hälsa uppkommer genom att de *förhållanden, villkor och miljöer (resurser)* som människor lever i skiljer sig påtagligt åt för människor i olika sociala positioner
- Dessa resurser är sammankopplade och ömsesidigt förstärkande, och samspelar över hela livet
 - Hälsa är därmed både en förutsättning för och ett resultat av utbildning, arbete, försörjning etc.

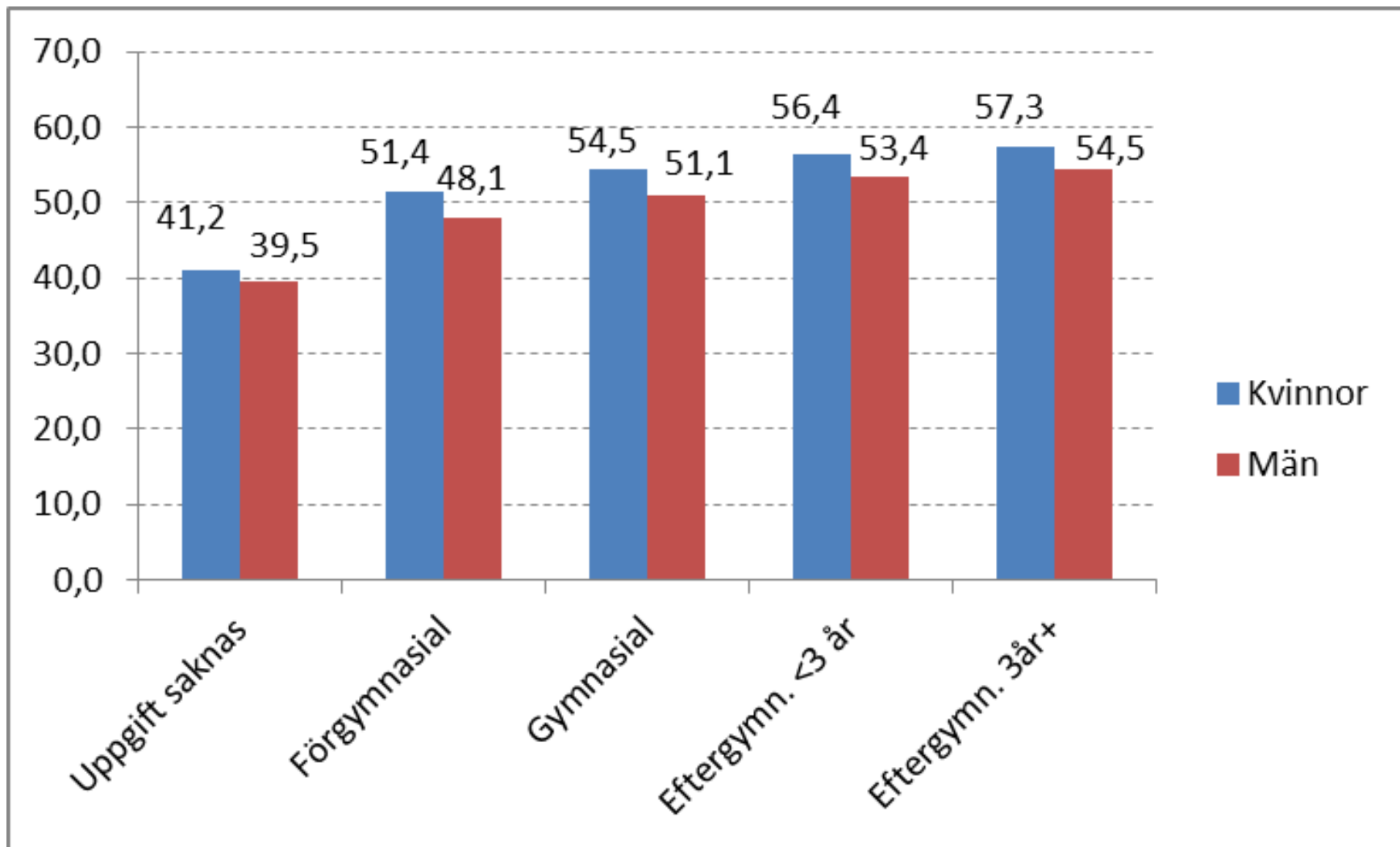
Förklaringar till ojämlikhet i hälsa (2)

- **Skillnader i resurser ger inte bara skillnader i risk för ohälsa – också mottagligheten eller motståndskraften skiljer sig också åt mellan människor i olika sociala positioner**
- **Ojämlikhet i hälsa formas även av skillnader i handlingsutrymme inom och mellan sociala grupper**
 - Socialt bestämda handlingsmönster
 - Brist på resurser tenderar att i sig påverka människors beslut

Hälsans ojämlika fördelning



Medellivslängd vid 30, 2015



Källa: SCB

Kommissionen för jämlik hälsa



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

Den ojämlika hälsan

- **Det skiljer 6 år i återstående medellivslängd vid 30 års ålder mellan de med grundläggande utbildning och de med minst tre års eftergymnasial utbildning. Gäller både kvinnor och män.**
- **Kvinnor lever längre, men har i många avseenden en sämre hälsa än män.**
- **Barns hälsa påverkas av familjebakgrund och detta har effekter genom hela livet.**

Den ojämlika hälsan (2)

- **Medellivslängden skiljer sig mellan norra och södra Sverige och mellan stad och landsbygd.**
- **Det finns skillnader mellan grupper i särskilt utsatta situationer (t.ex. personer med funktionshinder, hbtq-personer, nationella minoriteter) och övriga befolkningen.**

Strategisk styrning och mer jämlika villkor



Två vägar mot mer jämlik hälsa

Analysen så långt pekar på två viktiga vägar för att nå en mer jämlik hälsa:

1. Sociala bestämningsfaktorer

- Mer jämlika villkor och möjligheter för människor i olika sociala positioner

2. Styrning och uppföljning

- Mer strategisk styrning och uppföljning, i allmänhet men särskilt avseende sociala skillnader

1. Sociala bestämningfaktorer

Vi lyfter fram sju livsområden där ojämlikhet i villkor och möjligheter (resurser) är avgörande:

1. Det tidiga livet
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet

Resurser kommer från olika håll

- **De som människor själva genererar**
 - I familjen, på arbetsmarknaden, i civilsamhället etc.
- **De som välfärdsstatens institutioner tillhandahåller, t.ex.**
 - Mödra- och barnhälsovård
 - Förskola och skola
 - Socialförsäkrings- och transfereringssystem
 - Handikapp- och äldreomsorg
 - Hälsa- och sjukvård
- **Bättre tillgänglighet och kvalitet på dessa kollektiva resurser bidrar till minskade hälsoklyftor**
 - Lyfta dem som har bristande egna resurser (permanent eller tillfälligt)

Mycket finns redan på plats

- **De sju centrala livsområdena motsvaras av existerande välfärdsinstitutioner och verksamheter**
 - Dessa blir en viktig utgångspunkt för förslag
- **Existerande institutioner utgör inte alltid den resurs de är avsedda att vara**
 - Man kan inte enbart göra mer, utan också bättre eller annorlunda
- **Syftet bör vara insatser som långsiktigt stärker människors handlingsförmåga och motståndskraft, men också bättre hantera kortsiktiga problem**

Tabell 4.1 Bestämningsfaktorer, verksamheter och aktörer

Översiktliga exempel på verksamheter och aktörer som motsvarar de sju viktigaste bestämningsfaktorerna

Bestämningsfaktor	Exempel på verksamheter/arenor	Exempel på aktörer
Det tidiga livet	Familj, MVC, BVC, hälso- och sjukvård, förskola, familjepolitik, socialtjänst	Föräldrar, kommuner, landsting, stat, civilsamhälle
Kunskaper, kompetenser och utbildning	Familj, förskola, skola, elevhälsa, folkbildning, kultur och fritid, socialtjänst	Föräldrar, kommuner, landsting, stat, Skolverket, civilsamhälle
Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö	Arbetsliv, socialt företagande, arbetsmarknadspolitik, arbetsmiljöarbete, rehabilitering	Näringsliv, fackförbund, kommuner, stat, Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, civilsamhälle
Inkomst och försörjningsmöjligheter	Arbetsliv, skatter, socialförsäkring, socialtjänst	Näringsliv, fackförbund, kommuner, stat, Försäkringskassan
Boende och närmiljö	Samhällsplanering, bostadspolitik, bostadsbyggande	Kommuner, länsstyrelser, näringsliv, Boverket
Levnadsvanor	ANDT, kost, fysisk aktivitet, hälso- och sjukvård, socialtjänst	Kommuner, landsting, länsstyrelser, idrottsrörelsen, näringsliv, Livsmedelsverket
Kontroll, inflytande och delaktighet	Demokrati, arbetsplatsinflytande, föreningsliv	Stat, kommuner, landsting, civilsamhälle, medier

Tre olika typer av åtgärder

- **Att stärka människors egna möjligheter att agera och generera resurser**
 - En god start i livet, stärka kompetens, underlätta val
- **Att göra mer av sådant som fungerar**
 - Öka andelen som går i förskola, öka täckningsgrad och ersättningsnivå i socialförsäkringar m.m.
- **Att göra bättre eller annorlunda för att få ut mer nytta för individer/brukare**
 - Ompröva arbetssätt, organisering samt skapa mer strategisk styrning och uppföljning

2. Strategisk styrning och uppföljning

- **Den befintliga folkhälsopolitiken – rätt tänkt men ofullbordad**
- **Några konkreta problem vi identifierar är:**
 - Målstrukturen kan förtydligas, bl.a. saknas konkreta delmål
 - Bristande tvärsektorielt arbete, t.ex.
 - Relevanta myndigheters (brist på) uttalade uppdrag
 - Prioritet har legat främst på specifika folkhälsofrågor (som ANDT)
 - Genomslaget på regional och lokal nivå relativt gott, men olika över landet
 - Uppföljning av ojämlikhet borde göras mer systematiskt, både hälsa och bestämningsfaktorer

Strategisk styrning och uppföljning

- **Styrning och uppföljning mer generellt**
 - Budgetprocessers betydelse för strategiskt/långsiktigt arbete
 - Samordning och samverkan mellan berörda aktörer
 - Offentlig upphandling som instrument för jämlik hälsa
 - Tillgång på data om jämlik hälsa samt strukturer för mer systematisk uppföljning och utvärdering generellt

Ojämlighet – en central utmaning

- Olika former av ojämlikhet – i hälsa och centrala livsområden – är en central utmaning för samhället
- Ojämlighet i livsvillkor och möjligheter är även en gemensam nämnare för många andra utmaningar
- Ojämligheten i hälsa och dess bestämningsfaktorer är därför en nyckelfråga för politiken på en rad områden!

Det handlar om jämlik hälsa
– *Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete*

DEL BETÄNKANDE AV
KOMMISSIONEN FÖR
JÄMLIK HÄLSA


STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR
SOU 2016:55