

# Kommissionen för jämlik hälsa – en kort rapport i halvtid

Olle Lundberg

Professor, ordförande i Kommissionen för jämlik hälsa.

E-post: [olle.lundberg@regeringskansliet.se](mailto:olle.lundberg@regeringskansliet.se).

Den svenska regeringen har satt upp ett långsiktigt mål att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Kommissionen för jämlik hälsa ska ge förslag på åtgärder som kan bidra till att målet kan nås. Utgångspunkten är de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa, och huvudfokus ligger på skillnader i hälsa mellan socioekonomiska grupper samt mellan kvinnor och män. Mot bakgrund av tidigare initiativ och forskning har Kommissionen identifierat sju områden där skillnader i livsvillkor är avgörande för jämlik hälsa. Dessa är 1) Det tidiga livet; 2) Kunskaper, kompetenser och utbildning; 3) Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö; 4) Inkomst och försörjningsmöjligheter; 5) Boende och närmiljö; 6) Levnadsvanor; samt 7) Kontroll, inflytande och delaktighet. En mer jämlik hälsa kan i princip nås med insatser som direkt påverkar skillnader i livsvillkor och förutsättningar inom dessa områden. Sådana insatser kan handla om att stärka individens egna möjligheter att generera resurser liksom förbättringar av de resurser som välfärdsystemen kan bidra med. Därutöver kan en mer jämlik hälsa sannolikt även nås genom en mer strategisk styrning och uppföljning av välfärdsstatens befintliga institutioner och verksamheter.

The Swedish government has set a long-term goal to close the avoidable health gaps within one generation. The Commission for Equity in Health shall propose measures that can contribute to this goal. The work is based on the social determinants for health approach, with a focus on health inequalities between socioeconomic groups and between women and men. Based on earlier commission's work and on research the Commission has identified seven areas where inequalities in conditions are essential for health equity. These are 1) Early life development; 2) Knowledge, skills and education; 3) Work, working conditions and work environment; 4) Income and economic resources; 5) Housing and neighbourhood conditions; 6) Health behaviours; and 7) Control, influence and participation. Improvements in health equity may in principle be achieved through policies that directly address conditions and opportunities in these areas. Such policies can aim at strengthening people's own abilities to generate resources, as well as improving the resources provided through the welfare state. In addition, more equitable health can probably be achieved also through more strategic governance and follow-up of existing welfare state institutions and programmes.

## Uppdrag och utgångspunkter

Sverige har under en längre period haft en i flera andra avseenden god och förbättrad folkhälsa, inte minst i termer av stadigt ökande medellivslängd. Samtidigt har vi i Sverige liksom i övriga nordiska länder haft påtagliga och i flera avseenden ökande sociala skillnader i hälsa och livslängd. Mot bakgrund av detta beslöt den svenska regeringen att sätta upp ett långsiktigt mål att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation, samt att tillsätta en kommission för jämlik hälsa för att ge förslag på åtgärder som skulle bidra till att detta mål kan nås.

Kommissionen för jämlik hälsa tillsattes i och med att Regeringen beslutade om dess direktiv i början av juni 2015 (dir. 2015:60). Uppdraget handlar om att ”lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar” (dir. 2015:60, sid 1). Kommissionen ska även bedriva arbetet på ett utåtriktat och inkluderande sätt för att också bidra till att sätta mer fokus på frågor relaterade till jämlik hälsa.

En av utgångspunkterna för Kommissionens arbete är de tidigare kommissioner och initiativ som finns på området, inte minst då de internationella kommissioner som letts av Michael Marmot och de nationella arbeten som gjorts i England, Danmark och Norge. En annan viktig utgångspunkt är de lokala och regionala initiativ som finns i Sverige och som återges i detta nummer. Dessa är i flera avseenden än mer väsentliga, eftersom de rör sig i en svensk kontext och därmed har mer direkt relevans för

Kommissionens arbete. En tredje utgångspunkt är självfallet den svenska folkhälsopolitiken med dess övergripande mål och 11 målområden.

## Centrala ställningstaganden

Även om Kommissionen i sitt arbete har att utgå från de direktiv som regeringen beslutat bör ett antal centrala frågor diskuteras för att kunna tas ställning till. Till dessa frågor hör vad ojämlikhet i hälsa är och hur den uppkommer, vilken roll och betydelse individers egna handlingar har i detta, samt varför vi som samhälle bör hantera ojämlikhet i hälsa som ett samhällsproblem.

### Vad är och varför är det viktigt med jämlik hälsa?

Kommissionens huvudfokus ligger på skillnader efter socioekonomi och kön. Med begreppen ”hälsoklyftor” och ”ojämlikhet i hälsa” menar vi i linje med detta systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper, dvs. mellan individer med olika social position. Vi refererar till dessa skillnader som sociala skillnader, därför att de ytterst sammanhänger med den sociala fördelningen av olika slags hälsorisker. Vi menar också att sådana skillnader därför i princip är påverkbara, därför att den socialt organiserade fördelningen är skapad av människor och därmed kan påverkas av människor. Samtidigt måste åtgärder mot ojämlikhet vara ständigt pågående, eftersom samhället har inbyggda mekanismer som innebär att det utan motverkande insatser tenderar att driva mot mer ojämlikhet (Molander

2014). Genom politiska beslut att satsa på tidiga insatser, hälsofrämjande politik och omfördelning kan dock de mekanismer som genererar ojämlik hälsa påverkas i en riktning som främjar en mer jämlik hälsa.

Det finns flera olika typer av argument för varför ojämlikhet i hälsa är ett viktigt samhällsproblem. Från en individuell horisont har de allra flesta människor i samhället ett starkt intresse av en god hälsa för sin egen och sina näras del, men alla har även lagstadgade och internationellt överenskomna rättigheter till en god hälsa. Det finns rättviseteoretiska liksom moraliska skäl varför skillnader i just hälsa är allvarliga och angelägna att åtgärda. Från samhällets horisont finns ett starkt intresse av en god hushållning med resurser, inte minst genom att ge alla invånare likvärdiga möjligheter till utveckling. Det är även angeläget att använda de skattemedel man samlar in på ett sätt som ger bästa möjliga värde för medborgarna, vilket också är ett starkt argument för att lägga resurser primärt på att förebygga ohälsa och dess bestämningsfaktorer snarare än på att reparera skador när de väl uppkommit. Utifrån ett sådant förebyggande- och investeringsperspektiv utgör sociala skillnader en tydlig ingång för åtgärder. Det finns även ett samhällsintresse av att främja en socialt, ekonomisk och miljömässigt hållbar utveckling. Såväl sociala skillnader i hälsans bestämningsfaktorer som i hälsa och livslängd utgör viktiga problem som bör åtgärdas om en sådan utveckling ska nås.

Tagna var för sig är alla dessa argument starka, om än inte invändnings-

fria. Vi menar dock att det inte finns någon anledning att ställa argumenten mot varandra. De olika argument vi diskuterar är heller inte ömsesidigt uteslutande, utan kompletterar varandra. Tagna tillsammans ger de ett brett underlag för behovet att uppmärksamma sociala skillnader i hälsa och verka för en minskning av dessa.

### Individer, strukturer och jämlik hälsa

Även om ohälsa och sjukdom rent konkret uppkommer biologiskt, exempelvis via en bakterie eller virus eller via en förändring i cellers sätt att fungera, så är risken att utsättas för detta oftast socialt fördelad. Hälsan i allmänhet lika väl som specifika åkommor och sjukdomar påverkas alltså av de förhållanden och villkor som människor lever i och egenskaper i de miljöer de vistas i. Dessa förhållanden, villkor och miljöer skiljer sig påtagligt åt för människor i olika sociala grupper.

Detta handlar inte enbart om vilka bakterier och virus människor utsätts för utan lika mycket om huruvida den mat man äter innehåller för mycket eller för lite av olika näringsämnen, om det finns ohälsosamt mycket buller, damm, fukt och gifter där man bor och arbetar, och hur mycket ekonomiska och sociala resurser man har för att skapa sig ett gott liv och hantera det man möter och exponeras för. De flesta av dessa miljöfaktorer är socialt skiktade, dvs. de som är högre upp på samhällsstegen är i mindre grad utsatta för problem och hälsorisker och i högre grad utrustade med resurser att hantera sina liv. Det är med andra

ord inte enbart hälsorisker som varierar med social ställning, utan även hur mottagliga för eller motståndskraftiga mot olika hälsorisker som människor är (Diderichsen et al. 2012).

Ojämlighet i hälsa uppkommer därmed genom skillnader mellan sociala grupper i tillgänglighet till ett antal sammankopplade och ömsesidigt förstärkande villkor och möjligheter (resurser), i ett samspel som sker över hela livet. Hälsa är i sig en sådan resurs, och således både en förutsättning för och ett resultat av andra villkor och möjligheter, som arbete, försörjning etc. Ojämlighet i hälsa är därmed både en ojämlikhet i en central förutsättning för ett gott liv och i en central del av detta goda liv.

Här har förhållanden och villkor tidigt i livet en särställning. Detta dels därför att man inte kan välja på vilken plats, i vilken familj eller i vilka omständigheter man ska födas. Dels därför att det tidiga livet, både tiden i fosterlivet och de första 3-5 åren, har en på många sätt avgörande effekt för utveckling och hälsa senare i livet. Uppväxtfamiljens sociala och ekonomiska villkor påverkar barn på många olika sätt och lägger grunden för det fortsatta livet. Samtidigt är det centralt att detta inte ses som en process som är ödesbestämd och opåverkbar. Tvärtom visar forskningen att samhällsliga insatser och investeringar i barns hälsa och utveckling har en större avkastning än insatser senare (se exempelvis Cunha och Heckman 2007). Detta resonemang innebär dock inte att insatser för att motverka ojämlikhet i hälsa enbart bör göras tidigare i livet, men att en klok inves-

teringsstrategi för att jämna ut barns uppväxtvillkor sannolikt kommer att minska behovet av kompenseringar investeringar längre fram i livet.

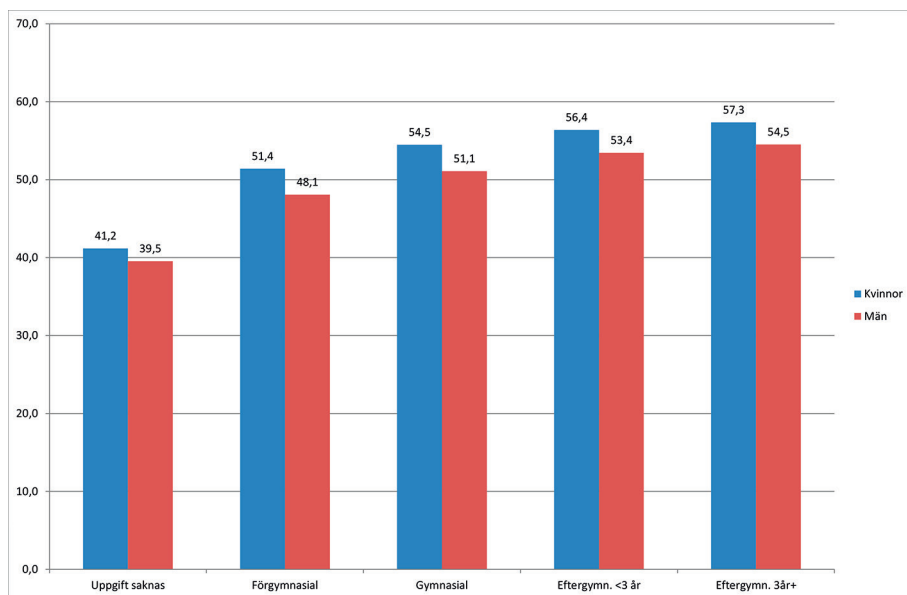
Det finns ett antal försök att med teoretiska modeller översiktligt beskriva de processer som skapar ojämlikhet i hälsa. Dessa inkluderar olika faktorer på individnivå, i närmiljön och i samhället i stort som påverkar livsvillkor, möjligheter och ytterst hälsan genom hela livet. I Diderichsens modell av hur ojämlikhet i hälsa uppkommer beskrivs en process med fyra olika komponenter. Dessa är 1) den sociala skiktningen i sig, dvs. sorteringen av människor in i olika sociala grupper, 2) skillnader mellan sociala grupper i exponering för hälsofarliga faktorer och miljöer, 3) skillnader mellan sociala grupper i sårbarhet eller mottaglighet för en given exponering, beroende på flera samverkande exponeringar eller tidigare sjuklighet, samt 4) skillnader mellan sociala grupper i konsekvenser av sjukdom, exempelvis i form av möjlighet att arbeta. Även om det inte anges i modellen verkar dessa processer också över hela livsförloppet.

Fördelen med denna tankemodell för hur ojämlikhet uppkommer är att den också pekar på tänkbara punkter som åtgärder kan inriktas mot. Den behöver dock enligt vår uppfattning kompletteras med en förståelse av hur de resurser som individer själva genererar eller som samhället bistår med via välfärdsstatens olika institutioner och verksamheter omvandlas till faktiska utfall i form av livsvillkor och hälsa. I denna process spelar flera faktorer in, förutom de resurser

som utgör utgångspunkten. Den sociala skiktningen av hälsorisker och mottaglighet innebär nämligen inte att individer enbart är passiva offer för omständigheter. Tvärtom ser vi alla människors önskan och rätt till en god hälsa som en central utgångspunkt. Centralt för en förståelse av ojämlikhet i hälsa som samhällsproblem är dock att individers ansvar *för* och önskan *om* en god hälsa relateras till de sociala skillnader som finns såväl i konkreta livsvillkor som i beslutsutrymme och handlingsalternativ. Här anknyter vi till Amartya Sen och andras arbeten kring ”förmågor”, dvs. det som på engelska kallas ”capabilities”. I linje med denna teoretiska diskussion lyfter vi fram betydelsen av dels individuella omvandlingsfaktorer (exempelvis funktionshinder) som ett viktigt steg mellan resurser och möjligheter, dels socialt påverkade val som

ett viktigt steg mellan de möjligheter man har och de utfall man faktiskt får (Sen 2009; Robeyns 2005). I tillägg till detta tenderar resursbrister att i sig ta upp mycket av människors fokus och påverka deras kognitiva kapacitet på ett negativt sätt (se exempelvis Shah et al. 2012; Mani et al. 2013). Därigenom begränsas individers handlingsutrymme och förmåga att fatta beslut vilket bidrar till att förstärka redan existerande skillnader och skapa negativa spiraler.

Kommissionen ser därmed ojämlikhet i hälsa som ett resultat av samspelen mellan individ och samhälle. Alla individer har ett ansvar för sin egen hälsa inom ramen för det beslutsutrymme man har, och det allmänna har ett ansvar för att människor får ett rimligt beslutsutrymme men även för att ge stöd till enskilda beslut. Det är just detta som avses med samhälleliga



Figur 1. Återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå 2015, kvinnor och män. Källa: SCB.

förutsättningar för en god hälsa på lika villkor.

### Ojämlighet i hälsa i Sverige 2015

Den ojämlika ohälsan kan beskrivas på olika sätt, liksom socioekonomisk position kan mätas på olika sätt. Hur man mäter och beräknar ojämlikhet i hälsa kan i viss mån påverka vilken bild man får. Mycket pekar dock mot att de sociala skillnaderna i dödlighet och livslängd har tenderat att öka, samtidigt som nästan alla grupper lever längre (Shkolnikov et al 2012; Folkhälsomyndigheten 2016; SCB 2016). Samtidigt är inte det centrala egentligen i vilken mån skillnaderna ökar, utan att det finns påtagliga skillnader i livslängd mellan utbildningsgrupper i Sverige precis nu. De senast tillgängliga uppgifterna om livslängd gäller 2015, och vi har valt att här

mäta socioekonomisk position med utbildningsnivå. Mer precis använder vi fem utbildningsgrupper; de som saknar utbildning, de med förgymnasial utbildning, gymnasium, kort eftergymnasial samt lång eftergymnasial utbildning (Figur 1).

Med denna indelning av utbildning kan vi för det första konstatera att det finns en påtaglig gradient om cirka sex år mellan de som har en förgymnasial utbildning (folkskola/grundskola) och de som har en eftergymnasial utbildning på tre år eller mer. Detta gäller för både kvinnor och män födda i Sverige (utrikes födda är ej inkluderade i denna beskrivning).

För det andra ser vi att gruppen som saknar uppgift om utbildning har en betydligt kortare livslängd, drygt tio år för kvinnor och knappt nio år för män. Den grupp som saknar upp-

Tabell 1. Medelålder vid död och spridning kring medelvärdet (standardavvikelse, SD). Kvinnor och män efter utbildningsnivå och period. Källa: SCB.

Period	Kvinnor			Män		
	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial
2000-2001						
Medelålder vid död	81,1	83,3	85,2	76,9	79,0	81,5
SD i år från 30 års ålder	13,0	11,6	10,5	13,1	12,0	10,8
2006-2008						
Medelålder vid död	81,3	83,9	85,8	77,8	80,1	82,5
SD i år från 30 års ålder	13,5	11,4	10,5	13,3	12,0	10,7
2013-2015						
Medelålder vid död	81,4	84,4	86,8	78,1	81,1	83,9
SD i år från 30 års ålder	13,7	11,5	10,3	14,1	12,0	10,5

gifter om utbildning består sannolikt i hög grad av människor som på olika sätt finns i utsatta och marginaliserade positioner. Därmed illustrerar denna graf såväl ojämlikhet som en gradient som löper genom hela samhället och som en skillnad mellan personer i mer utsatta positioner och den övriga befolkningen.

De uppgifter om återstående medellivslängd som redovisas ovan presenterar just medelvärden, och närmare bestämt det genomsnittliga antal år en person av ett visst kön och med en viss utbildning lever givet de dödlighetsrisker som gällde i varje åldersklass under år 2015. Detta medelvärde ger en sammanfattande bild av dödligheten i alla åldersgrupper för en viss period, omräknat till livslängder. Men minst lika viktigt är det att studera den fördelning av dödlighet över olika åldersklasser som ligger bakom detta medelvärde, och att göra det uppdelat efter socioekonomisk position (här indikerat med utbildning). Detta kan göras på flera sätt, men i Tabell 1 redovisas (för tre olika tidpunkter) dels medellålder vid död i tre utbildningsgrupper, dels standardavvikelsen kring detta medelvärde.

Det finns påtagliga skillnader i livslängd mellan grupper med olika social position (här indikerat som olika lång utbildning). Dessa uppkommer över hela livet. Människor i lägre sociala positioner löper högre risk att avlida tidigare, och därmed leva kortare. Samtidigt finns också en stor individuell variation. Även människor med kort utbildning lever till riktigt höga åldrar, men chansen att göra det är mindre än bland dem med längre ut-

bildning. Den ojämlika hälsan handlar om just denna systematiska skillnad i chansen att leva länge mellan olika grupper i samhället. Men det finns också en systematisk skillnad i variationen inom grupperna, vilken innebär att spridningen kring medelvärdet är mindre i grupper med längre utbildning.

Medellåldern vid död skiljer cirka 5,5 år för kvinnor och 5,8 år för män under perioden 2013-2015. Under de 15 år som täcks in har medellålder vid död varit i stort sett oförändrad bland kvinnor med förgymnasial utbildning, men ökat för kvinnor med längre utbildning. Bland männen ser vi ökningsar i alla utbildningsgrupper, men de är större bland dem med längre utbildning.

Tabellen visar även att spridningen kring dessa medelvärden varierar påtagligt och systematiskt – ju högre utbildningsnivå desto mindre spridning kring (det högre) medelvärdet. Vi kan konstatera att spridningen tenderar att minska bland de med eftergymnasial utbildning, men snarare öka bland de med förgymnasial utbildning. Men här framträder även viktiga skillnader mellan män och kvinnor. Män med eftergymnasial utbildning har nått ett högre medelvärde samtidigt som spridningen minskat, vilket kan tolkas som en ökad likhet inom gruppen. Bland män med förgymnasial utbildning har medelvärdet ökat med drygt ett år samtidigt som spridningen också ökat med ett år. För kvinnor med förgymnasial utbildning ökar däremot spridningen mer än medelvärdet.

Tabellen ger därmed en mer sammansatt och nyanserad bild av hur



skillnaderna i livslängd och dödlighet mellan sociala skikt (här mätta som utbildningsgrupper) ser ut just nu och hur de utvecklats under de senaste 15 åren. Det finns påtagliga likheter mellan människor i olika sociala positioner i det att de allra flesta dör i hög ålder, och vanligast mellan 85 och 90 år. Samtidigt finns det också påtagliga och systematiska skillnader mellan utbildningsgrupperna i såväl den genomsnittliga livslängden som spridningen kring detta genomsnitt.

### Det fortsatta arbetet med förslag

I det fortsatta arbetet med att formulera förslag kommer Kommissionen att utgå från de sju områden av livsvillkor där vi har identifierat att olika former av resursbrister kan vara mest avgörande för jämlik hälsa. Dessa områden är 1) Det tidiga livet; 2) Kunskaper, kompetenser och utbildning; 3) Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö; 4) Inkomst och försörjningsmöjligheter; 5) Boende och närmiljö; 6) Levnadsvanor; samt 7) Kontroll, inflytande och delaktighet. Ytterst handlar då åtgärder för en mer jämlik hälsa om att förstärka resurser – villkor och möjligheter – så att de med sämre villkor och sämre hälsa gynnas mer. Många förslag kommer troligen att vara inriktade på det allmännas insatser, men andra aktörer kommer också att beröras.

Resurser i form av livsvillkor och möjligheter centrala för att förstå ojämlikhet i hälsa. Utifrån forskning om välfärd och hälsa kan man skilja mellan de resurser som människor själva genererar i familjen och

på marknaden, samt de resurser som det allmänna tillhandahåller genom välfärdsstatens olika institutioner. De senare inkluderar då dels olika välfärdstjänster som mödra- och barnhälsovård, förskola, skola, elevhälsa, hälso- och sjukvård, handikapp- och äldreomsorg, dels olika socialförsäkrings- och transfereringssystem som föräldrapenning, barnbidrag, sjukpenning, arbetslöshetsersättning och pensioner. En bärande tanke är att tillgänglighet och kvalitet på dessa kollektiva resurser är viktiga för människors livsvillkor och möjligheter, och i synnerhet för dem som har små eller bristande egna resurser (permanent eller tillfälligt). Kommissionens arbete med förslag för en mer jämlik hälsa kommer därför att handla dels om att stärka individens egna möjligheter att generera resurser, dels om *förbättrad kvalitet och/eller förbättrad tillgänglighet* på sådana kollektiva resurser som välfärdssystemen kan bidra med.

De sju områden eller bestämningsfaktorer som vi identifierat som mest betydelsefulla för jämlik hälsa motsvaras alltså redan i de flesta fall av olika institutioner och verksamheter. Ojämlikhet i hälsa i dagens Sverige kan därmed också bero på att existerande verksamheter och strukturer inte alltid utgör den resurs som de är avsedda att vara. Goda ambitioner och mål nås inte och den kompensatoriska förmågan sviktar i flera olika verksamheter med stark bäring på jämlik hälsa. Därför måste arbetet med förslag till åtgärder också inriktas inte enbart på att göra mer, utan i minst lika hög grad på hur man kan göra bättre eller annorlunda. Därför



kommer Kommissionens arbete med förslag också att handla om en mer strategisk styrning och uppföljning av välfärdsstatens befintliga institutioner och verksamheter. Detta innebär att vi kommer att behandla vissa

mer övergripande frågor om styrning och uppföljning som påverkar jämlik hälsa, och särskilt diskutera hur folkhälsopolitiken styrs, genomförs, organiseras och följs upp.

## Referenser

- Cunha, F., & Heckman, J. J. (2007). The Technology of Skill Formation. *American Economic Review*, 97(2): 31-47.
- Direktiv 2015:60. En kommission för jämlik hälsa. Kommittédirektiv beslutade vid regeringssammanträde den 4 juni 2015.
- Diderichsen, F., Andersen, I., & Manuel, C. (2012). The Working Group of the Danish Review on Social Determinants of Health. Health Inequality - determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8): 12-105.
- Folkhälsomyndigheten. (2016). Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering. Folkhälsomyndigheten.
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. (2013). Poverty Impedes Cognitive Function. *Science*, 341: 976-980.
- Molander, P. (2014). *Ojämlighetens anatomi*. Stockholm: Weylers.
- Robeyns, I. (2005). The Capability Approach: a theoretical survey. *Journal of Human Development*, 6(1): 93-117.
- Sen, A. (2009). *The idea of justice*. Lonon: Allen Lane.
- Shah, A. K., Mullainathan, S., & Shafir, E. (2012). Some Consequences of Having Too Little. *Science*, 338: 682-685.
- Shkolnikov, V., Andrev, E., Jdanov, D., Jasilionis, D., Kravdal, Ö., Vägerö, D., & Valkonen, T. (2012). Increasing absolute mortality disparities by education in Finland, Norway and Sweden. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66: 372-378.
- Statistiska centralbyrån. (2016). Livslängd och dödlighet i olika grupper. Demografisk rapport 2016:2.