

Kunskapsunderlag: **Vad är ojämlikhet i hälsa?**

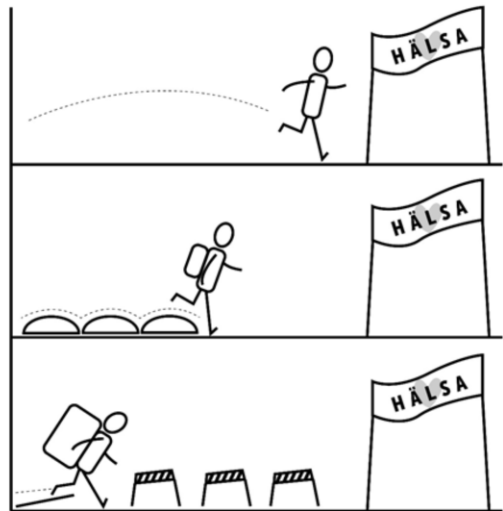
Avdelning folkhälsa och hållbarhet, Region Gävleborg

Innehåll:

- Vad är ojämlikhet i hälsa?
- Hur uppkommer ojämlikhet i hälsa?
- Hur skapar vi god och jämlik hälsa i befolkningen?

Vad är ojämlikhet i hälsa?

”Det är skillnad på skillnader i hälsa mellan individer och skillnader i hälsa mellan grupper”



Bildtolkning: Våra möjligheter att nå hälsa påverkas av vilka förhållanden vi lever under och de resurser vi förfogar över.

Vad är ojämlikhet i hälsa?

Trots en generellt sett positiv hälsoutveckling i länet, Sverige och världen är denna utveckling ojämnt fördelad i befolkningen. Skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen har ökat under de senaste årtiondena och har därför uppmärksamats både nationellt och internationellt senaste åren. Att det finns ett mönster som visar skillnader i hälsa och överlevnad mellan socialt definierade grupper är ett faktum.

Kommissionen för jämlik hälsa definierar denna ojämlikhet i hälsa som ”systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position”. Denna definition innebär dels ett fokus på sociala bestämningsfaktorer för hälsa, och att utgångspunkten är hur förhållanden och resurser som är av betydelse för hälsa fördelas mellan grupper i befolkningen. Båda dessa delar visar på en *systematik*, d.v.s. det är inte slumpen som ger ojämlikheten, utan den uppstår systematiskt utifrån de förhållanden vi befinner oss i och de resurser vi har. Kommissionen för jämlik hälsa förtydligar detta i sin beskrivning av ojämlikhet som själv-förstärkande: de grupper som har större resurser har också större möjligheter att få ännu lite mer resurser. Därför behövs insatser både för att hålla nere ojämlikheten och ännu mer insatser för att minska den.

Skillnad mellan hälsa i grupp och på individnivå

Skillnader i hälsa mellan grupper skiljer sig från skillnader i hälsa mellan individer. Att nivån av hälsa kan variera mellan individer, eller för en individ över tid, är något som kan ses som acceptabelt och behöver inte upplevas som orättvist eller orättfärdigt. Att nivån av hälsa varierar mellan olika befolkningsgrupper kan däremot vara ett tecken på att det finns sociala strukturer och/eller processer som skapar olika förutsättningar för hälsa för olika grupper av befolkningen. Det är detta som kallas *systematiska skillnader* i hälsa.

Som ett exempel: skillnader i hälsa mellan män och kvinnor som beror på biologiska orsaker är inte systematiska. Skillnader i hälsa mellan män och kvinnor som beror på män och kvinnors olika tillgång till resurser, eller genusstrukturer, är orsakade av strukturer i samhället och alltså *systematiska skillnader* i hälsa. Det positiva med att det är strukturer i vårt samhälle som orsakar skillnader i hälsa – är att vi kan göra något åt dessa strukturer. Vi kan förebygga och åtgärda systematiska skillnader i hälsa. Mer om detta längre fram i denna text.

Vad är ojämlikhet i hälsa?

”Systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position”.

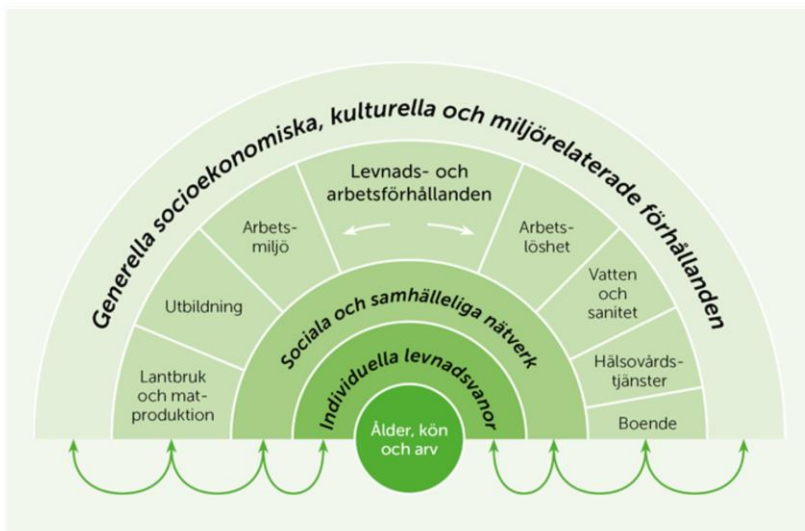
Socioekonomiska grupper	Grupper i utsatta positioner	Diskriminerade grupper
<p>Breda samhällsgrupper, rangordnas från hög till låg socioekonomisk position, vanligen baserat på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utbildningsnivå • Inkomst • Yrkesposition <p>Även boende och geografi kan användas i kombination med de ovan.</p>	<p>Grupper som kan kännetecknas av att befinna sig i en särskilt utsatt, sårbar eller marginaliserad situation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Långvarigt försörjningsstöd • Långtidssjukskrivna • Utrikes födda eller med utländsk bakgrund • Ensamstående med barn, särskilt ensamstående kvinnor med barn • Boende i resurssvaga områden • Barn till föräldrar i alla respektive grupper ovan • Barn som kommit till Sverige efter skolstart • Barn som lever i barnfattigdom • Placerade barn • Barn med NPF-diagnoser 	<p>Grupper som befinner sig i minoritetspositioner som i större utsträckning än majoritetsbefolkningen utsätts för olika stressfaktorer som diskriminering och negativt bemötande. Det sammanfattas i våra diskrimineringsgrunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kön • Könsoverskrivande identitet eller uttryck • Etnisk tillhörighet • Religion och annan trosuppfattning • Funktionsnedsättning • Sexuell läggning • Ålder
<p>Ju högre socioekonomisk position och ju mindre utsatthet och diskriminering desto bättre livsvillkor.</p>		<p>Ju lägre socioekonomisk position och ju mer utsatthet och diskriminering desto sämre livsvillkor.</p>

Bearbetad efter Göteborgs stad 2017 samt Socialstyrelsen 2010.

Hur ojämlikhet i hälsa uttrycks och mäts

Som definitionen från Kommissionen för jämlik hälsa visar görs jämförelser i hälsa ofta mellan grupper av olika social position. Social position kan till exempel beskrivas genom utbildningsnivå, inkomst eller yrke. När sådana beskrivningar av skillnader i hälsa mellan grupper görs är det dock viktigt att komma ihåg att utbildning, inkomst och yrke är just en indikator på social position, eller social status, – och inte orsaken till hälsa eller ohälsa. Alltså: trots att vi ser skillnader i förväntad livslängd mellan människor med olika lång utbildning, eller skillnader i självskattad hälsa mellan människor med olika yrken är det inte utbildningslängden eller yrket som är *orsaken* till detta. Orsaken hittar vi istället i många olika individuella, sociala, ekonomiska och miljömässiga faktorer – i det vi kallar hälsans bestämningsfaktorer.

Ojämlikhet i hälsa uttrycks på två sätt. Dels som en social gradient i hälsa. Det vill säga ett stegvist samband där varje steg upp i socioekonomisk position innebär förbättrad hälsa, och varje steg ned innebär försämrad hälsa. Det finns alltså ett genomgående mönster, av att ju mer resurser desto bättre hälsa, ju mindre resurser desto sämre hälsa. Detta gäller genom alla steg av den sociala hierarkin. Ojämlikhet i hälsa uttrycks också som en ansamling av riskutsatthet och sårbarhet för ohälsa. Grupper med ansamling av riskutsatthet och sårbarhet återfinns också ofta på lägre socioekonomiska positioner, med mindre resurser. De två uttrycken för ojämlik hälsa är därför nära sammankopplade



Hälsans bestämningsfaktorer och livsvillkor

Människors hälsa bestäms av många olika individuella, sociala, socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer (se figur ovan). Dessa faktorer verkar i flera nivåer som figuren visar. Dessa bestämningsfaktorer för hälsa kan vara både stärkande för hälsa och en riskfaktor för hälsa. Bestämningsfaktorerna kan också fördelas olika för olika grupper i befolkningen. Det är genom denna fördelning som vi hittar förklaringen till ojämlikhet i hälsa: om riskfaktorer, eller stärkande faktorer, för hälsa på ett *systematiskt vis fördelas ojämlikt* i befolkningen kommer också hälsa på ett systematiskt vis fördelas ojämlikt i befolkningen. Så väl kvalitet som fördelning av bestämningsfaktorer för hälsa har alltså betydelse för den goda och jämlika hälsan i en befolkning.

Särskilt betydande för ojämlik hälsa är att titta på de bestämningsfaktorer som kallas livsvillkor (i figuren fältet för levnads- och arbetsförhållanden). Livsvillkor handlar om de villkor och möjligheter människor lever under och de resurser de förfogar över. Det omfattar bland annat uppväxt, utbildning, arbete, försörjning och boende. Ojämlik fördelning av livsvillkor ger ojämlik fördelning av hälsa. Det kan handla om tillgång till och kvalitet på till exempel utbildning, arbete, bostäder, rekreativsmöjligheter, sjukvård. Det handlar också om möjligheten för var och en att ha kontroll och inflytande över sina livsvillkor.

Kommissionen för jämlik hälsa beskriver livsvillkorens betydelse för hälsa på följande vis i sitt slutbetänkande: *"Om fler kan komma genom skolsystemet med en utbildning, om fler kan försörja sig på arbete, om fler kan ha en god arbetsmiljö så kan också fler vara friska längre. Liv och hälsa hänger samman för såväl individer som för samhället. Därför är det i allas intresse att bidra till att alla medborgare har rimliga villkor och möjligheter. Kunniga, kompetenta och friska människor har lättare att få arbete och försörja sig, vilket i sin tur påverkar hälsan positivt."* (SOU 2017:47, s. 17).

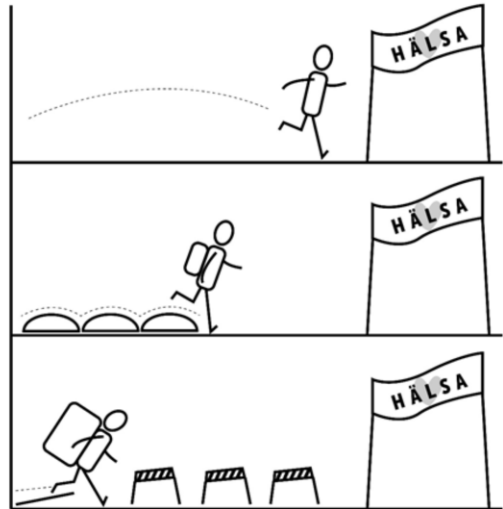
Hälsans fördelning i en befolkning, om den fördelas jämlikt eller ojämlikt mellan grupper i en befolkning, är alltså främst en fråga om fördelning av livsvillkoren och de möjligheter och resurser som individ och samhälle skapar tillsammans. Därmed är hälsans fördelning i en befolkning inte en fråga för enbart en aktör, en myndighet eller en sektor i samhället: det är en fråga för alla sektorer av samhället. Det handlar lika mycket om hur hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar för patientens delaktighet i sin behandling och vårdupplevelse, som skolpersonalens arbete för elevernas upplevda trygghet och målpuppfyllelse, och som samhällsplanerarens arbete för att skapa bostadsområden som möjliggör både rekreation och vila.

För att förstå hur ojämlikhet uppstår, och hur det kan åtgärdas, måste alltså ett brett perspektiv, ett tvärsektorielt perspektiv, tillämpas och fokus måste läggas på fördelningen av livsvillkor i en befolkning.

Hur uppstår ojämlikhet i hälsa?

Hälsan i en befolkning påverkas av de förhållanden människor lever under och de resurser de förfogar över.

Ojämlikhet i hälsa *uppkommer som ett resultat av* att olika grupper i befolkningen inte har samma resurser, möjligheter och villkor - d.v.s. inte har likvärdiga förutsättningar. Deras livsvillkor ser olika ut.



Bildtolkning: Våra möjligheter att nå hälsa påverkas av vilka förhållanden vi lever under och de resurser vi förfogar över.

Två processer som samverkar genom livet

Jämlikhet i hälsa handlar ytterst om livsvillkor. Människors uppväxtvillkor, utbildningsmöjligheter, boendemiljö, arbetsmiljö, och försörjningsmöjligheter kan skilja sig åt på ett systematiskt sätt mellan olika grupper i befolkningen, och detta kan ge effekten ojämlikhet i hälsa.

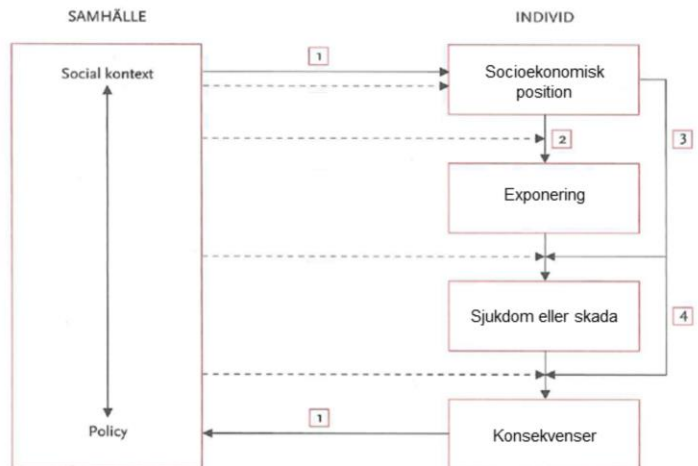
Ojämlik fördelning av livsvillkor ger i sin tur ojämlikheter i risk för ohälsa, i sårbarhet för ohälsa; och i konsekvenser av ohälsa. Hälsa är därmed både en förutsättning för och ett resultat av andra viktiga resurser (utbildning, arbete, försörjning etc.)

Baserad på flera olika förklaringsmodeller från forskningen ger Kommissionen för jämlik hälsa en enkel och sammanhållen förklaring av hur ojämlikhet i hälsa i en befolkning uppstår. De beskriver två processer som samverkar genom hela livet:

1. Livsvillkor och levnadsförhållanden påverkar gruppens risk för att råka ut för ohälsa eller för tidig död, det påverkar också individernas mottaglighet eller motståndskraft vid ohälsa och vilka konsekvenser eventuell ohälsa får i längden. Ojämlikhet i resurser för dessa livsvillkor ger därmed systematisk ojämlikhet i ohälsa.
2. Dessa livsvillkor och levnadsförhållanden är även kopplade till de processer som skapar människors handlingsutrymme inom och mellan sociala grupper. Ojämlikhet i hälsa kan forma socialt bestämda handlingsmönster och brist på resurser tenderar att i sig påverka människors beslut. Ett exempel är att sämre livsvillkor under barndomen, socialt eller ekonomiskt, ofta innebär sämre förutsättningar för en god kognitiv, social och emotionell utveckling. Detta ger i sin tur både sämre chanser till utbildning, arbete och inkomster senare i livet, men även högre risk för ohälsa, samtidigt som hälsan i vuxen ålder även hänger samman med de livsvillkor, de inkomster och det arbete man då har.

Hur uppstår ojämlikhet i hälsa?

Modell över samband mellan samhälle, social position och hälsa.



Modifierad efter: Diderichsen & Hallqvist, 1998 samt Hogstedt et al., 2003.

Fyra spår ger en fördjupad bild av de två processerna

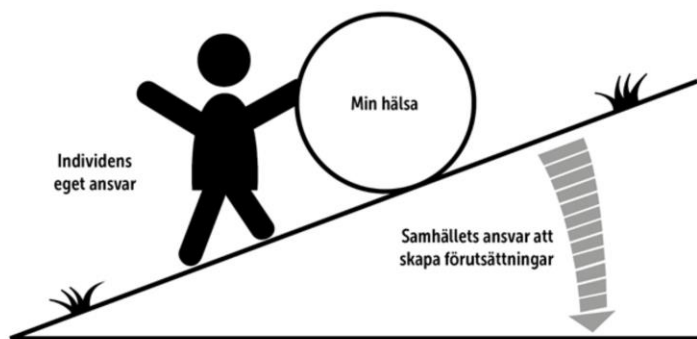
För att fördjupa resonemanget skulle vi kunna beskriva de två samverkande processerna (se föregående sida) genom fyra spår som kan skapa systematiska skillnader i hälsa:

1. *Systematiska skillnader i livsvillkor:* olika förutsättningar att nå olika sociala positioner – och därmed olika resurser. Kvinnors tillgång till utbildningsystem och senare arbetsmarknad kan tjäna som historiskt exempel: den sociala kontexten skapade ett hinder för kvinnor att nå samma socioekonomiska position män.
2. *Ojämlig exponering för riskfaktorer:* en variation av exponeringar finns mellan olika sociala positioner. Ett exempel är högre förekomst av fysiska belastningar i arbetsmiljön som skiljer sig mellan tjänstepersoner inom hälso- och sjukvården och vårdbiträden eller undersköterskor inom samma verksamhet.
3. *Ojämlig sårbarhet för sjukdom/skada/ohälsa:* i lägre sociala positioner finns i många fall ansamlingar av flera riskfaktorer samtidigt vilket ger större sårbarhet för ohälsa. Högre positioner kan istället ha tillgång till fler skyddande faktorer för hälsa.
4. *Ojämliga konsekvenser av ohälsa/sjukdom/skada:* utifrån t.ex. arbetsvillkor kan olika möjlighet att arbeta trots sjukdom/skada/ohälsa finnas, och därmed olikhet i t.ex. förlust av inkomst vid sjukdom/skada/ohälsa. Högre utbildning kan exempelvis påverka människors förmåga att samla och värdera information, vilket exempelvis kan ge ökad möjlighet att diskutera hälsoproblem med läkare.

Det finns alltså i dessa samverkande processer, ett samspel mellan individens resurser och samhällets ansvar för att skapa förutsättningar för individen.

Hur uppstår ojämlikhet i hälsa?

Samspel mellan individens resurser och samhällets resurser.



”Ojämlikhet uppstår då de individuella och kollektiva resurserna inte är likvärdigt tillgängliga mellan olika grupper”

Kommissionen för jämlik hälsa

Ett samspel mellan individ och samhälle

Ojämlikhet i hälsa kan alltså ses som ett resultat av samspelet mellan individ och samhälle: resurser centrala för hälsa genereras dels av individer själva – men en människas möjligheter att leva ett gott och hälsosamt liv beror även på tillgång till och kvalitet i välfärdssystemen. Detta gäller särskilt om de egna resurserna inte räcker till.

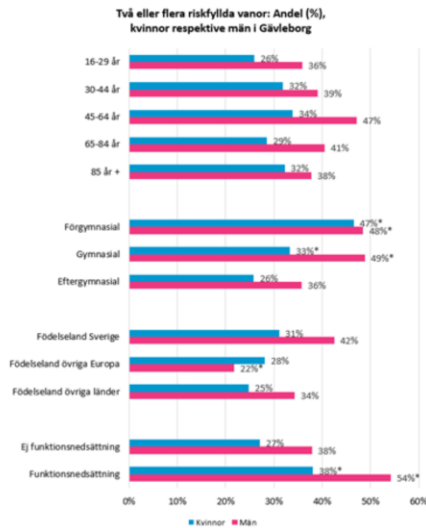
Kommissionen för jämlik hälsa beskriver samspelet mellan individ och samhälle som att alla individer har, inom ramen för sitt beslutsutrymme, ett eget ansvar - och att samhället har ett ansvar för att skapa förutsättningar så att människor får ett rimligt beslutsutrymme, samt för att ge stöd till enskilda beslut. Varje individ är med andra ord beroende av samhällets kollektiva resurser, till exempel de klassiska välfärdstjänsterna som skola, vård och omsorg: tjänster vars kvalitet och tillgång vi alla någon gång behöver och är beroende av.

Ett exempel på samspelet mellan individ och samhälle är att barn som föds och växer upp i ett sammanhang med stora resurstillgångar kommer få lättare att använda de resurserna för att generera ännu mer resurser. De får också lättare att omvandla resurserna till andra typer av tillgångar och förutsättningar som ger dem större möjligheter att kunna påverka och kontrollera sina liv i den riktning de själva vill. Motsatsen kan ses för de barn som föds och växer upp i ett sammanhang med låg tillgång till resurser. De åtgärder som sätts in för att nå en mer jämlik hälsa bör därför vara både universella, det vill säga riktade till alla, som specifika och riktade mot specifika problem eller grupper.

Individens förmåga att omvandla sina resurser till förmågor är därför också en viktig aspekt. Som exempel: det krävs mer av den som har en kort utbildning och litet kontaktnät att få ett fast jobb, jämfört med den som har en lång utbildning och stort kontaktnät. Omvandlingen av resurser påverkas också av socialt präglade handlingsmönster: vi ser att flickor och pojkar ofta väljer olika gymnasieutbildningar i enlighet med rådande könsnormer, och vi ser att barn till föräldrar utan eftergymnasial utbildning i lägre grad söker sig vidare till eftergymnasial utbildning.

Den sociala positionen påverkar alltså både tillgång till resurser, och hur lätt eller svårt det är att omvandla resurserna till ett handlings- och beslutsutrymme. För att minska skillnader i hälsa och livsvillkor måste vi därför arbeta för tillgänglighet och nyttjande av de gemensamma resurserna, särskilt där de egna resurserna är mindre.

Exempel på ojämlikhet i hälsa i Gävleborgs län



31 % av kvinnor och 41 % av män har två eller fler riskfyllda levnadsvanor.

Andelen är störst hos:

- Kvinnor med endast grundskola
- Män födda i Sverige
- Kvinnor och män med funktionsnedsättning

Datakälla: Folkhälsomyndigheten och Samhällsmedicin, Region Gävleborg.

Datakälla: Folkhälsomyndigheten, Hälsa på lika villkor, HLV 2022

Definition: två eller flera riskfyllda levnadsvanor av: daglig tobak, riskabla alkoholvanor, ej fysiskt aktiv 150 min, fetma samt äter lite frukt och grönsaker

Många har flera riskfyllda levnadsvanor

I Gävleborg har 31 % av kvinnor och 41 % av män två eller fler riskfyllda levnadsvanor. Andelen är störst, *inrikes födda män, kvinnor med endast grundskola* samt kvinnor och män *med funktionsnedsättning*.

Statistiken ger också *indikation* på att nivåerna är *lägre* bland män födda i Norden, jämfört med män födda i Sverige. Men gruppen från Norden är för liten för att ge säkra resultat, och presenteras därför inte här.

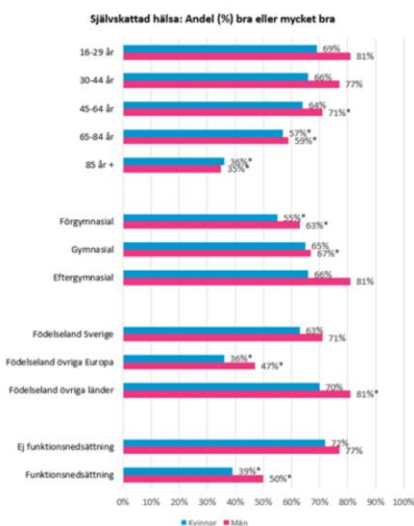
Hälsorelaterade levnadsvanor

Hälsorelaterade levnadsvanor har en viktig roll för nivå och fördelning av hälsa i en befolkning. Cirkulationsorganens sjukdomar står tillsammans med tumörer för nära hälften av skillnaderna i livslängd mellan utbildningsgrupper i Sverige. Dessa dödsorsaker är relaterade till levnadsvanor och kan därmed, i viss utsträckning, förebyggas. Socialstyrelsen beräknar att en individ som är fysiskt aktiv, äter hälsosamt, har en måttlig konsumtion av alkohol och inte röker i genomsnitt lever 14 år längre än en individ med dessa ohälsosamma levnadsvanor.

Hälsorelaterade levnadsvanor och socioekonomisk position, tex utbildningsnivå

En högre socioekonomisk position ger mer resurser och större handlingsutrymme. Detta ger i sin tur bättre möjlighet att göra hälsosamma val. Det kan handla så väl om ekonomiska resurser som kunskap, sociala nätverk och socialt stöd eller fysiska resurser i närmiljön. Ekonomiska resurser kan exempelvis ge, eller reducera, möjligheten att konsumera hälsosamma livsmedel och deltagaravgifter för träning. Kopplingen mellan socioekonomisk position och hälsorelaterade levnadsvanor går med andra ord både via materiella och psykosociala faktorer.

Exempel på ojämlikhet i hälsa i Gävleborgs län



Datakälla: Folkhälsomyndigheten och Samhällsmedicin, Region Gävleborg.

Det finns tydliga skillnader mellan könen:

- Förutom i den äldsta åldersgruppen är det, oavsett ålder, en mindre andel **kvinnor** som skattar sin hälsa som bra
- Det samma gäller **oavsett födelseland** och oavsett om en har eller inte har någon **funktionsnedsättning**

Det finns också skillnader inom könen:

- De **yngre** åldersgrupperna mår bättre, de äldsta sämst
- De med **lägst utbildning** mår sämre
- Kvinnor och män **födda i Europa** mår sämre

Särskilt stor skillnad finns:

- mellan personer med funktionsnedsättning och personer utan funktionsnedsättning

Datakälla: Folkhälsomyndigheten, Hälsa på lika villkor, HLV 2022

Frågeställning: "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd"

Det finns stora skillnader i självskattad hälsa

Det finns **tydliga könsskillnader** i självskattad hälsa. Förutom i den äldsta åldersgruppen är det, **oavsett ålder**, en mindre andel kvinnor som skattar sin hälsa som bra. **Oavsett utbildningsnivå** är det en mindre andel kvinnor som skattar sin hälsa som bra.

Det finns också skillnader **inom könen**: *ju yngre ålder* desto större andel skattar sin hälsa som bra.

Särskilt stor skillnad finns mellan personer **med funktionsnedsättning** och personer utan funktionsnedsättning hos både kvinnor och män.

Statistiken ger också **indikation** på att nivåerna är **lägre** bland kvinnor och män födda i Norden, jämfört med kvinnor och män födda i Sverige. Men grupperna från Norden är för liten för att ge säkra resultat, och presenteras därför inte här.

Självskattat allmänt allmäntillstånd

Självskattat allmänt hälsotillstånd visar hur människor uppfattar sin egen hälsa. Måttet har visats kunna förutsäga en persons framtida hälsa, både fysiskt och psykiskt.

Vad kan göras för att minska ojämlikhet i hälsa?

- Åtgärder måste inriktas på livsvillkor i vid mening
- Åtgärder ska ge mer likvärdiga förutsättningar för olika grupper
- Avgörande att arbetet bedrivs långsiktigt och löpande: kärnverksamheterna är centrala



Det är när vi förstår hur systematiska skillnader i hälsa uppstår som vi också kan förstå vilka åtgärder som behöver vidtas. Som vi sett beror systematiska skillnader i hälsa på att livsvillkor skiljer sig mellan sociala positioner:

- skillnader i risk för ohälsa, skillnader i mottaglighet/sårbarhet/motståndskraft för ohälsa,
- skillnader i konsekvenser av ohälsa mellan sociala positioner,
- resurser hos individen och resurser hos samhället.

Åtgärder för en god och jämlik hälsa måste därför inriktas på dessa livsvillkor: att ge mer likvärdiga förutsättningar för människor i olika sociala grupper i befolkningen.

Kommissionen för jämlik hälsa beskriver att det finns sju centrala livsområden, samt en särskild arena, där skillnader i livsvillkor är särskilt avgörande för en god och jämlik hälsa. Finns det ojämlika villkor inom dessa centrala livsområden skapas ojämlikhet i hälsa. Det är därför vi inom dessa livsområden behöver fokusera vårt arbete för jämlikhet i hälsa:

- Det tidiga livets villkor
- Kunskaper, kompetenser och utbildning
- Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
- Inkomster och försörjningsmöjligheter
- Boende och närmiljö
- Levnadsvanor
- Kontroll, inflytande och delaktighet (handlingsutrymme)
- En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Kommissionen för jämlik hälsa menar också att åtgärder för en god och jämlik hälsa handlar både om att stärka individens egna möjligheter att handla och generera resurser och att stärka det allmännas förmåga att bidra med resurser. Det handlar alltså om dels att öka människors handlingsutrymme och underlätta för individer att ta beslut som är långsiktigt gynnsamma för dem. Arbete för att stärka individens handlingsutrymme och resurser bör särskilt fokuseras på individer med mindre resurser och handlingsutrymme. Det handlar också om att förbättra samhällets resurser: att stötta och bistå med resurser där de egna inte räcker till. Detta kan dels innebära åtgärder för ökad tillgänglighet till tjänster, men också att dessa tjänster blir bättre anpassade för att skapa mer likvärdiga möjligheter, till exempel förskola, skola, vård och omsorg.

Åtgärder för att minska skillnader i hälsa handlar med andra ord inte om en eller två avgörande åtgärder som behöver göras, det är inte nya insatser och projekt som behöver göras, utan ett tålmodigt arbete inom befintliga institutioner och verksamheter: att göra det befintliga uppdraget, bättre och för alla.

Starta med befintliga verksamheter!

- Kärnverksamheterna är viktiga för jämlik hälsa
- Tillgänglighet och kvalitet i mötet och insatsen är viktiga medel
- Fokus på främjande, förebyggande och tidiga insatser
- Medborgarperspektivet måste anammas
- Sammantaget behövs mer likvärdighet, med olika insatser för olika behov, för att uppnå mer jämlikhet

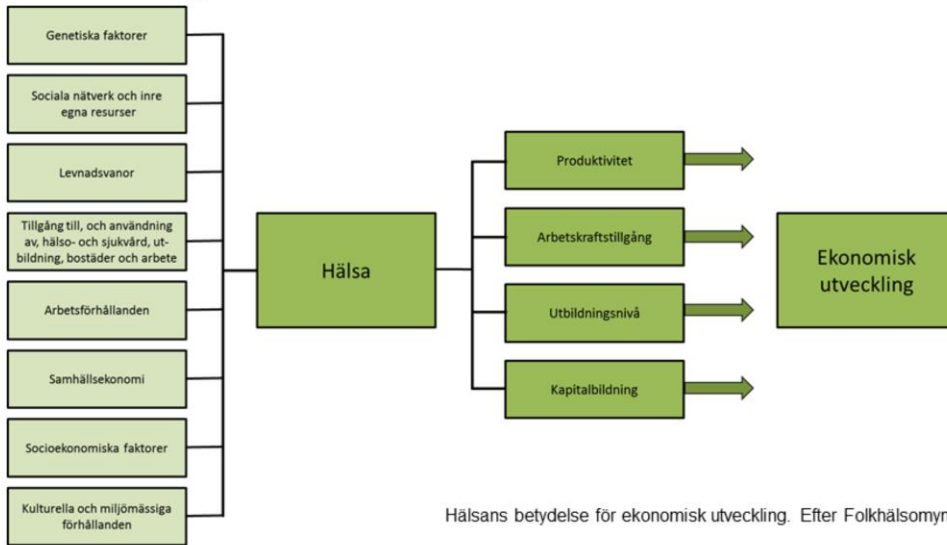
SOU 2017:47 Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa

Utifrån att åtgärder för att minska skillnader i hälsa handlar om ett tålmodigt arbete och att genomföra det befintliga uppdraget ännu lite bättre är kärnverksamheterna i kommunal, regional och statlig offentlig sektor centrala i skapandet av en god och jämlik hälsa i befolkningen. Skolsystem, boende- och arbetsförhållanden, arbetsmarknad, sjukvårdssystemets utformning, socialförsäkringssystem, tillgång till sociala nätverk, kulturutnyttjande samt inkomst- och skattepolitik spelar till exempel avgörande roller för människors livsvillkor och jämlik fördelning av hälsa.

För att nå en jämlik fördelning av hälsan i en befolkning är det därför, enligt Kommissionen för jämlik hälsa, viktigt att se till innehållet i det som de offentliga kärnverksamheterna ska leverera: tillgänglighet och kvalitet i arbetet och i mötet med elever/brukare/patienter/befolkning. Det är också viktigt att all verksamhet har ett medborgarperspektiv: att det som görs alltid ska ha medborgarens väl som sitt yttersta syfte.

Avslutningsvis, åtgärder för god och jämlik hälsa kan vara breda och generella, men de bör också kompletteras med riktade åtgärder till särskilda riskgrupper. Åtgärder behöver utgå från behov, och olika behov kan behöva olika åtgärder – allt för att alla ha samma möjlighet att nå utfallet om en god hälsa. Alltså, att göra jämlikt betyder inte göra lika för alla, utan att olika människor med olika behov ges samma förutsättning att nå samma utfall.

Varför jämlikhet i hälsa?



Hälsans betydelse för ekonomisk utveckling. Efter Folkhälsomyndighetens tolkning av Suhrcke et al 2005 (27).

Avslutningsvis

Detta kunskapsunderlag har fokuserat på vad ojämlikhet, eller systematiska skillnader, i hälsa är; hur det uppstår; och hur det kan åtgärdas. Avslutningsvis ska vi också beskriva *varför* systematiska skillnader i hälsa bör åtgärdas, och varför vi bör sträva mot en god och jämlik hälsa för hela befolkningen.

Här finns flera argument. Vi börjar hos individen. God hälsa är en mänsklig rättighet, en central komponent för välbefinnande och en viktig förutsättning för individen att klara sin vardag och leva ett gott liv. Om samhället har systematiska hinder för individer att uppnå samma nivå av hälsa som andra, kan det ses som orättvist och orättfärdigt, då individer riskerar att gå miste om sin rätt till hälsa och att ha lika goda livschanser som alla andra. Att några individer i ett samhälle kan nå en högre nivå av hälsa visar också på en potential, en möjlighet: att det i detta samhälle är möjligt att nå denna nivå av hälsa.

Individens hälsa har också ett centralt värde för samhället. En befolkning med god och jämlik hälsa innebär att fler individer kan delta i aktiviteter som gynnar hela samhället: utbildning, produktion eller arbete inom vård och omsorg, till exempel. På samhällsnivå innebär fler utbildningsår och högre kompetens, ökat arbetsdeltagande, fler produktiva år och högre produktivitet i näringslivet, ökat sparande och konsumtion och minskade kostnader för vård, service och transfereringar. Alltså: de ekonomiska incitamenten för en god och jämlik hälsa i befolkningens är flera.

Flertalet studier visar att god och jämlik hälsa är en viktig drivkraft för ekonomisk utveckling och EU, Internationella valutafonden, OECD och Världsbanken beskriver ojämlikhet och skillnader i hälsa som en skadlig faktor för ekonomin som hämmar den ekonomiska utvecklingen. Det finns, med andra ord, en allt större enighet kring att om ett land vill stärka sin ekonomi, arbetskraft och sammanhållning, invånarnas känsla av tillit och trygghet, bör fokus läggas på att minska ojämlikhet i livsvillkor. God och jämlik hälsa är inte enbart en målsättning utan även en förutsättning för det samhälle som önskar framgång och beslutsfattare näringsliv, lokalsamhällen och andra som är intresserade av en gynnsam ekonomisk utveckling bör arbeta för en god och jämlik hälsa.