

Malmökommissionen - reflektioner av kommissionens ordförande

Sven-Olof Isacsson

Sven-Olof Isacsson, professor emeritus i socialmedicin. Specialist i internmedicin, kardiologi och allmänmedicin. Ordförande i Kommission för ett socialt hållbart Malmö 2010–2013.

E-post: sven-olof.isacsson@med.lu.se

I november 2010 beslutade kommunstyrelsen i Malmö att tillsätta en Kommission för ett socialt hållbart Malmö med mig som ordförande. Att jag tillfrågades tror jag berodde på att jag under 80–90-talen haft ansvaret för att ta fram underlag för folkhälsoarbetet i kommunen fram till 1998. Då blev Malmö en del av Region Skåne efter att tidigare ha varit ett eget "landsting". Innan jag tillträdde professuren och överläkartjänsten i socialmedicin i Malmö 1981 hade jag som hälsovårdsöverläkare i Skaraborgs län under sex år ansvarat för att bygga upp den förebyggande hälsovården i länet vilket också var en viktig erfarenhet. Villkor från min sida var att kommissionen skulle vara politiskt oberoende, att slutrapporten skulle vara vetenskapligt grundad samt att jag fick en arbetsplats i stadshuset och några kompetenta medarbetare. Det kom att fungera bra.

(Den här artikeln publicerades i SMT Vol 91. Nr 5, 2014, sid. 440–447. Det var ett temanummer om Malmökommissionen. Jag är glad att den får vara med igen i detta jubileumsnummer av SMT).

In november 2010, the municipal board in Malmö, Sweden, decided to appoint a Commission for a sustainable Malmö with me as chairman. The final report was published 2013(Stigendal M, Östergren P-O(Ed). Malmös väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa. Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad 2013).This paper was published in SMT Vol 91. Nr 5, 2014 pages 440-447. Now it is published in SMT again as a contribution to articles of interest in this anniversary number.

Ojämlig hälsa i Malmö sedan decennier

År 1991 redovisades den första folkhälso-rapporten för Malmö stad. Den grundade sig på registerdata, enkäter, epidemiologiska studier m.m., som vi tog fram avseende de föregående 5–10 åren. Medellivslängd, sjuklighet, vårdkonsumtion, sjukskrivningar, olycksfall och levnadsvanor varierade kraftigt med bostadsområde, utbildning, ursprungsland, inkomst, arbetslöshet, yrke m.m. Medellivslängden skilde sig med upp till sju år för både män och kvinnor mellan olika delområden. Rapporten diskuterades i ett stort antal seminarier med politiker, forskare, rektorer, polis, vårdpersonal, tjänstemän och företrädare för civilsamhället under ett helt år. Några omedelbara effekter fick den inte men den bidrog sannolikt till att hålla intresset för folkhälsoarbetet vid liv kommande år. Flera projekt och välfärdsredovisningar genomfördes under de första åren på 2000-talet. Utvärderingar var emellertid sparsamma eller saknades helt. Indikatorerna på ojämlikheterna i hälsa kvarstod. Nya grepp krävdes.

En kommission tillsätts

Idén att tillsätta en kommission kom vad jag vet från ett par alerta tjänstepersoner i stadshuset. De hade i uppdrag att ta fram en plan för framtidens folkhälsoarbete i Malmö. De läste den nyligen publicerade WHO-rapporten *Closing the gap in a generation* (1) och entusiasmerade ansvarigt kommunalråd för att tillsätta en liknande kommission i Malmö. WHO-rapporten handlade om hur man skulle kunna minska ojämlikheterna i hälsa globalt, framför allt genom att påverka de sociala orsakerna till ojämlik hälsa. Man rekommenderade att ta fram liknande rapporter nationellt och lokalt. Så skedde i England under professor Michael Marmots ledning och senare även i bland annat Danmark under professor Finn Diderichsens ledning. I Sverige lästes rapporten av folkhälsoinstitutets sakkunniga men regeringen beslutade att inte tillsätta någon svensk kommission. Det förebyggande arbetet skulle riktas mot individer (via bland annat hälso- och sjukvården) och inte mot strukturer. Men på lokal nivå fanns inga förebilder globalt. Malmö blev först med att tillsätta en kommission på lokal nivå, ett beslut som sannolikt var unikt även internationellt.

Direktiven

I november 2010 beslutade politikerna att tillsätta en *Kommission för ett socialt hållbart Malmö*. Direktiven var väl genomtänkta och tydliga: Kommissionen skulle utarbeta vetenskapligt underbyggda förslag på hur man kan minska ojämlikhet i hälsa i Malmö, föreslå vad som är påverkbart, av vem och hur, samt beräkna ekonomiska konsekvenser och effekter av föreslagna insatser.

Tre områden skulle prioriteras: barns och ungas uppväxtvillkor, sociala och ekonomiska förutsättningar samt demokrati och delaktighet.

Genomförandet

Den kanske viktigaste uppgiften initialt var att skapa en kommission som hade den kompetens som krävdes. Glädjande nog var de flesta av de forskare som kontaktades mycket intresserade av att vara med. Det blev till slut åtta forskare inom områdena socialmedicin/folkhälsovetenskap/epidemiologi, hälsoekonomi, socialt arbete, sociologi, pedagogik och barn-ungdomsforskning. Förutom dessa forskare rekryterades sex personer med unik kunskap om Malmö och/eller de frågor som krävde praktisk erfarenhet: stadsplanering, socialtjänst, miljö, skolan, högskolan och barns hälsa. Mixen av forskare och praktiker blev av mycket stor betydelse.

På egen hand eller tillsammans med experter i nätverk ansvarade de 14 kommissionärerna för att ta fram vetenskapliga underlag samt genomföra seminarier och ett par internationella konferenser av strategisk betydelse. Underlagen, totalt 32, resulterade i drygt 200 förslag inom sex områden med fokus på sociala och strukturella bestämningsfaktorer för hälsan. De 200 förslagen bantades sedan ned till 72. Ett exempel är Bunkefloprojektet, som pågått i många år, och som visar lönsamheten med en timmes motion dagligen i grundskolan i antal miljoner kronor.

Kommissionens slutrapport presenterades och överlämnades till kommunstyrelsen den 1 mars 2013. I september 2013 hölls en konferens med deltagare från Malmö, Region Skåne och övriga landet, där man diskuterade de sex områdena. Samtidigt gick slutrapporten på remiss till över 100 instanser. Ett år senare, den 5 mars 2014, beslutade kommunstyrelsen om 69 förslag till åtgärder, utvecklingsområden och pågående arbeten som bygger på kommissionens förslag. Underlaget till kommunstyrelsen utarbetades av en grupp tjänstepersoner i stadshuset. Kommunstyrelsens beslut presenterades på ett videoklipp på nätet av kommunstyrelsens ordförande samt av stadsdirektören. Nu var genomförandet på gång. Det visade sig att farhågorna att slutrapporten skulle bli en hyllvärre kom på skam.

De vetenskapliga underlagen

De 32 vetenskapliga underlag som togs fram kom att utgöra basen för kommissionens arbete. Förutom forskarna i kommissionen medverkade ytterligare drygt ett femtiotal forskare och experter i det omfattande arbetet. Nio av underlagen utgjordes av nyframtagna uppgifter om malmöbornas hälsa i relation till sociala bestämningsfaktorer t.ex. utbildning, ursprungsland, geografiskt

område, inkomst, yrke m.m. Som exempel kan nämnas analyser av nästan 40 000 graviditeter under en 10-årsperiod, drygt 800 000 läkarbesök i öppen vård under ett år, resultat från mammografiundersökningar samt levnadsvanor hos skolbarn och vuxna. Ett annat exempel är skolan där underlag togs fram om förskolan, grundskolan, gymnasiet, fritidshemmen, komplementära skolformer och nyanlända barn. Den ansvarige för varje enskilt underlag hade i uppdrag att dels täcka den internationella och nationella litteraturen samt redovisa förslag till åtgärder vad som borde vara praktiskt möjliga att genomföra i Malmö.

Tillsammans kom underlagen att ge en tillförlitlig, unik och aktuell bild av den ojämlika hälsan i Malmö samt hur den skulle kunna minskas på sikt framför allt genom insatser på det strukturella planet. Våra 72 förslag till åtgärder fördelades på sex områden av sociala bestämningsfaktorer för hälsan: barn-och ungas levnadsvillkor, boendemiljö och stadsplanering, utbildning, inkomst och arbete, hälso-och sjukvård samt förändrade processer före en socialt hållbar utveckling genom kunskapsallianser och demokratiserad styrning.

Dessa områden diskuteras på annan plats fränsett området hälso-och sjukvård som jag belyser nedan.

Jämlik hälso-och sjukvård i Malmö?

De underlag vi tagit fram som berör hälso-och sjukvården omfattar sjukhusvård, öppen vård, BVC, MVC, Elevhälsovård, mammografi, hemsjukvård och vård av personer i särskilt boende, epidemiologisk bevakning samt innehållet i vårdutbildningar. Underlagen baseras på både regionala uppgifter och uppgifter om Malmö kommun.

År 2010 gjorde Region Skånes eget revisionskontor en analys av hur jämlik vården var i regionen. Vårdkvaliteten var sämre hos äldre än yngre patienter. Kunskaperna om hälso-och sjukvårdslagen, jämlik vård mm visade stora brister. ”Region Skåne har större problem att hantera”, svarade personalen som intervjuades. Språkproblem, bristande interkulturell kompetens, tolkbrist påvisades. Utbud av vård och tillgänglighet var sämre bland de med låg utbildning och annat språk än svenska.

En analys av samtliga drygt 800 000 läkarbesök i öppen vård i Malmö under 1910 visade att det geografiskt inte fanns några skillnader i vårdkonsumtion. Men när man gjorde motsvarande analys av slutenvård påvisades betydande skillnader i hälsa mellan stadsdelarna. Trots att sjukligheten var större inom vissa delar av staden (mätt som vård dagar på sjukhus) gjorde man inte fler besök i öppen vård, vilket skulle kunna bero på att många malmöbor inte hade förtroende för denna vårdform (kanske på grund av bristande kunskaper om den svenska primärvården).

De rent medicinska åtgärderna inom MVC och BVC har lång tradition i Sve-

rige. Förtroendet för verksamheterna är stort. Men de psykosociala och sociala frågorna uppmärksammas inte i den utsträckning som krävs i ett föränderligt, mångkulturellt samhälle. I förebyggande syfte kan betydligt mer göras för att det väntade barnet skall få optimala möjligheter till ett friskt och meningsfullt liv. Både grundutbildningar och fortbildningar måste ha betydande moment av hur man skall uppmärksamma och arbeta med familjers psykosociala och sociala miljö. Wachtler redovisar i sin avhandling betydelsen av läkares interkulturella kompetens. Läkarestudenterna i Lund och Malmö undervisas och bedöms inte på ett konsekvent sätt när det gäller kompetens för att bemöta kulturskillnader. Undervisning om sådana redskap uppfattas som utanförliggande och av lägre status än medicinsk kunskap (2). Andelen förstabarnsfamiljer som fått hembesök i Malmö olika stadsdelar varierar kraftigt. Behovet av tandlagning hos sexåringar på grund av karies varierar mellan 10 till 60 procent mellan tandklinikerna i staden med ett närmast linjärt förhållande mellan stadsområdets sociala profil och förekomsten av karies. Deltagande i mammografiundersökningar visar en liknande bild.

När det gäller elevhälsovården finns ingen samlad bild. Det vetenskapliga underlag kommissionen fick från dåvarande koordinatören av den medicinska elevhälsan i Malmös grundskolor (år 2011) visade att organisationen hade stora brister. Ett fåtal studier som gjorts på förskolebarn i olika stadsdelar visade på omfattande såväl fysiska som psykiska och sociala problem som inte uppmärksammats och ej heller åtgärdats trots att relativt enkla åtgärder krävdes. Föräldrarna var mycket tacksamma för att någon nu undersökt barnen. När det gäller elevhälsan i de privata skolorna i Malmö (som är många) ingår den delen i elevpengen. Det finns inga uppgifter om man överhuvudtaget bedriver någon elevhälsovård. I ett av våra underlag om gymnasieskolan i Malmö visar Margareta Cederberg att den näst vanligaste orsaken till att barn hoppar av skolan är fysisk och/ eller psykisk ohälsa (3). Hälsokontroller av nyanlända barn fungerade inte tillfredsställande. De rigorösa kvalitetskrav som kännetecknar MVC och BVC saknas inom elevhälsovården, framför allt de medicinska delarna som vi har bäst kunskap om. Jag tycker det är oacceptabelt att kommun och region tillsammans inte garanterar samma kvalitet i alla delar av hälsovården från graviditeten tills man slutar skolan. I skrivande stund vet jag att omfattande förändringar nu genomförs inom elevhälsovården efter att kommissionen uppmärksammat hur det såg ut. Våra analyser visar också att elevernas hälsobeteende skiljer sig mellan skolorna med flest hälsorisker i skolor inom socialt utsatta områden. Detta kommer att prägla många barn under resten av deras liv.

Betydande kunskaper finns om hälsan i den vuxna befolkningen i Malmö. Men ingen i Malmö har ansvar för att ge en samlad bild av sjuklighet, funktionshinder, självskattad hälsa, dödlighet, återstående livslängd vid olika åldrar, levnadsvanor, vårdens likvärdighet, skillnader i hälsa relaterad till ålder, kön, etnicitet och social

position. Det finns inte heller någon kontinuerlig analys av befintliga, hälsorelaterade register som redan existerar till exempel det heltäckande skaderegistret eller resultat från mammografiundersökningar och gynekologiska hälsokontroller.

Hälso- och sjukvården får ofta en unik inblick i människors levnadsvillkor och dess konsekvenser. Ett befolkningsinriktat hälsoarbete innebär möjligheter att påverka grundorsakerna till ohälsa. Kommissionen har uppmärksammat att det för närvarande saknas en viktig funktion i samhället för att på ett kvalificerat sätt kunna följa hälsoutvecklingen på kommunnivå. Redovisningen av malmöbornas hälsa visar tydligt behovet av hög kompetens på kommunnivå. För att kunna ta vara på och använda kunskapen som finns inom universitet och högskola och den unika kompetens som finns inom hälso- och sjukvården att redovisa sjuklighet, skador, dödlighet, bestämningsfaktorer för hälsan och hälsoekonomiska analyser krävs att kommunen skapar ett permanent samarbetsorgan. Hälso- och sjukvården inklusive primärvården har inte längre ett tydligt ansvar för ett befolkningsinriktat arbete som specifikt tar vara på Malmö stads behov. Adekvat epidemiologisk och folkhälsovetenskaplig kompetens är nödvändig även lokalt om hälsoskillnaderna ska kunna minska och hälsan förbättras. Sådan kompetens finns i Malmö men måste utnyttjas mycket bättre för att det förebyggande och hälsofrämjande arbetet ska bli mer effektivt.

Det viktigaste återstår att göra

När slutrapporten är klar måste politiker och kunniga, engagerade tjänstepersoner ta vid och se till att långsiktigt omsätta förslagen praktiskt (socialt, ekologiskt, ekonomiskt). Förutsatt att föreslagna åtgärder uppfattas som väl underbyggda och rimliga återstår det allra viktigaste. Att omsätta förslagen praktiskt. Allt detta pågår.

DNA:s upptäckare och Malmökommissionen.

James D. Watson, en av upptäckarna av DNA molekylen struktur, har skrivit en synnerligen läsvärd och rolig självbiografi *Avoid boring people - lessons from a life in science* (4).

Han avslutar varje kapitel med ett avsnitt *Remembered lessons*. Utan jämförelser för övrigt med denne gigant; vad kan vi lära av Malmökommissionen?

1. Jämlik vård är en självklarhet för både läkare, flertalet politiker och allmänheten. Att åtgärda orsaker till ojämlikheter i hälsa i befolkningen är inte lika självklart. I takt med att kunskapen ökar om de strukturella orsakerna och de sociala bestämningsfaktorerna så ökar rimligen även förståelsen för betydelsen av åtgärder på samhällsnivå.

2. "Gräv där du står". Kunskaper om den egna kommunens hälsoläge är nödvändigt om väl underbyggda, långsiktiga åtgärder skall kunna genomföras. För det behövs kunskapsallianser där forskare och praktiker med kunskap om den egna kommunens hälsoskillnader och dess orsaker uppmärksammas av ansvariga politiker. Malmö är bara en av 33 kommuner i Skåne. Med sina speciella problem kan staden inte hantearas på samma sätt som t.ex. små välbärgade kommuner av de regionala politikerna. Kommunens egna politiker har idag ett stort ansvar för medborgarnas hälsa.
3. För att påverka strukturella faktorer lokalt krävs insatser på såväl lokal som regional och nationell nivå. Malmökommissions arbetssätt och slutrapport har påverkat politiker regionalt (man avser tillsätta en kommission för att åtgärda ojämlikheter i vården i Skåne med Malmökommissionen som förebild) som nationellt (Riksdagens Socialutskott, andra aktörer som inspirerats att tillsätta en kommission för hela Sverige), flera landsting och kommuner i landet och i Norden. Kommissionens arbete har uppmärksammats av ansvariga för flera universitetsutbildningar (föredrag för blivande civilingenjörer om deras roll i framtidens hållbara samhälle, handledning av ekonomistudenter om modeller för att skapa hållbara samhällen globalt).
4. Om man väljer att tillsätta en kommission måste man noga planera hur den skall vara sammansatt. Det måste få ta tid men är sannolikt avgörande för hela utfallet. Vi valde att ha kvalificerade forskare inom relevanta områden (medicin, epidemiologi, socialt arbete, sociologi, pedagogik, hälsoekonomi) samt praktiker med gedigen kunskap om Malmö kommun (stadsplanering, miljö, socialtjänst) och kunskaper om andra relevanta områden (barnens hälsa, utbildning). Att få gruppen att hålla ihop kräver hela tiden insatser såväl från de enskilda kommissionärerna som arbetsledningen. Alla medverkade tills slutrapporten var klar. Min bedömning är att alla är stolta över slutprodukten.
5. När slutrapporten är klar måste politikerna och kunniga, engagerade tjänstemän ta vid och se till att långsiktigt omsätta förslagen praktiskt (socialt, ekologiskt, ekonomiskt). För detta behövs stöd. Lokalt stöd (remissvar, seminarier, dialog m.m.). Två papperslösa sammanträden med hela kommunstyrelsen där samtliga kommissionärer medverkade), regionalt och nationellt stöd (media, seminarier, medverkan i konferenser m.m.). En arbetsgrupp, med egen budget måste garantera långsiktigheten. Kommissionens arbetssätt måste permanentas i en eller annan form (kunskapsallianser). Allt detta pågår.

6. Läkare/forskare med kunskaper i epidemiologi/folkhälsa/socialmedicin behövs för att få en vetenskapligt tillförlitlig grund för ett långsiktigt åtgärdsprogram för att minska ojämlikheterna i hälsa. Forskare och praktiker inom andra områden krävs för att föreslå åtgärder som är väl underbyggda och praktiskt möjliga att genomföra i den egna kommunen. Våra hälsoekonomiska modeller för att analysera konsekvenserna av föreslagna åtgärder har uppmärksammats. Politiker, oavsett partifärg, forskarsamhälle, media måste kunna lita på att förslagen till åtgärder är väl underbyggda och praktiskt och ekonomiskt möjliga att genomföra med rimliga insatser.
7. Många har frågat vad det hela har kostat. Totalt har arbetet under två år kostat drygt sex miljoner omfattande ersättning till kommissionärer, sekretariat med sekreterare, kommunikatör, ordförande, tryckkostnader för vetenskapliga underlag och slutrapport (finns även på engelska) seminarier, internat m.m. Flera experter har medverkat utan krav på ersättning.

Så här i backspeglarna är det min bedömning att Malmökommissionen har genomfört ett arbete som såväl lokalt, som regionalt och nationellt är unikt. Även internationellt har kommissionens slutrapport uppmärksammats. Den finns även på engelska.

Många som funderar på att göra något liknande kan framför allt lära av kommissionens sätt att arbeta. Kommissionens sammansättning och arbetsmetoder bedömer jag kan vara en bra modell för andra som vill minska ojämlikheterna i hälsa på sikt.

Ett stort tack till alla som jag haft förmånen att arbeta med i ett unikt och angeläget projekt som jag hoppas och tror är inledningen till ett något annorlunda sätt att arbeta med hälsofrågorna i en kommun.

Litteratur

1. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation-health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Wachtler C. Cultural discord in a medical context- a challenge for physicians. Malmö: Faculty of medicine, Lund University, 2006.
3. Cederberg M. Gymnasieskolan-inte en skola för alla? En forskningssammanställning om låg utbildning och hälsa. www.malmo.se/kommission.
4. Watson J D. Avoid boring people. Alfred A. Knopf. New York 2007.