

Malmökommissionen som hållbar folkhälsointervention – Vad kan vi lära oss efter 10 år?

P-O Östergren, Anna Balkfors

P-O Östergren, professor emeritus, Socialmedicin och Global hälsa, Lunds universitet.

E-post: per-olof.ostergren@med.lu.se

Anna Balkfors, doktorand vid fakulteten för Hälsa och samhälle, Malmö universitet.

E-post: annabalkfors@gmail.com

Malmökommissionen bör ses mot en historisk utveckling av befolkningsinriktat folkhälsoarbete, där Rudolf Virchows berömda citat, Alma-Ata deklARATIONEN och Brundtlandkommissionens tankegods, utgör viktiga inspirationskällor. Lunds universitet i Malmö hade en lång tradition av epidemiologisk forskning och sjukdomsförebyggande insatser när en modern befolkningsinriktad hälsofrämjande strategi började tillämpas på 1980-talet. Denna innebar ett nära samarbete med Malmö stad. Det fanns därför mycket goda förutsättningar att fortsätta detta samarbete 2010 i form av en Kommission för ett socialt hållbart Malmö - Malmökommissionen, inspirerad av Världshälsoorganisationens Kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer, den så kallade Marmotkommissionen. Malmökommissionens slutrapport 2013 hade två övergripande rekommendationer för att minska de sociala klyftorna i hälsa, att etablera ett socialt investeringsperspektiv samt att demokratisera kommunens processer genom ökad participation via etablerandet av kunskapsallianser. Därutöver 24 specifika mål och 72 åtgärder. En extern utvärdering 2019 och en uppföljningskonferens 2023, indikerade att de övergripande rekommendationerna, särskilt den första, fått ett långsiktigt fäste i Malmö stads organisation som ett nytt synsätt att hantera flera folkhälsorelevanta strukturer och processer. Flera av de konkreta förslagen hade också genomförts, men Malmökommissionens roll i dessa sammanhang var delvis oklar. Hälsans ojämlika fördelning visade en bättre trend jämfört med riket under uppföljningstiden, men Malmökommissionens betydelse för detta kan inte säkert påvisas då många andra faktorer kan spela in. Vid uppföljningskonferensen framkom ett tydligt intresse från såväl den politiska ledningen, som från tjänstemannaledningen och andra intressenter att fortsätta ett reformarbete i den riktning som Malmökommissionens pekade ut i sin slutrapport. Dessa resultat diskuteras utifrån Kingdons teori om de tre 'strömmarna' av problem, policy och politik som bestämmer möjligheterna för ny policy att få genomslag. Vidare utifrån Lindbloms teori om policyimplementering i form av

småstegsprincipen då möjlighetsfönster öppnar sig. Vidare argumenteras för den teoretiska betydelsen av en partipatorisk ansats då det gäller att formulera ny policy och implementera denna, utifrån en diskussion om betydelsen av socialt kapital och det sociala kontraktet för en socialt hållbar utveckling.

The Commission for a socially sustainable Malmö should be viewed against the historical background of population-based public health interventions, where the famous words of Rudolf Virchow, the Alma-Ata declaration and the final report of the Brundtland Commission all are sources of inspiration. Lund University at its campus in Malmö had had a long tradition of epidemiological research and preventive health initiatives, when a modern population-based approach for health promotion was launched in the 1980s. This approach introduced a close collaboration with the City of Malmö. This meant that there were very good pre-requisites in place to continue this collaboration 2010 in the shape of a Commission for a socially sustainable Malmö – the Malmö commission, inspired by the World Health Organization Commission on Social Determinants of Health, the so-called Marmot commission. The final report of the Malmö commission in 2013, made two overarching recommendations in order to decrease the social inequalities in health; to establish a social investment perspective, and to make the City's processes more democratic by increased participation via the establishment of knowledge alliances. Moreover, it presented 24 specific goals and 72 concrete suggestions. An external evaluation in 2019 and a follow-up conference in 2023, indicated that the overarching recommendations, especially the first one, had made a durable impact in the organization of the City of Malmö as novel perspective for dealing with several population health-relevant structures and processes. Several of the concrete suggestions had also been implemented, however the role of the Malmö commission was partly unclear in this context. Health inequalities showed a more favorable trend in Malmö compared to the rest of the country, but the contribution by the Malmö commission is unclear since many other factors could have influenced the trend. At the follow-up conference, a clear interest was expressed from leading politicians, as well as from staff in leading positions and from other stakeholders to continue the reform work in the direction indicated by the final report of the Malmö commission. These results are discussed using Kingdon's theory of the three 'streams' of problems, politics and policy, which determine the opportunities for new policy to make an impact. Furthermore, from Lindblom's theory on policy implementation as a 'muddle-through' process using occasional windows of opportunity. Also, an argument is made for the theoretical importance of a participatory approach in formulating and implementing new policy, based on the perspective of social capital and the social contract in order to accomplish a socially sustainable development.

Inledning

Malmökommissionen hade en unik utgångspunkt, den kopplade samman utvecklingen av invånarnas hälsa och särskilt hälsans ojämlika fördelning med en allmän utveckling av miljö, samhälle och ekonomi, de tre pelarna i en hållbar utveckling. I ett 10-årsperspektiv är därför flera frågor av stort allmänt intresse: Hur fungerade denna ansats i ett kort och långt perspektiv? Vilka faktorer kan lyftas fram som verkar styrka en fördel med denna ansats, och lika viktigt: vilka hinder kan identifieras? Detta är frågor som författarna försöker besvara i detta kapitel, med hjälp av sin kunskap inifrån - deltagande observation i alla steg från lanserandet av själva idén och förankringen av denna, till utformandet av förslag till interventioner, operationalisering och genomförande av dessa, samt en extern utvärdering och en brett upplagd uppföljningskonferens 10 år senare (december 2023).

Bakgrund

Den kände preussiske läkaren och forskaren Rudolf Virchow, var en av sin tids främsta experter på sjukdomstillstånd i celler och vävnader hos individer, men var samtidigt starkt medveten om betydelsen av befolkningens anpassning till sin livsmiljö för hälsan. Särskilt i den preussiska befolkningen som genom krig och fattigdom härjades av svåra epidemier under Virchows tid. Genom sitt berömda yttrande 1848, *Medicin är en social vetenskap och politik är medicin i stor skala* (1) så tog han ytterligare steg genom att tydligt hävda att befolkningens hälsa kan påverkas genom medvetna politiska val som förändrar befolkningens livsmiljö. Man kan därför påstå att Virchow etablerade en teoretisk förstälseram för det strukturella folkhälsoarbetet. Man kan fråga sig varför det sedan tog mer än hundra år innan nästa avgörande steg togs för att komma vidare på detta spår. Kanske berodde det på brist på tydliga data om den relativa betydelsen av insatser mellan den individuella nivån som främst hanteras av hälso- och sjukvårdssystemet, och den strukturella nivån som hanteras av politiska processer som påverkar samhällliga processer på global, nationell och lokal nivå.

När Världshälsoorganisationen (WHO) bildades 1949 under FN:s organisatoriska paraply, så skrev man in i dess första paragraf, portalparagrafen, att bästa möjliga hälsa, definierat som ett tillstånd, är en mänsklig rättighet för alla medlemmar av jordens befolkning (2). Genom att WHO hade i stort sett alla jordens länder som medlemmar, blev det samtidigt oundvikligt att notera de enorma skillnaderna mellan befolkningarnas hälsa i dessa länder, mätt som dödlighet per 100.000 under ett år, eller som förväntad medellivslängd. Kunskaperna om de faktorer i omgivningen som påverkar individers respektive befolkningars hälsa hade ökat enormt under de senaste 100 åren. Detta gjorde det mycket tydligare än på Virchows tid att inse att de stora globala skillnaderna i hälsa

snarare berodde på variationer av anpassningen mellan befolkningen och deras livsmiljö, än på individuella egenskaper. Och att politik på olika nivåer hade en avgörande betydelse för detta.

Detta verkar ha varit en viktig bakgrund till Alma Ata-deklarationens principer, som enligt många lade grunden till såväl en modern hälso- och sjukvårdspolitik som till en generell princip för all politik som har en bättre anpassning mellan den mänskliga befolkningen och dess livsmiljö som mål (3). Vidare att detta måste ses i ett sammanhang där politiken på global, nationell och lokal nivå hänger samman på ett oskiljaktigt sätt.

Kortfattat så lanserade Alma Ata-deklarationen, som såväl WHO som FN:s Barnfond (UNICEF) stod bakom, principerna om en hälso- och sjukvård för alla som uttryck för att implementera den mänskliga rättigheten till bästa möjliga hälsa. Vidare att hälsoeffekterna också måste ses som resultatet av de politiskt styrda processer som påverkar individer och befolkningars anpassning till sin livsmiljö. Dvs. de processer som leder till sjukdom och död, eller omvänt förhindrar dessa processer, det vi vanligen kallar hälsofrämjande insatser riktade mot den friska befolkningen för att förhindra sjukdom och död.

Alma Ata-deklarationen ratificerades snabbt av WHO:s medlemsländer och fick stor betydelse i många länder för utformandet av ett nytt system för hälso- och sjukvården, baserad på ett första möte med individen i primärhälsovården och fungerande remisskedjor till högre mer specialiserade nivåer. Dvs. ett system som vi idag känner till i det stora flertalet av världens länder, såväl rika som fattiga. I Sverige ledde detta till en ny styrande lagstiftning som gäller än idag, Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) från 1982 (5).

I HSL stipuleras att den offentliga huvudmannen inte bara har ett ansvar för de individer som söker hjälp hos hälso- och sjukvården, utan även för hälsoutvecklingen i hela befolkningen, det så kallade befolkningsansvaret.

Folkhälsoarbetet i Malmö

1981 tillträdde Sven-Olof Isacsson den sedan en tid vakanta professuren i socialmedicin vid Lunds universitet vilken var förenad med chefspositionen vid Socialmedicinska enheten i Malmö. Han hade en unik erfarenhet från sin tidigare befattning i Skaraborg då det gällde förebyggande befolkningsbaserat folkhälsoarbete baserat på Alma Ata-deklarationen och tankarna om en utbyggd primärvård som en nyckelfaktor för att förverkliga det breddade samhällsansvaret för befolkningens hälsa. Detta hade implementerats genom ett utvecklat samarbete med kommunerna i Skaraborgs läns landsting.

Det blev därför naturligt att överföra denna strategi till den nya arbetsplatsen i Malmö och inleda ett samarbete med Malmö stad som vid denna tidpunkt inte ingick i något landsting. De institutioner som fanns på Lunds universi-

tets Malmöcampus var redan tidigare kända för sin befolkningsbaserade epidemiologiska forskning och uppbyggnad av sjukdomsförebyggande mottagningar inom flera kliniska discipliner, vilket också blev grunden till en internationellt uppmärksammas forskning. 'Malmö - epidemiologins Mecka', var ett begrepp som hade lanserats i detta sammanhang.

Bertil S Hanson, som vid detta tillfälle var överläkare vid Socialmedicinska enheten i Malmö, blev en av nyckelpersonerna då ett samarbete inleddes mellan Lunds universitet, Socialmedicinska enheten vid dåvarande Malmö Allmänna Sjukhus och Malmö stads organisation. Detta samarbete förankrades tidigt i den högsta politiska ledningen för Malmö stad och kommunstyrelsens ordförande Ilmar Reepalu visade stort intresse för detta samarbete som fann sin form i Miljö- och samhällsmedicinska rådet, där Sven-Olof Isacson var ordförande. I samverkan med Malmö stads befintliga statistikenhet så beskrevs situationen i kommunen med olika typer av data som speglade viktiga politikområden med relevans för hälsan. Exempelvis barn- och ungdomars situation, alkohol- och drogsituationen, tobakspolitiken, skador i den lokala trafikmiljön och arbetsrelaterade aspekter på hälsan. Eftersom Malmö under några decennier präglats av en förhållandevis stor internationell invandring, kom tidigt denna aspekt också på dagordningen.

Genom detta samarbete etablerades en Folkhälsoenhet i Malmö stads organisation som under lång tid ledes av Eva Renhammar. Konkreta resultat av detta arbete var olika lokala policydokument inom bl.a. de områden som nämndes och även en aktiv befolkningsbaserad implementering av dessa. Ett av de mer kända initiativen, Kirsebergsprojektet som leddes av Bertil S Hanson, var ett försök att med participatoriska metoder implementera ett brett upplägg där lokala förvaltningar, frivilligorganisationer och intresserade individer involverades i planering och implementering av förebyggande hälsoinsatser (5).

Samarbetet ledde också till att Malmö stad införde ett system med regelbundet återkommande hälso- och välfärdsbokslut, baserade på uttag och analys av relevant statistik som kopplades till den fortsatta utvecklingen och implementeringen av åtgärder inom de nämnda områdena. Under 1900-talets sista två decennier genomgick Malmö en turbulent samhällsomställning från en klassisk industristad till en postindustriell ekonomi, där nedläggningen av stora industriarbetsplatser följdes av tillkomsten av en växande tjänstesektor understödd av tillkomsten av Malmö universitet och Öresundsbron. Med andra ord, det fanns en stor anledning att studera hur denna samhällsomvandling påverkade människors dagliga liv och fördelningen av resurser i olika befolkningsgrupper och hur detta påverkade befolkningens hälsa och dess jämlika fördelning. Av denna anledning genomförde Socialmedicinska enheten den första folkhälsoenkäten i Malmö 1993, vars resultat fick stor uppmärksamhet i lokala media och till och med kommenterades på ledarplats.

Denna beskrivning av det vetenskapliga och praktiska arbetet med befolkningens hälsa i Malmö har stor relevans för att förstå förutsättningarna för att kunna etablera Malmökommissionen i kölvattnet av Marmotkommissionens slutrapport 2008 (6).

Malmökommissionen – Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.

Hösten 2008 arrangerade Svensk Förening för Folkhälsoarbete ett seminarium i Riksdagshuset där Marmotkommissionens slutrapport presenterades av professor Denny Vägerö vid Stockholms universitet, som själv varit en av kommissionärerna. Båda artikelförfattarna var vid denna tidpunkt aktiva i Svensk Förening för Folkhälsoarbete och närvarade vid detta seminarium och i samband med diskussionen med Vägerö föddes tanken på att intressera Malmö stad för att initiera ett liknade initiativ på lokal nivå.

Anna Balkfors (AB) hade vid denna tidpunkt uppdraget att utarbeta en folkhälsopolicy för Malmö stad. Med utgångspunkt från de påtagligt växande ojämlikheterna i hälsa som framkommit under decennier av epidemiologisk bevakning i Malmö, förespråkade hon behovet av en lokal Marmotkommission med en fördjupad analys om orsaker till växande ojämlikhet och strategier för att hantera detta. Katrin Jammeh Stjenfeldt var nytt kommunalråd med ansvar för folkhälsofrågor och blev intresserad av idén om en lokal kommission och PO Östergren (POÖ) medverkade utifrån sin anställning vid Socialmedicinska enheten som expert vid några seminarier i förankringsprocessen. Resultatet blev att det togs ett beslut i Kommunstyrelsen 2010 att inrätta en Kommission för ett socialt hållbart Malmö, som baserade sig på en beskrivning av hälsans ojämlikhet i Malmös befolkning och grundat på en analys av dess orsaker föreslår åtgärder för att minska denna ojämlikhet.

Det uppdrogs åt professor emeritus Sven-Olof Isacson att vara kommissionens ordförande och AB blev dess huvudsekreterare. POÖ blev en av 14 kommissionärer som utgjorde en blandning av akademiska företrädare, de flesta från Lunds och Malmös universitet men även Denny Vägerö från Stockholms universitet, vidare en grupp chefstjänstemän i Malmö stads organisation. Bland dessa, chefer eller tidigare chefer för miljöförvaltningen, stadsbyggnadskontoret, socialförvaltningen och utbildningsförvaltningen. I direktivet från kommunstyrelsen fastslogs att kommissionen skulle arbeta oberoende från den politiska nivån, men vid några tillfällen under arbetets gång rapportera preliminära resultat i seminarieform för kommunstyrelsens ledamöter. Det fanns ett önskemål att kommissionen på vetenskaplig grund skulle ta fram ett antal konkreta insatser inom de olika politikområdena i kommunen som bedömdes kunna bidra till att minska hälsans ojämlikhet i Malmö.

Kommissionen fick stor frihet att själva utforma sitt arbetssätt, förutsatt att

det mynnade ut i de nämnda konkreta förslagen som bedömdes kunna minska hälsans ojämlikhet. Det initiala arbetet utgjordes av att förankra utgångspunkten att hälsans jämlikhet är en funktion av ett välfungerande och hållbart samhälle och därför användbart som en teoriram för kommissionens arbete.

Detta kan ses som en direkt fortsättning på de grundläggande tankarna som presenterats i den inledande texten, nämligen tanken om Hälsa i alla politikområden och att hälsans jämlikhet är en funktion av fördelningen av hälsans sociala bestämningsfaktorer som de presenterades i Marmotkommissionens slutrapport från 2008 (7) och i den vid denna tidpunkt nyligen publicerade Engelska nationella kommissionen för hälsans jämlikhet (8), också ledd av Michael Marmot. Vidare, ett erkännande av den stora överlappningen av begreppen hälsa på befolkningsnivå och en hållbar utveckling som den definierades i Brundtlandkommissionens slutrapport från 1986 (9).

Michael Marmot själv bjöds in för att ge kommissionens medlemmar en djupare förståelse för bakgrunden, den teoretiska ramen och resultaten av de kommissioner som han medverkat i. Marmot reagerade på inbjudan med att även passa på att förlägga ett möte i det pågående kommissionen avseende hälsans ojämlikhet i WHO:s Europaregion, vilket gav hela arbetet lokal medial uppmärksamhet.

Kommissionen enades också om ett brett arbetssätt där ett 30-tal uppdrag att författa underlag inom specifika politikområden lades ut på såväl kommissionens egna medlemmar som forskare från olika discipliner, både lokalt som nationellt rekryterade.

Kommissionens ledning lade stor tonvikt vid att hela arbetet skulle vara transparent och evidensbaserat, dvs alla beskrivningar av hälsans ojämlikhet och situationen bakom skulle baseras på tillförlitliga källor i form av offentlig statistik eller analyser med krav på vetenskapligt tillförlitliga metoder och transparenta beskrivningar av dessa. Vidare betonades vikten av ett participatoriskt arbetssätt med den bredaste möjliga panel av intressenter. Totalt involverades över 2000 individer som representerade akademi, myndigheter, förvaltningar inom kommunen, företag och frivilligorganisationer i arbetet.

Kommissionens slutrapport

Författandet av kommissionens slutrapport var ett tätt samarbete mellan kommissionens ordförande, sekretariatet och två kommissionärer, Mikael Stigendal och POÖ, som fick i uppdrag att som redaktörer hålla i pennan för att systematisera och kondensera innehållet i 32 underlagsrapporter, anteckningar från kommissionens sammanträden och dialoger med andra parter och många andra källor som ingick i underlaget för kommissionens arbete. Slutrapporten redovisades och förankrades vid flera möten med uppdragsgivarna och kommissionens övriga medlemmar innan den fastställdes i sin slutliga form.

I slutrapporten redovisas de fem synsätt som legat till grund för hela kommissionens arbete:

1. Ett erkännande av det etiska imperativet att göra ett åtagande för att minska hälsans ojämlikhet i Malmö, vilket är en konsekvens av att betrakta bästa möjliga hälsa som en mänsklig rättighet.
2. Ett hållbarhetsperspektiv som bygger på Brundtlandkommissionens modell om de tre samverkande pelarna för en hållbar utveckling; ekologisk hållbarhet, ekonomisk hållbarhet och social hållbarhet, där dessa samverkar så att ingen av dessa kan anses vara viktigare än de andra två, men där kommissionens arbete främst handlar om den sociala hållbarhetspelaren.
3. Ett sociologiskt samhällsperspektiv, vilket lägger vikten vid integration, i betydelsen av faktisk delaktighet såväl som känsla av delaktighet i samhället och dess processer. Detta lyfter fram den stora betydelsen av en demokratisk samhällsstruktur där deltagande och ägandeskap i samhällsprocesserna står i centrum.
4. Ett genusperspektiv som medför en djupare förståelse för kvinnors och mäns olika tillgång till makt, resurser och inflytande i samhället vilket i förlängningen påverkar hälsa, välbefinnande och livskvalitet.
5. Ett socialt investeringsperspektiv, som likställer investeringar i mänskliga resurser som kunskaper, gemensamma grundläggande värderingar, välbefinnande och hälsa, med investeringar i traditionell samhällelig infrastruktur som kommunikationssystem, byggnader, anläggningar för energiproduktion, etc. Detta innebär att erkänna att värdet av investeringar i mänskliga resurser kan likställas med andra samhälleliga infrastrukturinvesteringar.

Malmökommissionen slutrapport sammanfattade sin analys av det stora gedigna underlaget i formulerandet av två övergripande mål, 24 specifika mål och 72 förslag till konkreta interventioner.

Citerat ur Malmökommissionens slutrapport:

"För det första föreslås att Malmö stad etablerar en social investeringspolitik som kan utjämna skillnaderna i levnadsvillkor och göra samhällssystemen mer jämlika. Detta svarar på frågan vad som bör göras. För det andra föreslår kommissionen förändringar av de processer som dessa system ingår

i genom skapandet av kunskapsallianser, jämlika samarbeten mellan forskare och intressenter från till exempel förvaltning, föreningsliv och näringsliv, och en demokratisering av styrningen. Den senare innebär också ett krav på löpande bevakning av hur ojämlikheten och segregationen utvecklas i Malmö. Detta svarar på frågan hur kommissionen tycker att detta ska genomföras i praktiken."

De 24 målen och de 72 konkreta förslagen hänför sig till sex politikområden som anses ha särskild betydelse för hälsans jämlikhet i Malmös befolkning; barn och ungas vardagsvillkor, boendemiljö och stadsplanering, utbildning, inkomst och arbete, hälso- och sjukvård samt förändrade processer för en hållbar utveckling.

Malmökommissionens slutrapport implementeras

Efter att slutrapporten lämnats över till staden beslutade kommunstyrelsen att skicka rapporten på bred remiss inom kommunen, men också till civilsamhällsorganisationer, akademi och andra offentliga verksamheter som på olika sätt bidrar till Malmös utveckling. En intern process som involverade stora delar av kommunens verksamheter initierades för att gå igenom kommissionens analyser och förslag på mål och åtgärder utifrån vad som behöver göras, vad som redan pågår och vad som behöver utvecklas vidare. Sammanlagt ledde processen till 32 nya utredningsuppdrag till olika förvaltningar, 12 identifierade nya utvecklingsområden och 35 pågående (10).

Kommunstyrelsen antog även de två övergripande rekommendationerna och uppdrog åt alla nämnder och bolagsstyrelser att beakta slutrapporten och underlagsrapporter i sitt fortsatta utvecklingsarbete.

En viktig politisk signal var att Malmökommissionens intentioner blev synliga i kommunens budget under flera år efter slutrapporten. Kommunstyrelsen beslutade också om en årlig uppföljning av genomförandet av åtgärder och om hur de två övergripande rekommendationerna implementerades. Dessa uppföljningar karaktäriserades av processutvärderingar som återkopplades dels till kommunstyrelsen och dels till alla nämnder och bolag.

Extern utvärdering av Malmökommissionen

En extern utvärdering av Malmökommissionens effekt genomfördes 2018–2020 av konsultföretaget WSP (11). Den baserades på en genomgång av slutrapporten och dess underlag, på ett 50-tal intervjuer med tjänstemän i Malmö stads organisation, tidigare kommissionärer samt företrädare för andra parter som varit involverade i kommissionsarbetet, företrädare för andra myndigheter och offentliga verksamheter, för näringslivet och frivilligorganisationer. Vidare så gjordes en uppföljning av hälsans jämlikhet där utvecklingen i Malmö, övriga

Skåne och riket gjordes, liksom en uppföljning av några nyckeltal som identifierats som viktiga sociala bestämningsfaktorer för befolkningens hälsa och dess sociala fördelning. Arbetet redovisades etappvis för uppdragsgivarna, främst via seminarier med en referensgrupp där båda artikelförfattarna och kommissionens ordförande Sven-Olof Isacson ingick.

Beträffande de två övergripande rekommendationerna så konstaterade utvärderarna att Malmökommissionen förefaller ha lyckats väl med att lansera ett nytt synsätt som innebär en socialt hållbar samhällsutveckling baserad på ett arbete för att motverka en ojämlik fördelning av hälsan i Malmös befolkning och den bakomliggande ojämlika fördelningen av hälsans bestämningsfaktorer. Visserligen är den konkreta tolkningen av denna förståelse varierande bland de intervjuade, men synsättet att arbeta förebyggande och vikten av interventioner som riktar sig mot unga individer återgavs av en stor andel av de intervjuade. Samtidigt påpekade utvärderarna att detta avtryck tenderar att avta över tid genom successiva omvärldsförändringar och en omsättning av individer i Malmö stads organisation.

Detta kan tolkas som att rekommendationen om att etablera en social investeringspolitik har gjort avtryck i Malmö stads arbete. Då det gäller den andra övergripande rekommendationen, den om en demokratisering av policy- och implementeringsprocesserna, så verkar detta inte ha tagits upp på samma sätt. Enligt utvärderarna framkom inga tydliga tecken på några mer genomgripande ansatser att skapa en mer participatorisk präglad inriktning av verksamheten, där man involverar exempelvis experter från akademiska miljöer samt representanter för olika målgrupper för policys och interventioner i så kallade kunskapsallianser.

Utvärderarna menade att detta kan bero på en bristande förankring av detta förslag. Med detta menade de inte att det funnits en brist i kommissionens arbete som involverade flera högt uppsatta representanter för Malmö stads organisation som kommissionärer och i olika dialogprocesser med kommissionen, utan snarare att det inte etablerats strukturer för detta. Det kan finnas många olika skäl för detta, men utvärderarna visade på avsaknaden av ett utbyggt uppföljningssystem i form av regelbunden insamling och analys av nyckeldata i detta syfte. Vidare på avsaknaden av strukturer och processer där ett kontinuerligt och långsiktigt arbete i form av nämnda kunskapsallianser skulle kunna ha ägt rum. Utvärderarna gav tre konkreta förslag i detta sammanhang:

1. Inkludera regelbundna levnadsvaneundersökningar.
2. Skapa (tillsammans med Region Skåne och intresserade lärosäten) ett gemensamt organ för genomförande och uppföljning av Malmökommissionens arbete.

3. Skapa en fortlöpande epidemiologisk bevakning kopplad till analys och förslag till effektiva åtgärder för att minska hälsoskillnader och förbättra hälsan för alla Malmöbor.

Då det gäller de specifika målen för olika politikområden och de konkreta åtgärdsförslagen, så pekade utvärderarna på en inneboende motsättning mellan det uppdrag som kommissionen fick, att framför allt föreslå konkreta åtgärder, och kommissionens mandat och kompetens att faktiskt ta fram sådana förslag. Det krävs specifika kunskaper om såväl om detaljer i den enskilda lokala situationen, som specifika kunskaper om de organisatoriska förutsättningarna i Malmö stads organisation för att effektivt implementera dessa.

Trots detta rapporterade de intervjuade att en relativt stor andel av kommissionens konkreta förslag, ibland något omformulerade i remissomgången och utformandet av uppdragen efter denna, faktiskt tagits upp av Malmö stad. Det framkom dock att man samtidigt bedömde att en del av förslagen redan var genomförda eller redan i 'pipelinen' för att genomföras då kommissionens slutrapport offentliggjordes. Utvärderarna menade att detta delvis kan ha varit en effekt av att flera av Malmö stads förvaltningschefer var medlemmar i kommissionen och tog upp eller förstärkte förslag i sin egen verksamhet som kom upp i kommissionsarbetet innan detta avslutades dvs. ett slags parallellprocess där kommissionsarbetet influerade Malmö stads verksamhet. Detta kan tolkas som att Malmökommissionen i sig delvis fungerade som en kunskapsallians.

Utvärderarna påpekade också att kommissionens förslag förlorar sin lyskraft över tid av helt naturliga skäl. Det sker hela tiden förflyttningar av de faktiska förhållandena i samhället och miljön, i den politiska diskursens agenda och i den vetenskapliga förståelsen genom kunskapsexpansionen inom olika relevanta områden. Ett viktigt exempel på detta lyftes fram i utvärderarnas slutrapport, nämligen tillkomsten av Agenda 2030 (12) och de globala utvecklingsmålen som övergripande förståelseram för det mänskliga samhällets utveckling. Utvärderarna menade att det finns en risk att det uppkommer en konkurrens mellan vad som uppfattas som Malmökommissionens perspektiv och förslag gentemot det Agenda 2030-drivna policyarbetet om man inte gör en djupare analys för att undersöka om dessa två agendor har goda förutsättningar att integreras med varandra. Eftersom Malmökommissions teoriram bygger på samma systemtolkning av begreppet hållbar utveckling som Agenda 2030, så borde det enligt utvärderarna finnas förutsättningar för en synergi, snarare än antagonism. Dvs. Agenda 2030 kan i många väsentliga delar uppfattas som en möjlighet att ytterligare sätta kraft bakom Malmökommissionens rekommendationer som med detta kan uppdateras i tiden, snarare än att dessa läggs åt sidan.

Malmökommissionen 10 år – en uppföljande konferens

Den 19:e december 2023 arrangerade Malmö stad konferensen Malmökommissionen 10 år. Syftet med konferensen var att både återkoppla till de som varit med i kommissionsarbetet och inspirera dem som i dag har ansvar för att fortsatt implementera Malmökommissionen – för att kunna fortsätta arbetet för en jämlik hälsa. Kommunstyrelsens ordförande, Katrin Stjernfeldt Jammeh bjöd in till konferensen med intentionen att blicka bakåt, för att synliggöra vad som behövs framåt. Inbjudna till konferensen var kommissionärer och författare till underlagsrapporter, samt andra som på olika sätt bidragit till kommissionens arbete. Därutöver bjöds chefer och medarbetare från samtliga förvaltningar och politiska nämnder in, samt representanter från kommunala bolag, akademi, civilsamhälle och myndigheter. Totalt var cirka 250 personer på plats.

Konferensen omfattade både beskrivningar om folkhälsoutvecklingen i Malmö och hur kommissionens arbete påverkat verksamheter och arbetssätt i Malmö med vittnesmål från en rad olika verksamheter. Detta blandades med reflektioner från tidigare kommissionärer, forskare och verksamhetsansvariga från frivilligorganisationer. Medverkade gjorde också Michael Marmot som sammanfattade sina slutsatser från drygt 17 år efter den första rapporten *Closing the gap in a generation*.

Utvecklingen i Malmö efter kommissionen

Så hur mår Malmö tio år efter Malmökommissionens slutrapport presenterades? Bättre, är det korta svaret, men från låga nivåer och även om ojämlikheten fortfarande ha minskat, kvarstår stora skillnader. Under konferensen presenterades uppdaterad statistik om Malmös utveckling sedan kommissionens slutrapport. Malmö har vuxit snabbt under flera decennier och mellan år 2014 och 2022 har Malmö vuxit med 44 000 personer. Malmö var 2023 den åttonde yngsta kommunen i landet, och yngst i Skåne.

Malmöbarnens uppväxtvillkor har förbättrats och skillnaderna mellan de olika stadsdelarna har minskat. Exempel på detta är att en allt högre andel av Malmös elever blir behöriga till gymnasiet och skillnaderna mellan stadens olika områden har minskat över tid. Malmö går mot strömmen i jämförelse med riket vad gäller andel som går ut nian med grundläggande gymnasiebehörighet då andelen ökat i kommunen, samtidigt som den minskat i riket. Vidare har Malmöborna nu högre snittinkomst än de flesta andra kommuner i Sverige men samtidigt en hög andel låginkomsttagare jämfört med andra kommuner.

Vid seminariet presenterade Tapio Salonen, tidigare kommissionär, en sammanställning av utvecklingen mellan år 2020-2023. Han redogjorde för skillnader mellan riket och Malmö då det gäller viktiga socioekonomiska markörer av in-

tesse för hälsans utveckling i befolkningen. Vid jämförelse av andel sysselsatta under andra kvartalet 2020 och 2023, har det skett en ökning med 3,5 procentenheter för riket. I Malmö har det skett en ökning med 7,8 procentenheter. Alla malmösisffror utgår från en lägre nivå, men Malmö förefaller komma ifatt.

Under samma period ökade andelen sysselsatta i arbetsför ålder i riket med 2,3 procentenheter. I Malmö var motsvarande ökning 3,9 procentenheter. Under decennier har denna indikator legat på 60 procent i Malmö. Nu knaprar Malmö ifatt rikssiffrorna och har nu en sysselsättningsgrad på 73,5%.

Under perioden har den förvärvsarbetande dagbefolkningen, ökat med 8 procentenheter i Malmö, jämfört med 4 procentenheter i riket. Arbetslösheten i Malmö har legat extremt högt, på 15%, men har börjat sjunka och är nu (2023) nere på 11-12 procent.

SCB räknar med andel heltidsekvivalenter försörjda via sociala ersättningar i yrkesverksam ålder. Malmö har legat högt tidigare, men från 2020 har den minskat med 19,1% ner till 14,3 procent jämfört med riket där den minskat med 2,5 procent under samma period till 11,5 procent.

När det gäller det kommunala försörjningsstödet har andelen med försörjningsstöd i Malmö minskat med 33 %, att jämföras med minskning på 25% i riket, de senaste tre åren.

För att komplettera data som presenterades på konferensen har vi uppdaterat data om förväntad livslängd vid 30 års ålder, se tabell 1.

Tabell 1. Förväntad resterande livslängd i år vid 30 års ålder.

Förväntad livslängd i år vid 30 års ålder				
		Förgymnasial	Eftergymnasial	Skillnad
Riket	2008	51,4	56,0	3,6
	2021	50,9	57,7	6,8
Malmö	2008	48,7	54,0	5,3
	2021	49,6	55,5	5,9

(Källa: 13)

Ovanstående tabell visar utvecklingen av förväntad medellivslängd i riket jämfört med Malmö under perioden 2008 (innan Malmökommissionen påbörjade sitt arbete och 2021, senaste mätningen, 8 år efter Malmökommissionens slutrapport). Den visar i korthet att gapet mellan grupperna med låg respektive hög utbildning då det gäller förväntad livslängd har nästan fördubblats, från 3,6 till 6,8 år i riket, medan förändringen är marginell i Malmö, från 5,3 år till 5,9 år. Man kan också konstatera att hälsans ojämlikhet i form av gapet i förväntad medellivslängd mellan individer med förgymnasial respektive eftergymnasial utbildning var betydligt större i Malmö jämfört med riket 2008, medan detta gap 2021 är mindre i Malmö än i riket.

Kan man av dessa siffror konstatera att Malmökommissionen varit framgångsrik i sitt syfte att minska den ojämlika hälsan i Malmös befolkning? Det är mycket svårt att leda i bevis att så är fallet, många invändningar kan göras om det verkligen är en effekt av de åtgärder som kommissionen föreslagit. Eller om det finns andra skillnader mellan rikets och Malmös befolkning som förklarar den observerade utvecklingen. Vi kan i alla fall konstatera att utvecklingen har gått i den önskvärda riktningen, vilket ju är ett bättre stöd för en positiv effekt, än om vi inte hade sett någon sådan trend.

En stor del av insatserna avsåg barn och unga, vilket inte kan förväntas ha någon effekt på livslängden efter 30 års ålder då de flesta unga inte ens uppnått denna ålder i det undersökta åldersintervallet. Vidare så tar det tid för den typ av åtgärder som Malmökommissionen föreslagit att implementeras och ytterligare tid för att få en reell effekt på hälsan i de berörda grupperna. Med andra ord måste effekterna av Malmökommissionen utvärderas från många olika vinklar och under en längre tid för att få ett säkrare svar på effektens riktning och storlek.

Hur har Malmökommissionens slutrapport påverkat Malmö stads arbetssätt?

Under konferensen medverkade drygt tio verksamhetsföreträdare från förskoleförvaltning, utbildningsförvaltning, stadsbyggnadskontoret, det kommunala bostadsbolaget och arbetsmarknads – och socialförvaltningen med beskrivningar och berättelser hur Malmökommissionen påverkat verksamheterna. Nedan några nedslag:

Det var inom utbildningsområdet som Malmökommissionen hade flest rekommendationer. Några exempel var att alla barn och unga ska ha tillgång till likvärdig förskola, skola och fritidshem, att alla barn ska gå i förskola, att alla unga ska uppnå behörighet till gymnasiet och slutföra sina gymnasiestudier, att sent anlända elever ska ges tillträde till en snabb övergång till studier samt att elevsammansättningen på Malmös skolor ska vara integrerad (med avseende på socioekonomiska, etniska, könsmässiga och prestationsmässiga grunder).

I anslutning till att kommissionen avslutades gjordes en stor omorganisation bland Malmö stads förvaltningar. Den innebar bland annat att Malmö fick Sveriges första förskoleförvaltning, en grundskoleförvaltning och en gymnasie- och vuxenutbildningsförvaltning. Ett av huvudsyftena med centralisering av skolverksamheterna var just att öka likvärdigheten mellan olika delar av staden och motverka de stora skillnader som fanns, både i förutsättningar och i resultat mellan olika skolor.

Två chefer på grundskoleförvaltningen respektive förskoleförvaltningen beskrev hur Malmökommissionen vägledde omorganiseringen och att kommissionen har haft en viktig roll i att professionalisera verksamheterna. Både för- och grundskolan arbetar med socioekonomisk styrning med mer resurser till de barn som behöver dessa allra mest. År 2023 hade Malmös grundskolor 2000-talets ”all time high” i behörighet till gymnasiet och den största förbättringen har gjorts i de socioekonomiskt utsatta områdena.

Man framhöll att omorganisationen har medfört att utbildningsförvaltningarna kunnat jobba nästan uteslutande med ökad likvärdighet och kvalitet i undervisningen, till skillnad från när skolan styrdes via de tio stadsdelarna och det fanns sammanlagt 180 mål i stadsdelarna att förhålla sig. Dessutom har samverkan med civilsamhället stärkts, vilket beskrevs av cheferna som avgörande, inte minst när det gäller att få in barn i förskoleverksamheten.

Inom området *Boendemiljö och fysisk planering* var kommissionens övergripande mål att stadsplaneringen ska bidra till att minska boendesegregation och stärka tilliten och främja goda och tillgängliga miljöer och mötesplatser som inbjuder till delaktighet. Några av förslagen var att införa sociala konsekvensbedömningar inför alla beslut som rör fysiska investeringar, att utveckla och intensifiera arbetet med att blanda upplåtelseformer, bostadstyper, arbetsplatser och servicefunktioner, samt att omvandla barriärer till sammanlänkande områden.

Ansvarig chef på avdelningen för stadsutveckling och hållbarhet på stadsbyggnadskontoret i Malmö stad beskrev hur Malmökommissionen upplevdes som ett modigt grepp. Kommissionens slutrapport prisades 2014 även med Sveriges Arkitekters planpris. ”Det betyder att kommissionärer som var läkare prisades för stadsplanering, ett underbart tvärdisciplinärt samarbete som vi behöver se mer av”.

I korthet beskrevs hur stadsbyggnadskontoret fortsätter arbeta i kommissionens anda genom att demokratisera stadsplaneringsprocessen och öka malmöbornas inflytande. För det har stadsbyggnadskontoret bildat ett team, som utvecklar olika metoder för delaktighet, som nu används även av flera andra förvaltningar. Vidare har man systematiserat arbetet med jämlikhet och mänskliga rättigheter i stadsplaneringsprocessen, bland annat genom att använda sociala konsekvensanalyser som verktyg för att fatta beslut. En tredje aspekt är att man

har växlat upp arbetet med kulturen som motor i stadsplaneringen och ökat närvaron lokalt i alla områden i Malmö genom områdeskoordinatorer som har extra fokus på barn och unga. Man har också skapat en jämlikhetsverkstad för att testa, konkretisera och innovera kring jämlikhet i byggd miljö.

Michael Marmots kommentarer

Michael Marmot medverkade under konferensen och delade med sig av en nyligen publicerad Marmot Review 10 years on (14). I denna 10-årsuppföljning har Marmot utvecklat principerna för arbetet med jämlik hälsa för att också omfatta arbetet mot rasism och diskriminering, samt att koppla ihop arbetet för miljömässig hållbarhet med arbetet för jämlik hälsa.

Han kunde konstatera att de socioekonomiska skillnaderna i hälsa har ökat påtagligt i England och Wales under uppföljningstiden, men i områden och städer där man på olika sätt intervenerat medvetet utifrån några av den brittiska kommissionens förslag så sågs en tendens till en mindre ökning eller till och med en utebliven ökning av hälsans ojämlikhet.

Några av de städer som stack ut positivt på detta sätt tillhörde ett nätverk, *Marmot Places*, som bildats för att dela erfarenheter av att implementera kommissionens förslag i samarbete med Marmot och hans kollegor i kommissionen. Marmot uppgav att det utifrån en lokal kontext kunde se olika ut då det gällde vilka mål man valt att prioritera. Flertalet nätverksmedlemmar hade dock varit ense om betydelsen av att prioritera insatser för barn och unga och att insatserna ska utföras i en partecipatorisk process med alla berörda parter. Det alla nätverksmedlemmar hade gemensamt var också att de hade tagit till sig själva idén om kopplingen mellan hälsan och dess sociala bestämningsfaktorer och en generell samhällsutveckling.

Marmot inbjöd Malmö att ansöka om medlemskap i Marmot Places-nätverket, vilket han trodde skulle innebära ett sätt att föra Malmökommissionens agenda framåt. Marmot pekade även på vikten av styrning (governance) och uppföljning, samt att ta fram en modell för att långsiktigt kunna följa utvecklingen av jämlik hälsa i relation till Agenda 2030.

Ett annat medskick från Marmot var att inkludera näringslivet i omställningen mot ett socialt hållbart samhälle. Näringslivet har ett stort ansvar och därmed stora möjligheter att påverka hälsan hos befolkningen, inte minst genom sina anställda. Bättre hälsa hos de anställda leder också till bättre affärer genom högre produktivitet, bättre chanser att behålla arbetskraft, attrahera arbetskraft, kunder och investerare, hävdade han.

Marmot avslutade med en rekommendation till Malmö stad: *Put equity of health and wellbeing at the heart of all policy*. Han pekade på att hälsan hos en befolkning och hur hälsan är fördelad (jämlik hälsa) är det bästa måttet för att beskriva hur

ett samhälle mår. Det säger mer om ett samhälles välstånd än att tala om ekonomisk tillväxt. Marmot pekade på att Malmö stad är rustad med viktig kunskap om tillvägagångssätt för att minska ojämlikhet i hälsa och att Malmö har visat att det går att åstadkomma förändringar.

Diskussion

Malmökommissionen valde att tydliggöra sin teoretiska utgångspunkt, hälsan som utfall av samhällsprocesserna och hälsans ojämlikhet som ett utfall av en ojämlik fördelning av hälsans bestämningsfaktorer. Detta verkar ha givit en bred legitimitet åt uppdraget hos uppdragsgivare och dialogpartners.

Kommissionen valde också ett utpräglat participatoriskt arbetssätt vid framtagandet av övergripande principer, specifika mål och förslag. Detta verkar ha varit gynnsamt då det gäller upptaget av dessa förslag och mål inom de olika politikområden som fick uppdraget att implementera dessa.

Det övergripande målet om ett socialt investeringsperspektiv förefaller fått ett tydligt och långvarigt genomslag i diskussionerna om exempelvis betydelsen av insatser tidigt i livet.

Det andra övergripande målet, om demokratisering av policy- och implementeringsprocesserna, verkar däremot ha fått ett mer begränsat genomslag. Några menar att övergången som gjordes från stadsdelsbaserade förvaltningar som svarade för implementeringen av flera politikområden inom sina geografiska områden, till centrala förvaltningar för varje politikområde ledde till mindre lokalt inflytande och en ökad 'stuprorseffekt'. Från Malmö stads sida anser man att reformen gjordes för att effektivisera processerna. Flera initiativ är karakteriserade av en ökad samverkan mellan Malmö stad, företag och frivilligorganisationer, men även om dessa verkar fungera väl ges inte intrycket att detta är en generell tendens i Malmö stads policyformulerings- och implementeringsprocesser.

Malmökommissionens slutrapport gick ut på en bred remiss i Malmö stads organisation. Remissvaren var överlag positiva och påpekade att ganska många av förslagen redan eller delvis var implementerade, medan flertalet av de övriga uppfattades som realistiska förslag. På grundval av detta gav kommunstyrelsen ett 30-tal specifika uppdrag att utveckla policy och implementera åtgärder baserade på Malmökommissionens förslag. Utvärderingen visade att detta arbete hade påbörjats, men att det var för tidigt att utvärdera effekten av dessa.

Den externa utvärderingen och uppföljningen efter 10 år visade att kunskapen om Kommissionens teorier och övergripande principer fortfarande är aktiv kunskap i Malmö stads organisation. Malmökommissionen nämndes explicit i budgetdokument för flera förvaltningar under de första åren efter slutrapporten, vilket är ovanligt då det gäller denna typ av underlag.

Den externa utvärderingen visade på en brist i det att det inte skapats adek-

vata strukturer eller några processer för att följa upp effekten av de enskilda implementeringsinitiativen, eller ens hur hälsans jämlikhet utvecklar sig över tid i Malmös befolkning. En särskild utredning tillsattes därför av Malmö stad för att ta fram riktlinjer för detta. På grundval av denna utrednings rekommendationer så har Malmö stads statistikfunktion förstärkts och vissa processer har tillkommit för att tillgodose den påvisade bristen. Redovisningen av utvecklingen av hälsans jämlikhet och några nyckelfaktorer bakom denna, visade på förskjutningar i önskvärd riktning. Samtidigt påpekade utvärderarna den stora komplexiteten bakom de studerade sambanden vilket gör att det krävs en kontinuerlig och brett upplagd utvärdering av de implementerade insatserna, såväl på implementeringsnivå som på effektnivå. Denna typ av underlag är sannolikt också nödvändig för att initiera reella tvärsektoriella och partiparticipatoriska processer, dvs. för att bättre uppfylla Malmökommissions andra övergripande förslag om demokratiserade processer.

Vid 10-årsseminariet framkom en mycket positiv inställning till Malmökommissionens arbete och slutrapport från flera förvaltningschefer och andra chefs-tjänstemän samt från representanter från civilsamhället. Samtidigt var det tydligt att man måste uppgradera kommissionens insatser på ett tydligt sätt för att effekten inte ska avta alltmer över tid.

Sammanfattningsvis kan man säga att Malmökommissionen otvetydigt har gjort avtryck på många olika sätt och att det inte kan uteslutas att detta har bidragit till en mer positiv utveckling av hälsans jämlikhet i stadens befolkning. Samtidigt är det tydligt att vissa delar av kommissionens arbetsprocess och förslag verkar ha haft större genomslag än andra.

Det finns ett par saker som står ut som särskilda framgångar, både i den externa utvärderingen och i de redovisningar som gjordes vid presentationerna avseende 10-årsuppföljningen i december 2023.

Den första är att den valda teoretiska referensramen att befolkningen hälsa och dess ojämlika fördelning är en bra utgångspunkt för att förstå den allmänna samhällsutvecklingens riktning. Detta kan tolkas som att kommissionen första övergripande förslag, om en social investeringspolitik har fått långsiktigt fäste i Malmö stads organisation, även om man inte använder denna term specifikt. Ett policyarbete som syftar till hållbar utveckling är inte möjligt utan tanken på att det görs investeringar idag för att undvika större kostnader i framtiden.

Detta verkar handla om att man tagit till sig ett nytt perspektiv, eller *synsätt* som Mikael Stigendal definierade det i sin presentation på uppföljningskonferensen. Då det gäller själva omsättandet av detta synsätt i praktiken, det som Malmökommissionens andra övergripande förslag handlade om, så verkar det som genomslaget blivit mer begränsat.

Det som har fungerat verkar främst vara uppmaningen att investera i barn och

ungas förutsättningar att utveckla sin potential, eller *capabilities* det begrepp som Marmot brukar använda. Det är också hans erfarenhet att just detta område är det som de flesta medlemmarna i det Brittiska nätverket Marmot Places valt att prioritera. Det kan kanske bero på att detta är det synsätt som 'naturligt' eller intuitivt följer på samhällseliga investeringar i exempelvis förskoleverksamhet, skola och annan samhällselig verksamhet som riktas mot barn- och unga individer. Investeringsperspektivet är redan inbyggt i tanken att dessa verksamheter finns för att introducera unga individer till det samhälle där de ska leva och verka resten av sina liv. Detta kräver därför inte att man gör om strukturer och processer efter ett nytt synsätt, det gamla redan inbyggda synsättet fungerar bra. Men det finns många gånger anledningar att förbättra dessa strukturer och processer, vilket ett generellt synliggörande av det sociala investeringsperspektivet kan bidra till.

När det gäller Malmökommissionens andra övergripande rekommendation, att demokratisera alla de samhällseliga processerna inom Malmö stads rådruu, genom en bred participation i allmänhet och genom etablerandet av kunskapsallianser i synnerhet, så råder det betydligt större tveksamhet om detta har fått genomslag. Detta påpekas i den externa utvärderingen och i flera av presentationerna vid uppföljningskonferensen. De externa utvärderarna fann få tecken till förändringar av Malmö stads verksamhet som utgått från denna rekommendation. De pekade på flera möjliga skäl till detta. Ett av de främsta är bristen på en funktion som samlar in och analyserar viktig information som behövs för ett sådant arbetssätt.

Konkret föreslog de att statistikfunktionen i Malmö stads organisation även får uppdraget att inleda ett samarbete med sina kollegor i Region Skåne för att kunna följa olika aspekter på hälsans ojämlika fördelning på ett konsekvent sätt över tid. De föreslog också att man upprättar strukturer som kan definieras som kunskapsallianser för att på allvar kunna implementera rekommendationen om en demokratisering av Malmö stads strukturer och processer. Detta skulle kunna leda till en successiv utveckling i denna riktning. Malmö stad var först ut i Sverige med att anamma Agenda 2030 som den långsiktiga riktningen för staden. Staden följer nu utvecklingen av de globala målen i en årlig hållbarhetsrapport som bygger på data, erfarenheter och analys. Denna är ett underlag till politikerna, som sätter riktningen för mandatperioden genom kommunfullmäktigemål.

Utvärderarna påpekade att ett viktigt hinder består i avsaknaden av konkreta förslag hur den andra övergripande rekommendationen ska utformas och implementeras, vilket man menar inte kan avhjälpas utan att man inleder en process med deltagande av externa aktörer, dvs. kunskapsallianser, som baseras på data som tas fram och analyseras tillsammans med den förstärkta statistikfunktionen. Ett berömt Marmotcitrat är, 'No data - no action', vilket belyser detta. Efter den externa utvärderingen tillsatte Malmö stad en utredning om en förstärkt statis-

tikfunktion och har nyligen implementerat åtgärder i den föreslagna riktningen.

Då det gäller de specifika förslagen och konkreta åtgärderna så är avtrycket i Malmö stads verksamhet mer osäker. Detta trots att uppföljningen visade på en bred remissomgång vilket i sin tur resulterade i ett 30-tal specifika uppdrag till olika delar av organisationen. Utvärderingen visade nämligen att en del av de föreslagna åtgärderna, eller snarlika sådana åtgärder redan genomförts innan Malmökommissionens slutrapport redovisades och att många andra åtgärder redan initierats under kommissionsarbetet. Möjligen har en del av dessa inspirerats av kommissionens arbete genom en 'parallellprocess' där kommissionärer som även var förvaltningschefer eller andra funktionärer på exekutiv nivå kunde verka i sin egen organisation parallellt med arbetet i kommissionen. Man skulle därför kunna dra slutsatsen att Malmökommissionen i själva verket också hade funktionen av en tillfällig kunskapsallians under den tid den existerade. I så fall en ganska framgångsrik sådan.

Om vi lyfter blicken och försöker oss på en övergripande förståelse av Malmökommissionens effekter genom att tillämpa en av de mest citerade modellerna för hur ett policyarbete kan få genomslag, så kan två sådana modeller ge vägledning. Den första handlar om de tre 'flödena' (Eng. 'streams') (15), för det första *flödet av problem* som får uppmärksamhet i media och det offentliga samtalet, därefter *flödet av policy*s som produceras av samhällets olika aktörer, dvs. olika typer av förslag till lösningar på de problem som uppenbarats och till sist *politikens flöde* som inbegriper aktuella ideologiska strömningar vilket bestämmer vilka problem som tas upp för politisk behandling och vilka policy's som passar in i den rådande agendan.

En vanlig tolkning är att dessa flöden måste sammanfalla på ett sätt som gör att de passar in i varandra, vilket ibland ges en passiv tolkning där policyarbetet är underkastat de andra två flödena. Men det finns och en aktiv tolkning där just framtagandet av data kan skapa 'händelser' på ett medvetet sätt, vilket tvingar fram politiska ställningstaganden och nya former eller inriktningar av policy's.

Ett exempel kan vara hur man på 1980-talet genom framtagandet av data i den så kallade Black Report (16) kunde påvisa att det fanns stora socioekonomiska skillnader i hälsa även i välfärdsstater som England, tvärtemot uppfattningen att välfärdsstaten i stort sett hade åstadkommit en jämlik hälsa i befolkningen. Som allmänt bekant ledde detta till stor medial uppmärksamhet och att landets politiker såg sig föranledda att lyfta frågan och nya former av policy's utvecklades för att hantera det uppmärksammade problemet. Framtagandet av data får därför en central roll som katalysator för en samhällsprocess som påverkar detta samhälles möjligheter till en hållbar utveckling vilket förutsätter en hållbar god och jämlik hälsa i befolkningen. Både Marmotkommissionen 2008 och Malmökommissionen 2013 kan ses i detta perspektiv.

En annan central diskussion inom policyforskningen har varit om implementeringen verkligen följer den *linjära process* som ofta beskrivs i läroböckerna eller om implementeringen är en mycket mer oförutsägbar process som påverkas av en rad faktorer såväl inom som utanför implementeringsområdet och därför bäst beskrivs som en *opportunistisk småstegsprocess*, av den amerikanske forskaren Charles Lindblom beskriven som 'muddling through' på svenska 'tråcka sig genom' (17). Dvs. det är svårt att förutsäga var, när och hur i de samhällsliga strukturerna som olika element av en policy av större format, som den om hälsans ojämlikhet, kan implementeras av praktiska, ekonomiska, ideologiska eller andra skäl.

Men i regel öppnas ibland fönster då det blir möjligt att åtminstone implementera delar av policyn i delar av relevanta strukturer och processer. Detta förutsätter dock en stark målbild/synsätt som delas av så många som möjligt för att man ska kunna identifiera dessa fönster när de dyker upp. Exempel på målbilder kan vara ett demokratiskt samhälle, baserat på erkännande av Mänskliga Rättigheter och en jämlik hälsa i befolkningen som ett resultat av detta. I detta perspektiv blir det intressant att konstatera att den viktigaste effekten av Malmökommissionen som framkommit i utvärderingarna har varit att dess synsätt, eller om man vill så målbild, har fått ett betydande genomslag.

Det är frestande att koppla ihop teorin om de tre flödena med teorin om en tråcka-igenom modell för policyimplementering, eftersom detta skulle antyda att det medvetet går att skapa 'fönster' för att med småstegsprincipen implementera en policy. Ett viktigt komplement till detta är att det empiriska stödet för att processer med en partecipatorisk ansats verkar ha större förutsättningar för att skapa och implementera policys, kanske genom större förutsättningar att både aktivt skapa och identifiera 'fönster' där policyn kan tillämpas.

Detta leder över till diskussionen om den sociala pelaren i Brundtlandkommissionens hållbarhetsmodell och hur begreppet socialt kapital på det sätt som Robert Putnam definierade detta fenomen (18), kan hjälpa oss att förstå just betydelsen av ett brett deltagande i de samhällsliga processerna. Putnams dynamiska modell för hur *tillit*, kärnan i det sociala kapitalet skapas, går via spiralen *socialt deltagande* som ger *delade värderingar* bland de som deltar i deltagandeprocesserna vilket i sin tur resulterar i en ökad *tillit*. En ökad tillit ökar i nästa steg benägenheten till att vilja delta och på så sätt skapas en dynamisk tillväxt av det sociala kapitalet kärna, tilliten.

En annan konsekvens av denna modell, är att social marginalisering, dvs. en exkludering från deltagande i viktiga samhällsprocesser, som exempelvis skola, förvärvsarbete, aktiviteter på fritiden, resulterar i en minskning av tilliten. Ett samhälles tillitskapital kan ses som ett mått på det sociala kontraktets styrka (19), dvs. uppfattningen att man får tillbaka en rimlig mängd av olika resurser i förhållande till vad man bidrar till genom arbete, respekt för samhällets lagar,

upprätthållandet av etiska principer, etc. Tecken på ett svagt socialt kapital kan vara att det uppstår parallellsamhällen där konkurrerande sociala kontrakt ter sig mer attraktiva, exempelvis kriminella nätverk eller extrema religiösa eller politiska rörelser.

Betydelsen av möjligheten att kunna delta i samhällsprocesserna, vilka påverkar den sociala fördelningen av hälsans sociala bestämningsfaktorer har därför ett starkt stöd i den samhällsvetenskapliga forskningen. Detta speglas också av det stora intresset för sambandet mellan socialt kapital och befolkningens hälsa och dess jämlika fördelning som följde i kölvattnet på Putnams mycket uppmärksammade forskning om det sociala kapitalet på 1990-talet.

Konklusioner

Hälsans ojämlikhet i Malmös befolkning tenderar att minska mer än i resten av Skåne eller i riket efter Malmökommissionens arbete, men det är ännu för tidigt att bedöma om detta är en effekt av Kommissionen eller av andra faktorer.

Malmökommissionen har främst varit framgångsrik genom att lyckats, med viss varaktighet, introducera ett nytt synsätt på kopplingen mellan samhällsutveckling och befolkningens hälsa.

Malmökommissionen förefaller i sig själv ha fungerat som en framgångsrik kunskapsallians för ett policy- och implementeringsarbete av interventioner i linje med detta synsätt, men detta har inte påverkat Malmö stad att på ett avgörande sätt förändra sina relevanta strukturer och processer i denna riktning.

Upprättandet av en funktion i Malmö stads organisation för att samla in och analysera viktiga data för att skapa kunskapsallianser, dvs. öka det partipolitiska inslaget i relevanta strukturer och processer, har identifierats som en nyckelstrategi av såväl av olika utvärderare som av Malmö stad själva.

Malmökommissionens effekter avtar över tid om man inte fortsätter arbetet med att hålla fast och utveckla synsättet och nyckelfaktorer som datahantering och analys, därför kan det vara en god idé att gå med i nätverk av andra städer som delar detta synsätt och har erfarenheter av att arbeta långsiktigt utifrån detta, som exempelvis nätverket Marmot Places.

Det är viktigt att se det stora sambandet mellan det synsätt som Malmökommissionen introducerat och det synsätt som arbetet för en hållbar utveckling baserar sig på genom de Globala målen och Agenda 2030, så att en god synergi kan uppnås, dvs. ett arbete för en god och jämlik hälsa i Malmös befolkning innebär också ett arbete för ett socialt hållbart Malmö och för en generellt hållbar utveckling.

Referenser

1. Virchow R. (1848). *Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie*. Berlin: Reimer.
2. World Health Organization. (1948). *WHO Constitution*. Genève: World Health Organization.
3. World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata*. World Health Organization.
4. Socialdepartementet. (1982). SFS 1982:763. *Hälsö- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
5. Göransson, M., Hanson, B.S., Lindbladh, E., Östergren, P-O. (1996). *Using socio-economic differences in knowledge and attitudes to shape community alcohol programmes: experiences from the Kirseberg Project*. Health Promotion International; Vol. 11, No. 2.
6. Stigendal, M., Östergren, P-O. (red.) (2013). *Malmöns väg mot en hållbar framtid: hälsa, välfärd och rättvisa. Malmökommisionens slutrapport*. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.
7. Commission on the Social Determinants of Health. (2008). *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*. Genève: World Health Organization.
8. Institute of Health Equity. (2010). *Fair Society Healthy Lives* (The Marmot Review). London: UCL
9. WCED. (1987). *Our Common Future. Report of the United Nations World Commission on Environment and Development*. Oxford: Oxford University Press.
10. Malmö stad (2014). *Det fortsatta arbetet för ett socialt hållbart Malmö – Inriktning för Malmö stad från 2014*.
11. WSP (2020). *Malmökommissionen – Vad händer sen? Utvärdering av arbetet med jämlik hälsa och social hållbarhet med Malmökommissionen som bärvång*.
- 12.. United Nations. (2015). *Transforming our World: The 2030 Agenda for sustainable development*. Publisher: United Nations.
13. Statistikmyndigheten SCB. (2024). *Medellivslängden i Sverige*. Hämtad från: www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/ (Senast uppdaterad: 2023-03-21)
14. Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., Morrison, J. (2020). *Marmot Review 10 Years On*. Institute of Health Equity, UCL, London.
15. Kingdon, J. (2003). *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (2nd ed.). New York, NY: Pearson.
16. Gray, AM. (1982). Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *Int J Health Serv.* 12(3):349-80.
17. Lindblom, CE. (1959). The Science of "Muddling Through". *Public Administration Review*; Vol. 19; 2:79-88.
18. Putman R. (1993). *Making Democracy Work. Civic Tradition in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
19. Östergren P-O. (2012). *Hur hänger en socialt hållbar utveckling och hälsans jämlikhet ihop? Ett försök att besvara denna fråga med hjälp av en systemteoretisk ansats*. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad, 2012.