

Jämlikhet och hälsa

Några reflektioner runt den sociala dimensionen i ett internationellt perspektiv

P Owe Petersson

Alla 'stora' internationella organisationer - FN, Världsbanken, WHO, Europarådet och Europeiska Unionen - har fört upp den sociala dimensionen på dagordningen. EU's sociala dimension betonar betydelsen av social småskalighet som stöd och hjälp för den enskilde individen. Denna närhetsprincip knyter an till traditionen i allt socialt arbete. Det finns ofta ett nära samband med just kurators sätt att arbeta och den enskilda människans behov av hjälp, stöd och tröst. Kuratorn kan medverka till att bryta den onda cirkel som går från sociala problem till ohälsa. Professor P Owe Petersson, tidigare sjukhusdirektör för Akademiska sjukhuset, har under åren haft en rad framskjutna ledarpositioner i svensk och internationell hälso- och sjukvård bl a som direktör vid WHO's Europakontor.

Inför ett 50-årsjubileum som detta - då Akademiska sjukhusets kuratorsorganisation firar sin framgångsrika verksamhet - kan det vara av intresse att försöka belysa sambandet mellan jämlikhet och hälsa och social utveckling också i ett internationellt perspektiv.

Canada föregångsland

I ett internationellt perspektiv kan det då vara lämpligt att just 1994 erinra om den så kallade Lalonderapporten som publicerades i Canada för precis 20 år sedan, 1974. Lalonde var hälsominister i Canada och hans rapport fick efter hand stor betydelse under 1970- och 80-talen för den internationella diskussionen runt folkhälsofrågor och social utveckling. Och detta i en tid då annars - inte minst här i Sverige och på Akademiska sjukhuset den högspecialiserade och högteknologiska utvecklingen gick framåt med stormsteg! - Lalondes fyra s k hälsoområden: livsstil, miljö, hälso- och sjukvård samt humanbiologi kom att framstå som möjliga alternativ till fortsatt utveckling av en alltmer specialiserad och dyr

sjukvård. För att förstärka Lalondes ideer lanserades för första gången internationellt begreppet social marknadsföring - man skulle härigenom motverka sådana marknadskrafter som kunde stimulera till dåliga levnadsvanor och ohälsosam livsstil - framför allt vad gällde bruk och missbruk av alkohol, tobak och droger.

Social dimension

Den sociala dimensionen tydliggjordes och kopplingen till hälsan kom in i den internationella diskussionen genom den här rapporten på ett mera påtagligt sätt framför allt genom dess politiska betydelse. Inom världshälsoorganisationen, i WHO, pågick ett liknande utvecklingsarbete och i Sverige gav rapporten ekon i arbetet på principprogram om "Hälso- och sjukvårdens utveckling inför 80-talet", HS-80.

Men sociala faktorerers betydelse för hälsan hade man förstås insett långt tidigare! WHO's definition på hälsa, som den beskrivs i WHO's konstitution från 1948 säger oss att "Hälsa är inte bara frånvaro av sjukdom utan ett tillstånd av fullständigt, fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande". En definition, visionär som den är, som WHO inte utan rätt fått en hel del kritik för och som därför senare modifierats något i samband med "hälsa för alla" initiativet, vilket berörs senare.

Social rapportering

Ser man på hälsa och sociala förhållanden har naturligtvis sambandet stått klart sedan länge! I ett historiskt perspektiv kan man här nämna de svenska provinsialläkarrapporterna som under sekler redan från slutet av 1600-talet och ända fram till vår tid regelbundet har skildrat hälsan, eller snarare ohälsan, hygien och sociala situationen i landet. I centrala Europa, i t ex länder som Spanien och Frankrike och i Tyskland hade man också sedan lång tid tillbaka en sorts social rapportering närmast av demografisk natur som på 15- och 1600-talet kunde ligga till grund för åtgärder beträffande befolkningstillväxt och i viss mån resursfördel-

ning för att hindra eller förbättra situationer med uttalad armod och fattigdom. - Med industrialismens genombrott på 1800-talet blev social rapportering allt vanligare vilket vi möter, inte minst i England men också i hela Centraleuropa. Ett problem som uppstår när man försöker få en överblick över det här området är att beskrivningen av sociala förhållanden oftast är så områdesbegränsad och vanligen inte är särskilt tvärsektoriell, sociala förhållanden rapporteras för sig och inte sammanvägda med t ex konsekvenser för hälsa eller ohälsa. Detta belyses kanske bäst av att vi rakt in i vår egen tid ser detsamma! Socialstyrelsens första Socialrapport publicerades nyligen - i juni -94, och då som just en särskild rapport! Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta en tredje folkhälsorapport och det uppdraget vidgades till att också beskriva och analysera utvecklingen av såväl hälsa som social välfärd och riskfaktorer för sjukdom och sociala problem. - Allt detta resulterade i att Socialstyrelsen i våras (-94) överlämnade 2 rapporter - en folkhälsorapport och en socialrapport!

WHO's målsättningsdokument

För 10 år sedan - således 10 år efter den tidigare nämnda Lalondrapporten kom ett genombrott för hälsosocialt tänkande, åtminstone i Europa, genom att alla WHO's medlemsstater accepterade för första gången ett gemensamt pan-europeiskt målsättningsdokument för folkhälsoarbete som samtidigt fastslog den sociala dimensionens stora betydelse. Detta WHO's europeiska målsättningsdokument med sina 38 delmål utgjorde också bidraget till WHO's globala målsättning om "Hälsa åt alla år 2000". Denna globala målsättning skall man naturligtvis se som en visionär målsättning - något för medlemsstater att sträva efter. "Hälsa för alla" initiativet innebär naturligtvis inte att vi alla kan vara friska och inte vara i behov av hälso- och sjukvårdens resurser utan betonar livsstilens centrala roll i möjligheten att påverka den egna hälsan! På så sätt slår man fast den sociala dimensionens betydelse för hälsan. Målsättningsdokumentet uppdaterades 1991 och dess första mål står fast: detta mål är grundläggande och

WHO's program "Hälsa för alla" betonar livsstilen och den sociala dimensionens betydelse för hälsan

handlar om jämlikhet och hälsa - det skall stimulera medlemsstaterna till att reducera "ojämlik hälsa med 25% mellan länder eller mellan grupper inom länder". Detta förutsättes ske genom gradvis förbättring av en rad olika sociala strukturer för att utjämna befintliga socialt betingade ohälsogradienter.

Det andra grundläggande målet skall hjälpa medlemsstaterna att utveckla system och strukturer så att människor får möjligheter att leva ett socialt, ekonomiskt och mentalt meningsfullt liv. Just detta är nu WHO's "Hälsa för alla" definition av hälsa: att kunna leva ett så meningsfullt liv som möjligt ur social, ekonomisk och mental synvinkel! Återigen kommer den sociala dimensionen fram, eller snarare den rent socio-ekonomiska, samtidigt som man tonar ner den tidigare definitionen av hälsan som inte enbart frånvaro av sjukdom utan ett tillstånd - utopiskt som det är - av fullständig fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande!

Jämlikhet och kvinnors hälsa

Det sker en fortlöpande uppföljning och utvärdering av WHO's folkhälsomål. Tyvärr visar det sig då att det inte går framåt med måluppfyllelsen, framförallt inte av de två delmålen som har med social rättvisa och jämlikhet att göra. Utvecklingen och trenden är därvidlag densamma internationellt som nationellt. För Sveriges del talar de tidigare nämnda folkhälsorapporterna sitt tydliga språk - den samlade bilden visar att många människor får en allt bättre hälsa, särskilt de som redan hade en god hälsa, medan att fler och fler med dålig hälsa får det sämre! De socioekonomiskt betingade ohälsoskillnaderna förstärks - gapen ökar med en ökad andel människor med såväl sociala som ekonomiska och hälso-mässiga problem särskilt bland kvinnor - i arbetar- och lägre medelklassen.

Så har den sociala dimensionen under 1980-talet alltmör också blivit könsorienterad: kvinnorna kommer, om inte helt plötsligt så i alla fall mer och mer in i folkhälsobilden! Och ju mer globalt det internationella perspektivet blir desto tydligare och viktigare blir detta; Kvinnors status och hälsa samt barns hälsa är avgörande för hela frågan om social jämlikhet. I det sammanhanget skall det också betonas att man talar min-

Med industrialismens genombrott på 1800-talet blev social rapportering allt vanligare inte minst i England men också i hela Centraleuropa

dre om barn och alltmer om pojkar och flickor i stället - detta eftersom den hälsomässiga liksom den sociala diskrimineringen startar tidigt i uppväxten och fortfarande är så utbredd, framför allt i mindre utvecklade länder. FN's befolkningskonferens nyligen i Cairo kan ses som ett av många viktiga initiativ för att försöka förbättra situationen och finna tänkbara, möjliga förslag till lösningar för att öka jämlikheten mellan könen. Kvinnans sociala situation och status kommer också att bli ett av huvudtemana vid FN's toppmöte om sociala frågor som anordnas i Köpenhamn i mars 1995 och självklart än mer så vid FN's kvinnokonferens senare under 1995 i Peking. Allt detta för att enligt FN's arbetsmönster "främja sociala framsteg och bättre levnadsvillkor under större frihet".

Hälsa, jämlikhet och livskvalitetsindex

FN's utvecklingsprogram har - för att försöka jämföra och rangordna länder - utarbetat ett livskvalitetsindex som är baserat inte bara på BNP/capita utan också på medellivslängd, utbildningsnivå, läskunnighet och antal år i skola samt andra sociala faktorer. Resultatet blir som man kan förvänta sig enorma skillnader mellan fattiga och rika länder. Däremot är skillnaden liten mellan de 15 rikaste länderna inom OECD, här får alla index mellan 0,98, för Japan, och 0,95, för Österrike, med Sverige på 5:e plats, också med ett livskvalitetsindex på 0,95. - Skillnaderna är så små mellan dessa länder att man egentligen behöver tre decimaler i livskvalitetsindex för att skilja dem åt!!

De fattigaste länderna återfinns i tredje världen, i de minst utvecklade länderna, där livskvalitetsindex ligger 10-20 gånger lägre. Så har t ex Guinea-Bissau ett livskvalitetsindex på 0,09 och i Guinea har det beräknats till 0,04. En starkt bidragande orsak till dessa låga indici är, förutom ekonomin, den mycket låga utbildningsnivån, särskilt hos kvinnorna. - Utan tvekan är fakta om dessa sociala olikheter viktiga att känna till för förståelsen av orsaker till många spänningstillstånd och konfliktsituationer inom och mellan länder där de sociala gapen är betydande och ofta dramatiska.

Skillnaderna mellan de 15 rikaste länderna inom OECD är så små att man behöver tre decimaler i livskvalitetsindex för att skilja dem åt

För vissa länder kan man få fram siffror på kvinnornas livskvalitet typiskt nog som procent i förhållande till mannens

Kvinnors livskvalitet

Kvinnor behandlas inte lika som män i något land men i många länder bättre än i de flesta andra! För vissa länder kan man få fram siffror på kvinnors livskvalitet och då, typiskt nog, som procent i förhållande till mannens! I sådana sammanställningar sker en viss förändring i rankningen - alla de nordiska länderna kommer nu i topp med Sverige överst medan däremot Japan - som tidigare toppade listan halkar ner till 17:e plats! Canada går från 2:a till 11:e plats medan t ex Frankrike som totalt ligger på en 8:e plats tränger sig upp på en 3:e plats mellan Norge och Danmark.

Socio-kulturella avståndet

Så mycket - helt överskådligt - om den sociala dimensionen globalt. Men vi kan numera se minst lika stora skillnader inom det nya Europa, det EU-inspirerade Europa, som började urskiljas i samband med Berlinmurens fall för nu fem år sedan - i november 1989. Helt plötsligt skedda dramatiska förändringar som fick oss att ändra vår uppfattning och bild; i det nya Europa känner man inga gränser, den fria rörligheten av folk, tjänster, varor och kapital skapar nya problem, inte minst socialt, samtidigt som nya krav ställs på förbättringar och stödjande strukturer från samhällets sida.

Med alla folkhälsomått mätt är situationen svårast i Östra Europa - och då särskilt för kvinnor och framförallt för barnen. De tidigare befintliga sociala nätverken har försvagats eller helt försvunnit vilket särskilt svårt drabbar just barn och gamla, handikappade och mentalt sjuka människor - grupper i samhället som alltid är de socialt svagaste. Var "misär" får sitt namn och man börjar nu internationellt tala om det socio-kulturella avståndet - gapet mellan formella stödjande strukturer i samhället - och det samhälle med dess invånare som det skall betjäna. Ju större detta avståndet är desto svårare blir det att nå varandra inom t ex hälsosektorn och här kommer betydelsen av socialt arbete in på nytt. Oftast är det resursbrist inom det formella systemet som gör detta funktionsodugligt - dessutom saknas, särskilt i gamla normativa system, förmågan att improvisera. Det är då som mer eller mindre formella, socialt stöd-

jande organisationer och dessas medarbetare kommer in i bilden och utgör ett fantastiskt fint arbete.

Just samverkans stora betydelse inom hälsovården och folkhälsoarbetet, mellan formella och informella nätverk, var föremål för intensiva överläggningar vid WHO's senaste världshälsoförsamlings möte i Geneve där den sociala dimensionens allt större betydelse för individens hälsa och välbefinnande belystes och betonades.

Hälsa, jämlikhet och etik

Ett stort antal svenska och internationella studier visar att de flesta sjukdomar samvarierar med den sociala situationen; klass, sjukdom och ohälsa hänger samman! Ju lägre socialklass desto större blir sjuklighet beroende på miljö och socioekonomiska levnadsförhållanden men också på utbildning och bristen på alternativa möjligheter. Inom alla FN system och då särskilt inom WHO är jämlikhetsmålet överordnat. Men tyvärr saknas det fortfarande, både nationellt och internationellt, politisk vilja och kraft och ibland dessutom resurser, för att utjämna utjämnbara skillnader mellan olika socialgrupper i samhället. Spädbarnsdödligheten t ex är 10 ggr högre i Östra Europa än i Skandinavien och medellivslängden 10 år kortare inom vissa områden där socio-ekonomiska förhållanden är särskilt svåra. Stora skillnader inom vårt eget geo-politiska närområde, t ex Balticum, kopplar den socio-ekonomiska debatten också till den etiska. Vad är rättvist och etiskt försvarbart inom likartade socio-kulturella strukturer? Det internationella samhället reagerar ofta kraftigt och snabbt i en värld med snabba kommunikationsmöjligheter. Vi har under senare år sett många exempel på detta, t ex de rumänska, institutionaliserade HIV-smittade barnen; en rad internationella organisationer och frivilliga krafter är alltid beredda att hjälpa - men på lite längre sikt måste länderna själva bygga upp de organisationer och strukturer som erfordras. Ett politiskt incitament att påverka utvecklingen uppstår efter som det etiska/moraliska trycket ökar med ökad öppenhet, både nationellt och internationellt. Det är i detta perspektivet som trots allt den internationella diskussionen bidrar till att ge länder moraliskt stöd så att de själva kan föra upp

Vad är rättvist och etiskt försvarbart inom likartade sociokulturella strukturer

Den internationella diskussionen bidrar till att ge länder moraliskt stöd så att de själva kan föra upp social jämlikhet på den politiska dagordningen

frågan om social jämlikhet på den politiska dagordningen. Den politiska ambitionen och stödet behövs - i de flesta större städer världen över kan man ofta inom loppet av någon halvtimme göra en färd mellan två världar - mellan 'west side and east side', för att under resans gång konstatera egentligen oacceptabla skillnader i ohälsotal.

Vad kan då göras?

Alla "stora" - FN, UNICEF, Världsbanken och WHO - och nu inom Europa också Europarådet och Europeiska Unionen har fört upp den sociala dimensionen på dagordningen och därmed i en rad resolutioner uppmanat medlemsstater att verka för större jämlikhet inom folkhälsoområdet och för social rättvisa och mänskliga rättigheter.

Nå hjälper detta?? Ja, på något sätt gör det ändå det i den internationella dialogen; det blir legitimt, man får som internationell hälsoarbetare både rättighet och skyldighet att ta upp sociala faktorerens betydelse för hälsan till diskussion i olika överläggningar om t ex ekonomiskt stöd för fortsatt utvecklingsarbete.

I den nu så intensiva EU-debatten hörde vi här i Sverige rätt mycket om EUs sociala dimension och subsidiaritetsprincipen - närhetsprincipen - ett begrepp som introducerades hos oss för bara ett par år sedan. Men begreppet är äldre än så, det lanserades redan 1931 och då av påven Pius XI i en rundskrivelse, encyklica, för att betona betydelsen och vikten av social småskalighet som stöd och hjälp för den enskilde individen. Först när samhällets möjligheter var prövade och utdömda skulle hjälp komma från närmaste högre nivå. Det sociala progressiva samhället skulle ha som mål att öka jämlikheten och bidra till individens utveckling, allt för att hjälpa den enskilde med hjälp till självhjälp. På så vis knyter närhetsprincipen an till traditionen i allt socialt arbete; att försöka stödja och hjälpa. Det finns ofta ett nära samband med just kurators sätt att arbeta och den enskilda människans behov av hjälp, stöd och tröst. Inte minst gäller det bland särskilt utsatta människor, bland barn och ungdomar på samhälls skuggsida, bland låginkomsttagare i socialt pres-

Kuratorn måste alltid få en central roll i kraft av sin professionella kompetens och erfarenhet

sade situationer och bland de allt fler gamla som i sin isolering på olika sätt får det allt svårare att nå fram till stöd och hjälp. Kuratorn kan medverka till att bryta den onda cirkeln som går från sociala problem till ohälsa. De kunskaper och erfarenheter som behövs för att fånga upp tidigare varningssignaler måste kanske ytterligare förbättras både inom kuratorsverksamheten och inom den traditionella skolmedicinen; två professionella kulturer som ibland haft svårt att förstå varandra kan genom samverkan finna nya former för hälsofrämjande och rehabiliterande åtgärder. Sådan medverkan blir allt viktigare i ett hälso- och sjukvårdsklimat där konkurrensen i ett köp-säljssystem ofta gör kurators "kunder" olönsamma på vårdmarknaden! Kuratorn måste alltid ha en central roll i kraft av sin professionella kompetens och erfarenhet, som expert och rådgivare och för att ständigt påminna om den sociala dimensionens betydelse inom hälso- och sjukvårdens område.

Anslag ur stiftelsen

SVENSKA SOCIALVÅRDS- FÖRBUNDETS SAMFOND

Stiftelsen Svenska Socialvårdsförbundets samfond har tilluppgift att förvalta ett antal donationsfonder.

Fondernas avkastning skall, med särskild inriktning mot den kommunala barn- och ungdomsvården samt äldreomsorgen, användas för

- att främja forskning och utveckling inom socialt arbete,
- utbildning - dock ej grundutbildning- samt
- studieresor.

Ansökan om bidrag kan göras före den 1 april 1996 hos Stiftelsen Svenska Socialvårdsförbundets samfond. Blankett rekvireras på nedanstående talong, som sänds till Svenska Kommunförbundet, Samfonden, 118 82 Stockholm, eller per fax 08- 643 47 52.

Inkomna ansökningar kommer att behandlas under maj månad av stiftelsens styrelse. Föredragande i styrelsen är Boel Callermo, tfn 08-772 43 27



SVENSKA KOMMUNFÖRBUNDET

Var god sänd blankett om bidrag från Stiftelsen Svenska Socialvårdsförbundets samfond.

Namn.....

Adress.....

Postadress.....

Källa: Socialmedicinsk tidskrift, nr x 1996