

Hälsopolitiska jämlikhetsperspektiv

Göran Dahlgren

Hälsopolitik som syftar till att utjämna skillnader i ohälsa mellan olika socioekonomiska grupper kräver ett tvärsektorielt arbete, där insatser från flera olika samhällssektorer samverkar i syfte att undanröja hälsorisker och öka människors möjligheter att välja hälsosamma levnadsvanor.

Göran Dahlgren är departementsråd i Socialdepartementet.

En god hälsa upplevs av de flesta som den viktigaste delen av vår välfärd. Samtidigt kan konstateras att det såväl politiskt som professionellt är en mycket begränsad diskussion om fördelningen av denna välfärdskomponent. Detta blir särskilt tydligt om man jämför med den bostadspolitiska och skattepolitiska debatten där ett fördelningspolitiskt perspektiv ständigt är närvarande.

Kunskaper om de skillnader som finns mellan olika social- och yrkesgrupper vad avser möjligheten att leva ett hälsosamt liv utgör en förutsättning för att man politiskt ska kunna utarbeta en konkret jämlikhetsstrategi även inom detta centrala område av välfärdspolitiken.

Hälsopolitiska jämlikhetsmål har getts en central position inom WHO:s strategi för hälsa för alla år 2000. Således har det första målet i Europaregionens strategi formulerats som en 25 %-ig minskning och skillnaderna i hälsotillstånd mellan länderna och mellan grupper inom länderna genom en förbättring av hälsan hos underprivilegierade nationer och grupper.

Hälsopolitiska riskgrupper

HS 90-utredningen avgränsade ett antal grupper

som var utsatta för fler och mer frekventa hälso-
problem än andra grupper i samhället:

- Gruv- och stålverksarbetare, grovarbetare, stuveri- och lagarbetare, hushålls- och servicearbetare är exempel på *riskyrlen*. Alla dessa finns bland manuella arbeten. Särskilt utsatta är arbetare i yrken utan krav på yrkesutbildning. Även inom tjänstemannagruppen finns stora skillnader. Högre tjänstemän och jordbrukare har enligt flertalet tillgängliga källor en mycket bättre hälsa.

Utöver dessa grundläggande skillnader mellan yrkesgrupperna kan man avgränsa följande riskgrupper:

- *Arbetslösa* är utsatta för hälsorisker som hör samman med att de är berövade den tillfredsställelse och utveckling som arbetet kan ge.
- *Ensamboende* har betydligt sämre hälsa än samboende. Frånskilda medelålders män har en kraftig överdödlighet. Social isolering och missbruk spelar därvid en väsentlig roll. Ensamstående mödrar har ofta psykiska besvär och röker mera än andra. De har tung försörjningsbörda och ofta ekonomiska svårigheter.
- *Utländska medborgare* – särskilt kvinnor – har oftare värk och psykiska besvär. I synnerhet Sydeuropeiska invandrare kommer ofta ur ekonomiskt extremt små omständigheter. De har jämfört med den svenska befolkningen, oftare jäktiga och enformiga arbeten, låg inkomst och sämre bostad. De upplever också sitt hälsotillstånd som sämre.

Även om dessa riskgrupper i första hand gäller vuxna måste det betonas att effekten av deras levnadsvillkor och levnadsvanor i minst lika hög grad påverkar barnens hälsa. De är välkänt att barnens

levnadsvillkor inte kan skiljas från de vuxnas och att väsentliga sjukdomsorsaker hos barnen kan relateras till föräldrarnas situation.

– *Riskgrupper bland barn* återfinns ofta i familjer där föräldrarna har låg inkomst, låg utbildning och mer eller mindre markerade sociala och psykiska problem. De har många gånger två till tre och ibland upp till tio gånger oftare olika typer av hälsoproblem och beteendestörningar.

Vad kan och bör denna kunskap om ohälsans fördelning innebära för hälsopolitiken?

Jag ska i första hand beröra två aspekter:

1. Konsekvenser för den allmänna välfärds- och folkhälsopolitiken.

2. Konsekvenser för det förebyggande arbetet.

En tredje konsekvens som gäller fördelning av hälso- och sjukvårdsresurser ska behandlas i en annan artikel i detta temanummer.

En samlad folkhälsopolitik

Man kan dra paralleller mellan den politik som syftar till ekonomisk utveckling och tillväxt och en politik som syftar till förbättrad folkhälsa.

Det finns idag en lång rad samordnings- och styrfunktioner i samhället som syftar till att förena bidrag från praktiskt taget alla samhällssektorer i syfte att uppnå ekonomisk tillväxt. På motsvarande sätt är det åtminstone i ett historiskt perspektiv allmänt accepterat att de stora förbättringar som har skett av befolkningens hälsa är ett resultat av en mångfald av insatser inom bostadspolitik, arbetsmiljölagstiftning, jordbrukspolitik, sjukvårdsutbyggnad etc. Men det är inte lika självklart att diskutera den framtida hälsoutvecklingen utifrån ett tvärsektorielt perspektiv. Ändå kan man för flertalet av dagens stora sjukdomsgrupper peka på att förhållanden inom arbetsmiljö, bostadsmiljö, kost- och tobaksvanor m.m. spelar en väsentlig roll för sjukdomens uppkomst och inte minst dess fördelning mellan olika socioekonomiska grupper i befolkningen.

Denna insikt har föranlett regeringen att i 1985 års hälsopolitiska proposition (prop 1984/85: 181) förorda två kompletterande ansatser:

En som gäller ett fortsatt arbete med underlag för hälsopolitiska program för förebyggande insatser

mot olika hälsoproblem mot bl.a. cancer, hjärt-kärlsjukdom, olycksfall m.m. Och en annan som bygger på underlag för hälsopolitiska sektorsprogram för boendemiljön, arbetsmiljön, arbetsmarknad- och sysselsättningspolitik, kost- och näringspolitik m.m. Ansatsen kan illustreras med nedanstående hälsopolitiska matris. (Figur 1)

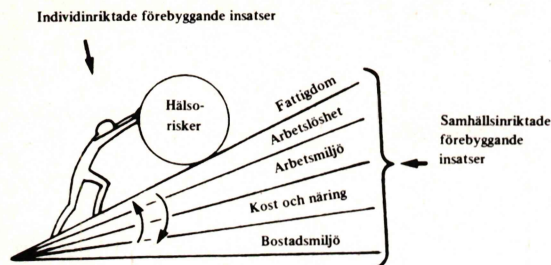
Figur 1. Den hälsopolitiska matrisen enligt HS 90 (SOU 1984:40)

	Hjärt-kärlsjukdom	Psykisk ohälsa	Rörelseorganens sjukdomar	Tumörer	Skador	Andningsorganens sjukdomar
Social uppväxtnmiljö	*	**				
Social arbetsmiljö och arbetslöshet	**	**			*	
Fysisk arbetsmiljö		*	**	**	**	**
Social bostadsmiljö		*				
Fysisk bostadsmiljö				*	**	*
Luft/vatten föroreningar				*		*
Trafik				*	**	*
Kost	**			**		*
Alkohol och droger		**		*	**	*
Tobak	**			**		*

Om man startar med ett avgränsat hälsoprogram som t.ex. olycksfall, hjärt-kärlsjukdomar eller cancer kan man beskriva dess incidens och underliggande orsaksmekanismer. På detta sätt kan man uppnå en bild av de olika orsakerna och de samhällssektorer inom vilka de kan identifieras och åtgärdas. En sådan analys utgör kunskapsunderlaget för ett *hälsopolitiskt program* för ett givet hälsoproblem. Detta bör också innehålla förslag till förebyggande åtgärder inom de olika sektorerna inklusive hälso- och sjukvårdssektorn. En sådan redovisning kan vara speciellt användbar för en lokal samordning av landstingets och andra myndigheters agerande.

Man kan också anlägga ett sektoriellt perspektiv dvs. beskriva olika sjukdomars orsaker som hänförs till en och samma sektor exempelvis jordbruks- och livsmedelssektorn. Sjukvårdens roll i detta perspektiv är ju att förmedla kunskapen om de hälsopolitiska konsekvenserna av beslut om olika åtgärder eller brist på åtgärder inom andra sektorer. En viktig del av denna kunskap gäller identifiering av hälsorisker och dessa riskers socioekonomiska och geografiska fördelning. Eftersom orsakerna till de

Figur 2. Samspelet mellan individinriktade och samhällsinriktade förebyggande insatser.



sociala klyftorna i ohälsans fördelning i första hand kan hänföras till orsaksmekanismer utanför hälso- och sjukvårdens område blir det tvärssektoriella perspektivet särskilt viktigt.

Samtidigt är det givetvis väsentligt att nå fram med de individinriktade insatserna till de grupper som löper störst risk för ohälsa.

I 1985 års hälsopolitiska proposition har detta speciellt betonats liksom att hälsoupplysningen dels bör inkludera information om kunskap om sådana risker som individen själv kan fatta beslut om och dels om sådana risker som endast kan förändras genom kollektiva beslut.

Peter Hjort har illustrerat samspelet mellan individinriktade och samhällsinriktade förebyggande insatser med *figur 2*.

Vi är alla utsatta för olika hälsorisker. Några har av olika skäl valt mindre hälsosamma levnadsvanor, andra försöker öka sin förmåga att rulla bollen uppför backen genom fysisk träning m.m. Det är emellertid många hälsorisker i våra levnadsvillkor som inte kan förändras av individen utan endast genom kollektiva, samhälleliga insatser. De grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna i samhället är hänvisade till den brantaste uppførsbacken. Nog så enträgna individuella försök att rulla bollen uppför backen kan lätt vara dömda att misslyckas om man inte genom samhällsinriktade insatser minskar lutningen. Att minska backens lutning och därmed öka möjligheten att leva ett hälsosamt liv för dem som idag är utsatta för de största hälsoriskerna är kärnan i en hälsopolitisk jämlikhetsstrategi. Ett konkret mål för denna folkhälsopolitik bör vara att arbetare och lägre tjänstemän år 2000 minst har uppnått samma hälsotillstånd som idag gäller för de mest gynnade grupperna i vårt land.