

Kunskapsunderlag:
Vad är ojämlikhet i hälsa?

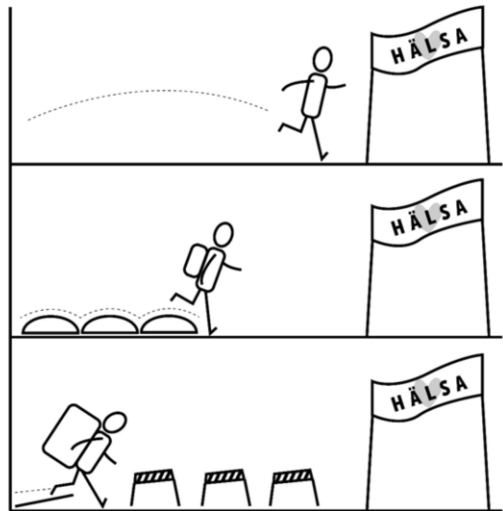
Avdelning folkhälsa och hållbarhet, Region Gävleborg

Innehåll:

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

Vad är ojämlikhet i hälsa?

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



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

Vad är ojämlikhet i hälsa?

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

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

Skillnad mellan hälsa i grupp och på individnivå

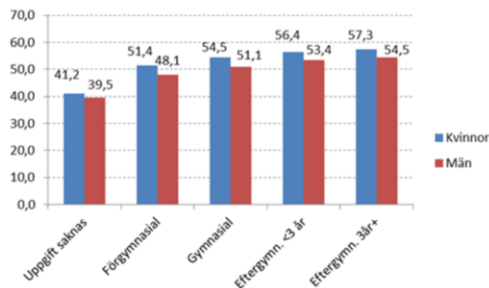
Skillnader i hälsa mellan grupper skiljer sig från skillnader i hälsa mellan individer. Att nivån av hälsa kan variera mellan individer, eller för en individ över tid, är något som kan ses som acceptabelt och behöver inte upplevas som orättvist eller orättfärdigt. Att nivån av hälsa varierar mellan olika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

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

Vad är ojämlikhet i hälsa?

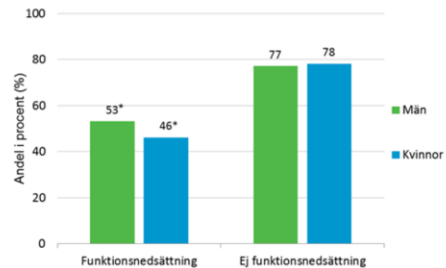
”Systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position”.

Figur 2.4 Återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå 2015, kvinnor och män



Källa: SCB.

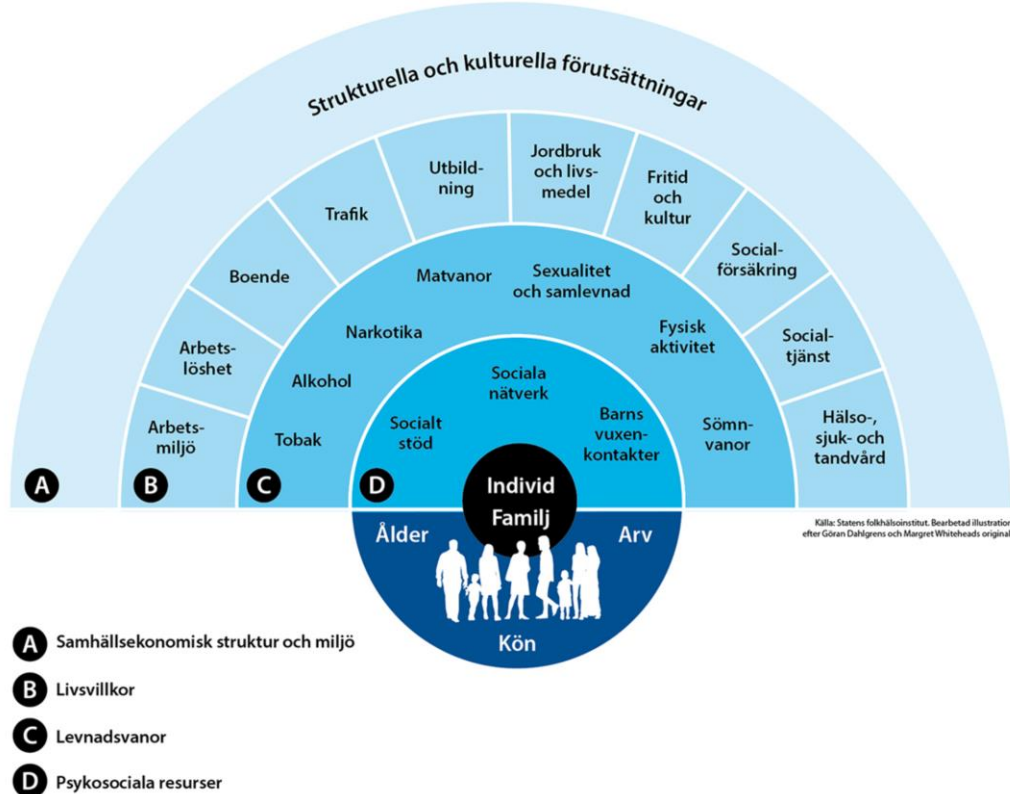
Självskattad god hälsa, efter kön och funktionsnedsättning, Gävleborgs län år 2014



Hur ojämlikhet i hälsa uttrycks och mäts

Vi mäter ofta ojämlikhet i hälsa som skillnader i självuppskattad hälsa, sjukdom, sjukdomsrisk, eller förväntad medellivslängd mellan olika grupper befolkningen. Systematiska skillnader i hälsa mellan grupper i befolkningen kan både uttryckas som en *hälsogradient* genom hela befolkningen, och som en *särskild utsatthet* för särskilda riskgrupper. En hälsogradient är en stegvis ändring av hälsa med stegvis ändring av social position: ju högre social position, desto högre chans för god hälsa (se figuren till vänster ovan). Ojämlikhet i hälsa ser vi också i skillnader mellan särskilt utsatta riskgrupper i jämförelse med övriga befolkningen. I Gävleborgs län ses till exempel en genomgående trend för sämre hälsa, och sämre förutsättningar för hälsa, bland personer med någon typ av funktionsnedsättning (se figuren till höger ovan).

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



Hälsans bestämningfaktorer och livsvillkor

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

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

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

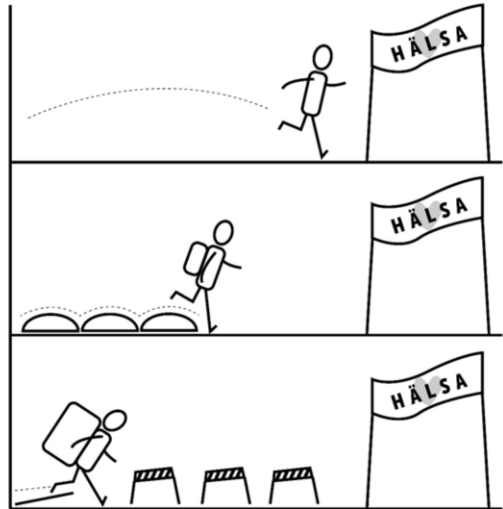
Hälsans fördelning i en befolkning, om den fördelas jämlikt eller ojämlikt mellan grupper i en befolkning, är alltså främst en fråga om fördelning av livsvillkoren och de möjligheter och resurser som individ och samhälle skapar tillsammans. Därmed är hälsans fördelning i en befolkning inte en fråga för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

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

Hur uppstår ojämlikhet i hälsa?

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

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



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

Två processer som samverkar genom livet

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

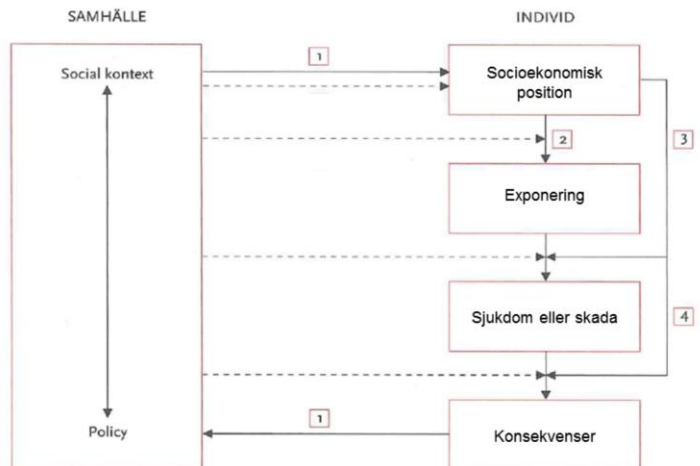
Ojämlik fördelning av livsvillkor ger i sin tur ojämlikheter i risk för ohälsa, i sårbarhet för ohälsa; och i konsekvenser av ohälsa. Hälsa är därmed både en förutsättning för och ett resultat av andra viktiga resurser (utbildning, arbete, försörjning etc.)

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

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

Hur uppstår ojämlikhet i hälsa?

Modell över samband mellan samhälle, social position och hälsa.



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

Fyra spår ger en fördjupad bild av de två processerna

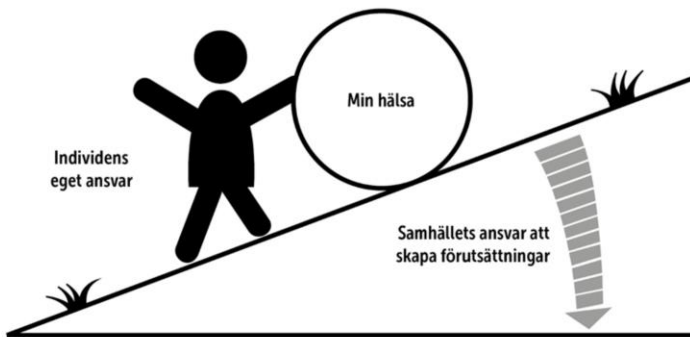
För att fördjupa resonemanget skulle vi kunna beskriva de två samverkande processerna (se föregående sida) genom fyra spår som kan skapa systematiska skillnader i hälsa:

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

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

Hur uppstår ojämlikhet i hälsa?

Samspel mellan individens resurser och samhällets resurser.



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

Kommissionen för jämlik hälsa

Ett samspel mellan individ och samhälle

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

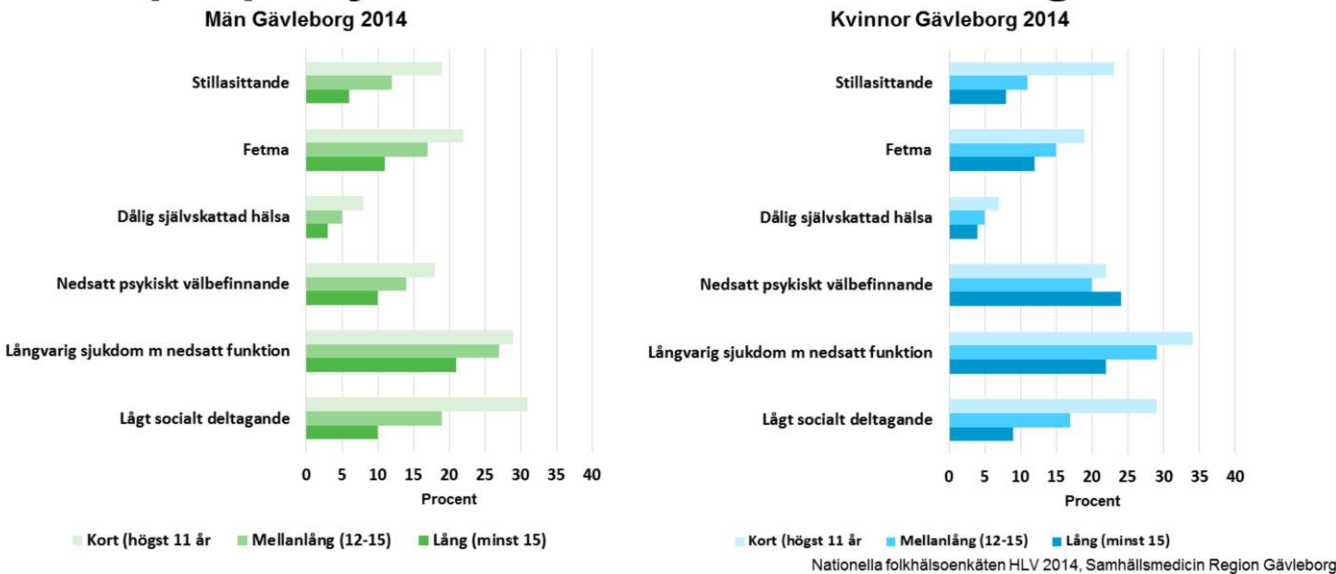
Kommissionen för jämlik hälsa beskriver samspelet mellan individ och samhälle som att alla individer har, inom ramen för sitt beslutsutrymme, ett eget ansvar - och att samhället har ett ansvar för att skapa förutsättningar så att människor får ett rimligt beslutsutrymme, samt för att ge stöd till enskilda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

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

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

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

Exempel på ojämlikhet i hälsa i Gävleborgs län



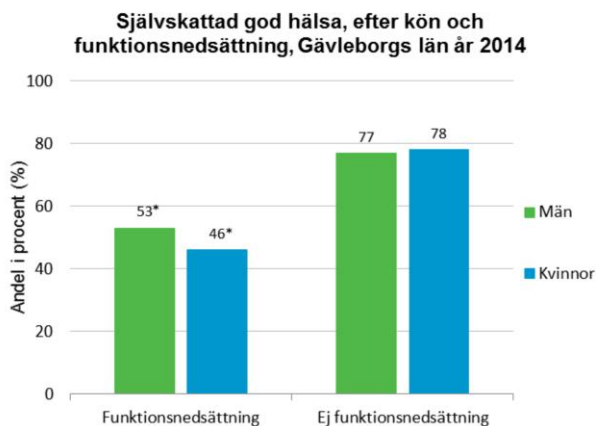
Figurerna ovan visar exempel på systematiska skillnader i hälsa och i bestämningsfaktorer för hälsa i Gävleborgs län. Den vänstra gröna figuren visar män, och den högra blå figuren visar kvinnor. Båda figurerna har fördelats över utbildningsnivå: ju mörkare färg desto högre utbildningsnivå.

Så väl vid självskattning av dålig hälsa och nedsatt psykiskt välbefinnande (män), som vid faktisk långvarig sjukdom, stillasittande och lågt socialt deltagande ses tecken på systematiska skillnader i hälsa kopplat till utbildningslängd.

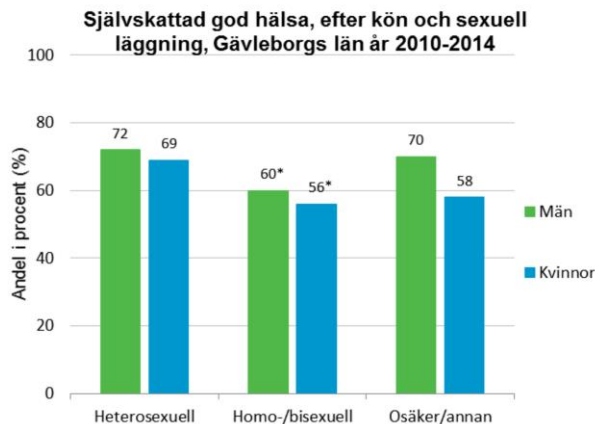
Självrapporterat allmänt hälsotillstånd har i en mängd studier visat sig vara ett bra mått på hälsa. Måttet är bland annat kopplat till ett ökat vårdbehov och en ökad risk för dödlighet. Det är därför en fråga av central betydelse för att kartlägga och följa hälsoutvecklingen i olika befolkningsgrupper. Frågan om självskattad hälsa är i den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" formulerad: "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?". Svartalternativen är: mycket bra, bra, någorlunda, dåligt och mycket dåligt.

Utbildningsnivå är det mest vanligt förekommande sättet att visa systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper. Framförallt beror det på tillgång på data om utbildningsbakgrund i befolkningen. Minns att indelningsgrund för sociala grupper, i detta fall utbildningsnivå, inte är samma sak som orsaken till skillnaderna i hälsa mellan sociala grupper.

Exempel på ojämlikhet i hälsa i Gävleborgs län



Källa: HLV (2014) och Samhällsmedicin



Nationella folkhälsoenkäten HLV 2014, Samhällsmedicin Region Gävleborg

I figurerna ovan ser vi exempel på tendenser till systematiska skillnader i självskattad hälsa när indelningen i sociala grupper istället görs på funktionsnedsättning respektive sexuell läggning.

Genomgående i vår statistik över hälsa, och bestämningsfaktorer för hälsa, i länet ses skillnader mellan personer med, och personer utan, funktionsnedsättning. Att ha en funktionsnedsättning behöver inte betyda försämrad hälsa, även om det kan vara en hälsorisk. Folkhälsomyndigheten uppskattar att en stor ansamling av ohälsa finns hos människor med funktionsnedsättning. I vissa fall finns ett direkt samband mellan funktionsnedsättningen och nedsatt hälsa, men en stor del av ohälsan härrör inte till funktionsnedsättning, utan till livsvillkor. Brist på inflytande, ekonomisk otrygghet, diskriminering, brist på tillgänglighet, delaktighet och inflytande är exempel på sådana livsvillkor. Exempelvis förvärvsarbetar personer med funktionsnedsättning i lägre utsträckning än personer utan funktionsnedsättning, särskilt utmärkande är det bland kvinnor där 55 respektive 80 procent är förvärvsarbetande.

I den vänstra figuren ovan ser vi att andelen funktionsnedsatta män, respektive kvinnor, som skattar sin hälsa som god var 53 procent respektive 46 procent år 2014. Bland ej funktionsnedsatta män respektive kvinnor var andelen med självskattad god hälsa betydligt högre, 77 procent respektive 78 procent. Skillnaderna som visas här statistiskt säkerställda, vilket betyder att andelen funktionsnedsatta män och kvinnor med självskattad god hälsa var statistiskt säkerställt lägre jämfört med andelen ej funktionsnedsatta män och kvinnor, det beror ej på slumpen.

En annan genomgående trend i våra och i nationella undersökningar är att HBT-personer (homo-och bisexuella samt transpersoner) generellt har sämre hälsa jämfört med övriga i befolkningen. Här skulle det dock behövas ytterligare studier och undersökningar om hälsa bland HBT-personer, idag saknas regelbunden uppföljning och de data som finns är begränsade.

Från Hälsa på lika villkor-undersökningarna från 2010 och 1024 kan vi (högra figuren ovan) se att andelen män med heterosexuell läggning som rapporterar bra eller mycket bra självskattad hälsa var 72 procent för åren 2010 och 2014 gemensamt. Bland män med homo- eller bisexuell läggning har en statistiskt säkerställd lägre andel uppgett att de skattar sin hälsa som bra eller mycket bra: 60 procent. Även bland kvinnor är andelen med homo- eller bisexuell läggning statistiskt säkerställt lägre, 56 procent, jämfört med kvinnor med heterosexuell läggning, 69 procent.

Figuren ovan visar också att bland män och kvinnor som angett annan eller osäker sexuell läggning rapporterar 70 procent, respektive 58 procent, god eller mycket god självskattad hälsa, vilket för män är i nivå med referensgruppen, och för kvinnor inte är en statistiskt säkerställd skillnad.

Vad kan göras för att minska ojämlikhet i hälsa?

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



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

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

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

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

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

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

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

Starta med befintliga verksamheter!

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

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

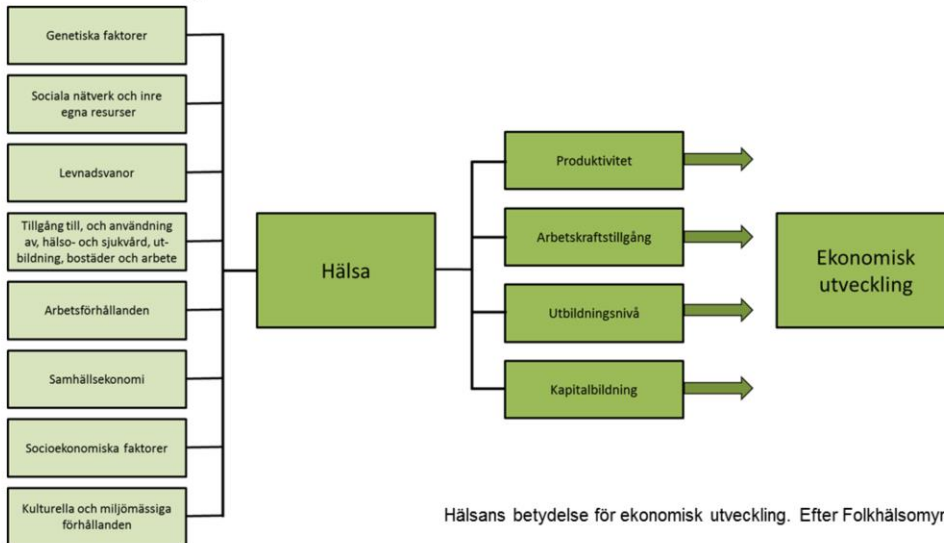
Utifrån att åtgärder för att minska skillnader i hälsa handlar om ett tålmodigt arbete och att genomföra det befintliga uppdraget ännu lite bättre är kärnverksamheterna i kommunal, regional och statlig offentlig sektor centrala i skapandet av en god och jämlik hälsa i befolkningen. Skolsystem, boende-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

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

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

På vår hemsida www.regiongavleborg.se/jamlikhalsa har vi samlat alla åtgärder föreslagna av Kommissionen för jämlik hälsa. Dessa åtgärder finns sorterade på vad kommuner kan göra och vad landsting/regioner kan göra för att skapa en god och jämlik hälsa i befolkningen. Till detta finns också en mall för aktivitetslista fri att använda för den som vill planera sina åtgärder för en god och jämlik hälsa för ett hållbart Gävleborg.

Varför jämlikhet i hälsa?



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

Avslutningsvis

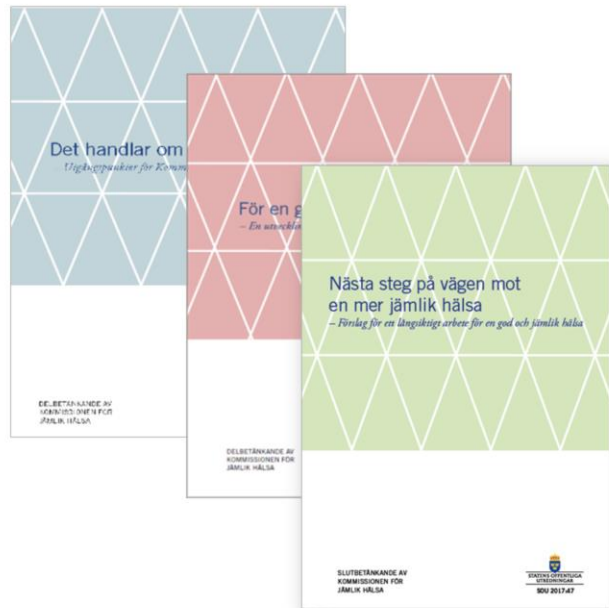
Detta kunskapsunderlag har fokuserat på vad ojämlikhet, eller systematiska skillnader, i hälsa är; hur det uppstår; och hur det kan åtgärdas. Avslutningsvis ska vi också beskriva *varför* systematiska skillnader i hälsa bör åtgärdas, och varför vi bör sträva mot en god och jämlik hälsa för hela befolkningen.

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

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

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

Tips för dig som vill läsa mer!



Prop. 2017/18:249 God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik
<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/>

SOU 2017:47 Kommissionen för jämlik hälsa: Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa
<http://kommissionjamlikhalsa.se/publikationer>

SOU 2016:55 Kommissionen för jämlik hälsa: Det handlar om jämlik hälsa
<http://kommissionjamlikhalsa.se/publikationer>

Göteborgs stad: Jämlikhetsrapporter från 2017 respektive 2014
<https://goteborg.se/wps/portal/enhetssida/jamlikt-goteborg/rapporter/>

Östgotakommissionens slutrapport: För folkhälsa
<https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/266425/Folkhalsorapport.pdf>

Sveriges kommuner och landsting SKL: Gör jämlikt - gör skillnad!
<https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/gor-jamlikt-gor-skillnad-.html>

Kommission för ett socialt hållbart Malmö: Malmös väg mot en hållbar framtid: Hälsa, välfärd och rättvisa. https://malmo.se/download/malmokommissionen_slutrapport_2014.pdf

Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008.

UCL Institute of Health Equity: Fair Society Healthy Lives: The Marmot Review. London: UCL Institute of Health Equity, 2010.

Marmot & Wilkinson: Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization, 2006.

Rostila & Toivonen (red) Den orättvisa hälsan: Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Liber 2012.

Pickett & Wilkinson: Jämlikhetsanden - Därför är jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen. Karneval förlag, 2010.

Marmot: Statussyndromet: Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Natur och Kultur, 2004.

Tips för dig som vill veta mer om läget i länet!

www.regiongavleborg.se/smg



The screenshot shows the website for 'Samhällsmedicin' (Community Medicine) at Region Gävleborg. The page has a green header with the logo and a search bar. Below the header is a navigation menu with links for 'Hälsa & vård', 'Kultur', 'Jobb & utbildning', 'Regional utveckling', 'Politik', 'Om oss', and 'A-Ö'. A dropdown menu for 'Våra webbplatser' is visible. The main content area features a sidebar with links to 'Rapporter och publikationer', 'Arkiv för rapporter och publikationer', 'Hälsoläget i Gävleborg', 'Om oss', and 'Kontakt'. The main heading is 'Samhällsmedicin' with a green graphic of buildings and data points. Below the graphic, the text states: 'Samhällsmedicin är en strategisk analys- och uppföljningsenhet inom Region Gävleborg. Förvaltningen arbetar med beslutsstöd och kvalificerad analys, på uppdrag av regiondirektör. Verksamheten vilar på kunskapsbaserade metoder och vetenskapligt förhållningssätt.'

Nulägesbeskrivningar av hälsans fördelning i befolkningen i Gävleborgs län finns i de kunskapsunderlag som ligger till grund för Folkhälsoprogrammet respektive handlingsplanen: [Folkhälsa i Gävleborg en kunskapssammanställning 2014](#) samt [Folkhälsa i Gävleborg ett diskussionsunderlag 2016](#).

Kunskapsunderlag om hälsoläget i befolkningen, och utveckling över tid, finns även i [läns- och kommunprofiler](#) samt genom [den nationella folkhälsoenkäten](#).

Om ni vill läsa mer om socioekonomiska grupper i befolkningen i Gävleborgs län: http://www.regiongavleborg.se/globalassets/landstinget_a-o/samhallsmedicin/publicerat/rapporter/2016/befolkning-socioekonomi-och-halsa---kunskapsunderlag-gavleborgs-lan-och-kommuner.pdf

Om ni vill läsa mer om hälsoekonomiska beräkningar för hälsofrämjande insatser: <http://www.regiongavleborg.se/a-o/Samhallsmedicin/halsolaget-i-gavleborg/halsoekonomiska-berakningar/>