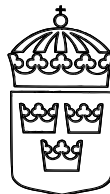


# Kommittédirektiv

En kommission för jämlik hälsa



Dir.  
2015:60

---

Beslut vid regeringssammanträde den 4 juni 2015

## Sammanfattning

En kommitté – en kommission för jämlik hälsa – ska lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Kommissionens huvudsakliga fokus ska vara hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Hälsoskillnader mellan könen ska genomgående uppmärksammas i kommissionens arbete. Kommissionen ska i sitt arbete även förhålla sig till det strategiska arbetet för en ekologiskt, ekonomiskt och socialt hållbar utveckling. Arbetet ska utgå från befintlig och vetenskapligt grundad kunskap om olika faktorerens betydelse för folkhälsan och om strategier och åtgärder som bidrar till minskade ojämlikheter i hälsa. Kommissionen ska även beakta relevanta resultat och erfarenheter från liknande initiativ på lokal och regional nivå i Sverige, i andra länder samt i EU-samarbetet och övrigt internationellt samarbete. Till grund för kommissionens uppdrag ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation.

Kommissionen ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete. Resultatet av kommissionens arbete ska slutredovisas senast den 31 maj 2017.

## Bakgrund

Folkhälsan i Sverige utvecklas positivt för befolkningen som helhet. De flesta kan se fram emot ett både längre och friskare liv än tidigare generationer. Ur hälsosynpunkt är Sverige ett bra

land att leva i. En god hälsoutveckling i befolkningen är av grundläggande betydelse för samhällsutvecklingen i stort. Att främja hälsa och förebygga sjukdom skapar förutsättningar för långsiktig hållbarhet.

Den goda hälsan är dock inte jämlikt fördelad i befolkningen, vilket till stor del hänger samman med att människor lever under olika socioekonomiska förhållanden. Till exempel är den återstående medellivslängden vid trettio års ålder fem år kortare bland både kvinnor och män med kort utbildning jämfört med kvinnor och män med lång utbildning. Skillnaderna har dessutom ökat under de senaste decennierna. Bland kvinnor med endast grundskoleutbildning har t.ex., till skillnad från andra grupper, den återstående medellivslängden vid trettio års ålder nästan inte ökat alls under den senaste tjugoårsperioden.

Hälsoklyftorna mellan olika socioekonomiska grupper är tydliga nästan oavsett vilket hälsoproblem det gäller. Risken att insjukna i hjärtinfarkt är t.ex. i alla åldersgrupper högre bland både kvinnor och män med kortare utbildning. För kvinnor med enbart förgymnasial utbildning har risken dessutom ökat under de senaste decennierna. Kvinnor med enbart förgymnasial utbildning löper högre risk än andra att både insjukna och dö i cancer. Även när det gäller t.ex. tandhälsa, fetma och allmänt hälsotillstånd slår de socioekonomiska skillnaderna igenom. Skillnaderna märks även när det gäller flickors och pojkars hälsa. Barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer löper t.ex. större risk att av olika skäl bli inskrivna på sjukhus. Särskilt tydlig är skillnaden när det gäller inskrivningar på grund av psykisk ohälsa. Barn som lever under mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden löper också en större risk att drabbas av skador till följd av olyckshändelser. Exponering för olika skadliga miljöfaktorer under barnaåren kan också vara en bidragande orsak till hälsoskillnader bland barn.

Möjligheten att arbeta ett helt arbetsliv varierar också för olika grupper i befolkningen. Detta får betydelse för individens ekonomi, särskilt under tiden som pensionär. Det finns även studier som tyder på att sjukfrånvaro hos föräldrar har betydelse för deras barns sjukfrånvaro som vuxna.

Vid sidan av hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper finns även skillnader som kan kopplas till exempelvis kön, funktionsnedsättning och etnisk tillhörighet (se vidare under uppdraget).

Samhällsförändringar som t.ex. en ökande migration, urbanisering och en åldrande befolkning medför också särskilda utmaningar i arbetet med att nå en jämlik hälsa i befolkningen.

Hälsoklyftorna hänger nära samman med människors position i samhället och möjligheter till delaktighet och inflytande, vilket bl.a. påverkas av utbildnings- och inkomstnivå samt anknytning till arbetsmarknaden. Det finns också ett nära samband mellan hälsa och välfärd eftersom goda levnadsförhållanden och livsvillkor är förutsättningar för en god folkhälsa.

#### *Samhälleliga förutsättningar – folkhälsopolitikens fokus*

De samhälleliga förutsättningarnas betydelse för folkhälso-utvecklingen har i Sverige bl.a. lyfts fram i propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35), där den grundläggande inriktningen för det svenska folkhälsoarbetet beskrivs. Enligt propositionen ska folkhälsoarbetet i första hand inriktas på folkhälsans bestämningsfaktorer, dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar folkhälsan. Genom att fokusera på bestämningsfaktorerna och deras utveckling kan resultaten av politiska beslut följas upp mer effektivt. Mot bakgrund av att folkhälsans bestämningsfaktorer återfinns inom en rad samhällsområden måste folkhälsopolitiken bedrivas tvärs-sektoriellt. Även generationsmålet och miljö kvalitetsmålen som har beslutats av riksdagen har betydelse för människors hälsa.

En ytterligare utgångspunkt för folkhälsoarbetet är alla människors lika värde. Det betyder bl.a. att varje individ har rätt att utvecklas efter sina personliga förutsättningar. Individens socioekonomiska förutsättningar påverkar både levnadsvanor och hälsa. Det är särskilt angeläget att folkhälsan förbättras för de grupper i befolkningen som är mest utsatta för ohälsa.

*Initiativ för jämlik hälsa*

De socioekonomiska förhållandenas betydelse för folkhälso-utvecklingen har även uppmärksammats på internationell nivå och i andra länder. Såväl Världshälsoorganisationen (WHO) som Europeiska unionen (EU) har under ett flertal år uppmärksammat de sociala ojämlikheterna i hälsa. WHO tillsatte 2005 en oberoende kommission med uppgift att verka för en global mobilisering för jämlik hälsa, *Commission on social determinants of health*, den s.k. Marmotkommissionen. Kommissionen, som leddes av Sir Michael Marmot, presenterade sina resultat 2008 i rapporten *Closing the gap in a generation*. Kommissionen gav tre övergripande rekommendationer för att minska hälsoklyftorna:

- förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv,
- motverka den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser, och
- mät och förstå problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder.

Som ett resultat av Marmotkommissionens arbete antog WHO:s Världshälsoförsamling 2009 en resolution om att medlemsländerna ska arbeta för att minska ojämlikhet i hälsa genom åtgärder som påverkar hälsans sociala bestämningsfaktorer.

WHO:s regionalkontor för Europa har genomfört en kartläggning av ojämlikheterna i hälsa inom de 53 medlemsländerna i WHO:s Europaregion. Resultaten ligger bl.a. till grund för Europaregionens övergripande policyramverk för hälsa och välbefinnande, *Hälsa 2020*, i vilket främjande av social jämlikhet i hälsa utgör en av grundpelarna.

I EU:s övergripande tillväxtstrategi, *Europa 2020*, betonas bl.a. vikten av insatser som inriktas på att bekämpa fattigdom och social utestängning samt att minska ojämlikheterna i hälsa.

Under 2009 publicerade EU-kommissionen ett meddelande (KOM (2009) 567) om ojämlikhet i hälsa. Som ett svar på meddelandet antog Europaparlamentet 2011 resolutionen *Reducing health inequalities*. I resolutionen uppmanas medlemsländerna att fortsätta sina ansträngningar att utjämna de sociala och ekonomiska skillnaderna.

Sverige har spelat en aktiv roll i de processer inom FN, WHO och EU som resulterat i resolutioner och rådsslutsatser m.m. om social jämlikhet i hälsa. Genom dessa har länderna gjort vissa frivilliga åtaganden att tillämpa ett sektorsövergripande arbetssätt (*health in all policies*) i arbetet med folkhälsans sociala bestämningfaktorer och i det sjukdomsförebyggande arbetet. Inom det internationella arbetet och i EU pågår ett löpande utvecklingsarbete inom detta område.

I våra grannländer Norge, Danmark och Finland har analyser av Marmotkommissionens förslag genomförts på nationell nivå. I den norska folkhälsovetenskapen som trädde i kraft 2012 är utjämnandet av de sociala hälsoskillnaderna ett grundläggande syfte. I Sverige presenterade Statens folkhälsoinstitut 2010 en rapport om svenska lärdomar av Marmotkommissionens arbete.

I Sverige har tvärssektoriella initiativ tagits på regional och lokal nivå, t.ex. i Västra Götalands läns landsting och i det kommunala samverkansorganet Regionförbundet Östsam samt i Malmö kommun och i Göteborgs kommun. Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting har tillsammans tagit initiativ till *Mötesplats social hållbarhet*, ett forum för att utveckla välfärden på ett socialt hållbart sätt.

## Uppdraget

Kommissionen för jämlik hälsa ska lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Kommissionens huvudsakliga fokus ska vara hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Till grund för kommissionens uppdrag ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Kommissionens förslag ska förhålla sig till det strategiska arbetet för en hållbar utveckling, i såväl ekologiskt, ekonomiskt som socialt hänseende.

Kommissionen ska i sitt arbete även beakta andra hälsoskillnader i samhället, t.ex. mellan personer med funktionsnedsättning, hbtq-personer, personer med utländsk bakgrund, det samiska folket, personer som tillhör nationella minoriteter och den övriga befolkningen. Hälsans fördelning baserat på olika

åldersgrupper bör även beaktas. Hälsoskillnader mellan könen ska genomgående uppmärksammas i kommissionens arbete. Kommissionen ska även kommentera hälsoskillnader mellan könen som inte kan förklaras av skillnader mellan socioekonomiska grupper.

Kommissionen ska genomgående tillämpa ett tvärsektorielt samhällsekonomiskt perspektiv vid analysen av såväl ohälsa som av tänkta förslag. Den ska bedriva sitt arbete utifrån ett brett folkhälsopolitiskt perspektiv och beakta faktorer som har betydelse för befolkningens hälsa inom flera områden, däribland utbildning, arbetsmarknad och arbetsliv, fritid, miljö och hälso- och sjukvård. Det breda välfärdspolitiska perspektiv för folkhälsoarbetet, som beskrivs i propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35), ska vara en utgångspunkt för arbetet, liksom det tvärsektoriellet arbetssätt (*health in all policies*) som antagits i resolutioner och rådsslutsatser inom WHO respektive EU. Genom ett sådant arbetssätt kan förslagen omfatta såväl miljöfaktorer som sociala faktorer.

Kommissionen ska överväga betydelsen av såväl generella insatser som insatser riktade till specifika målgrupper i arbetet för att minska hälsoklyftorna.

Arbetet ska utgå från befintlig och vetenskapligt grundad kunskap om olika faktorer betydelse för folkhälsan och om strategier och åtgärder som bidrar till minskade ojämlikheter i hälsa. Om kommissionen skulle identifiera väsentliga kunskapsluckor som kräver forskning utom ramen för kommissionens uppdrag bör detta belysas i kommissionens löpande rapportering.

Kommissionen ska i sitt arbete och vid utformningen av förslagen beakta relevanta resultat och erfarenheter från liknande initiativ på lokal och regional nivå i Sverige, i andra länder samt i EU-samarbetet och övrigt internationellt samarbete. Kommissionen ska även beakta de åtaganden som Sverige har gjort inom ramen för WHO- och EU-samarbetet.

Arbetet ska resultera i förslag riktade till såväl staten som kommuner och landsting, samt till andra relevanta samhällsaktörer. Kommissionen ska genom ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt aktivt verka för att de förslag som presenteras

har goda förutsättningar att få genomslag i olika beslutsprocesser och få gehör bland de samhällsaktörer som kan bidra till att minska ojämlikheterna i hälsa i samhället. Förslagen ska så långt som möjligt omfatta olika tidsperspektiv: kort perspektiv (2–4 år), medellångt perspektiv (8 år) samt en generation (25–30 år).

Det bör presenteras förslag på finansieringsmodeller som kan bidra till minskad omfattning av förebyggbara hälsoproblem och som främjar ett effektivt resursutnyttjande över tid och mellan sektorer och huvudmän.

Kommissionen ska överväga i vilken mån den nuvarande sektorsövergripande strukturen för uppföljningen av det samlade folkhälsoarbetet är ändamålsenlig för regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

### **Konsekvensbeskrivningar**

Förslagets konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474). I de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det offentliga ska förslag till finansiering redovisas.

### **Arbetets bedrivande och redovisning av uppdraget**

Arbetet ska präglas av ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt. Kommissionen ska tillkalla referensgrupper med företrädare för politiska partier och relevanta samhällsaktörer. Detta omfattar men är inte begränsat till ideella organisationer, däribland patient-, brukar- och konsumentorganisationer, fackförbund och professionsorganisationer, idrottsrörelsen, näringslivsorganisationer (däribland livsmedelssektorn) samt forskarsamhället. Kommissionen ska samråda med aktörer som berörs av dess arbete, inklusive statliga myndigheter samt företrädare för kommun- och landstingssektorn. Kommissionen ska dessutom samråda med företrädare för lokala och regionala initiativ för jämlik hälsa samt främja synergieffekter mellan likartade initiativ på olika nivåer. Kommissionen ska arrangera regionala

konferenser i syfte att ta in idéer, förankra förslag och lyfta frågan om allas ansvar att utjämna de påverkbara hälsoklyftorna. Kommissionen ska på olika sätt delta i samhällsdebatten i frågor som berör dess uppdrag.

I sitt arbete ska kommissionen beakta andra pågående arbeten som är relevanta för de frågeställningar som angetts i uppdraget.

Kommissionen ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete och regelbundet presentera förslag och andra resultat av arbetet.

Resultatet av kommissionens arbete ska slutredovisas senast den 31 maj 2017. Redovisningen ska innehålla en samlad bedömning av vilka åtgärder som krävs för att nå regeringens mål om att inom en generation sluta de påverkbara hälsoklyftorna. Den samlade bedömningen ska även omfatta såväl de direkt ekonomiska som de samhällsekonomiska konsekvenserna av åtgärderna.

(Socialdepartementet)