Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa

– Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa

SLUTBETÄNKANDE AV
KOMMISSIONEN FÖR
JÄMLIK HÄLSA

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2017:47

Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa

Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa

Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa

Stockholm 2017

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2017:47

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskanslietsförvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2017

ISBN 978-91-38-24620-7
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Gabriel Wikström

Regeringen beslutade vid sammanträde den 4 juni 2015 att tillsätta en kommitté – en kommission för jämlik hälsa – med uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar. Kommissionen ska även föra en bred dialog med relevanta aktörer om jämlik hälsa (dir. 2015:60 och dir. 2017:17). Till grund för kommitténs uppdrag ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Kommittén har antagit namnet Kommissionen för jämlik hälsa.

I augusti 2016 överlämnade Kommissionen sitt första delbetänkande *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete* (SOU 2016:55). I januari 2017 överlämnades det andra delbetänkandet *För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket* (SOU 2017:4). I detta slutbetänkande gör vi en samlad bedömning av vilka steg som krävs för att ett långsiktigt och hållbart arbete för en god och jämlik hälsa ska kunna fortsätta. Vi diskuterar vilken inriktning arbetet bör ha och vilka åtgärder som kan krävas för att nå regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Tillsammans utgör dessa tre betänkanden en helhet.

Som ordförande i Kommissionen förordnades fr.o.m. den 4 juni 2015 Olle Lundberg (professor i forskning om ojämlikhet i hälsa). Som ledamöter i Kommissionen förordnades fr.o.m. den 21 augusti 2015 Maria Albin (professor i arbets- och miljömedicin), Åke Bergmark (professor i socialt arbete), Laura Hartman (docent i nationalekonomi), Margareta Kristenson (professor i socialmedicin och folkhälsovetenskap), Ingvar Nilsson (nationalekonom) t.o.m. den 22 december 2016, Per Nilsson (professor i pedagogik), Anna Sjögren (docent i nationalekonomi), Denny Vågerö (professor i medicinsk sociologi), Ing-Marie Wieselgren (medicine doktor och specialist i psykiatri) och Per-Olof Östergren (professor i socialmedicin).

Som huvudsekreterare i Kommissionens sekretariat anställdes fr.o.m. den 5 oktober 2015 Magdalena Brasch. Som sekreterare anställdes fr.o.m. den 10 augusti 2015 Jakob Larsson, fr.o.m. den 7 september 2015 Anna Balkfors, fr.o.m. den 12 oktober 2015 t.o.m. den 7 april 2017 Petra Mårselius, fr.o.m. den 8 augusti 2016 t.o.m. den 21 maj 2017 Helena Månsson och fr.o.m. den 1 mars 2017 t.o.m. den 2 juni 2017 Elin Sandberg. Helena Månsson har praktiserat i sekretariatet fr.o.m. 26 januari 2016 t.o.m. 10 juni 2016. Frida Aschbourne har praktiserat i sekretariatet fr.o.m. den 5 september 2016 t.o.m. den 23 december 2016. Anna Nyman har praktiserat i sekretariatet fr.o.m. 16 januari t.o.m. 2 juni 2017.

Kommissionen överlämnar härmed sitt slutbetänkande *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa* (SOU 2017:47).

Stockholm i juni 2017

Olle Lundberg

Maria Albin
Åke Bergmark
Laura Hartman
Margareta Kristenson
Per Nilsson
Anna Sjögren
Denny Vågerö
Ing-Marie Wieselgren
Per-Olof Östergren

/Magdalena Brasch
Anna Balkfors
Jakob Larsson
Helena Månsson
Petra Mårselius
Anna Nyman
Elin Sandberg

Innehåll

Sammanfattning **7**

1 Uppdraget och dess genomförande **19**

1.1 Kommissionens uppdrag 19

1.2 Arbetet med förslag 19
1.2.1 Rapporter och andra underlag 20
1.2.2 Enkätundersökning 20
1.2.3 Delbetänkanden 21

1.3 Dialogarbete 21
1.3.1 Referensgrupper 22
1.3.2 Regionala konferenser 22
1.3.3 Seminarium och övriga dialogforum 23
1.3.4 Andra utredningar och arbeten 25

1.4 Struktur på slutbetänkandet 26

2 Inledning **29**

2.1 Vad vill vi åstadkomma? 31

2.2 Vilka är våra grundläggande utgångspunkter? 32

2.3 Ett förnyat ramverk för god och jämlik hälsa 35

2.4 Ojämlikhet i hälsa – en mer detaljerad uppdatering 38
2.4.1 Drivkrafter bakom skillnader i livslängd 41
2.4.2 Livslängd bland utrikes och inrikes födda 44
2.4.3 Ojämlikhetens geografiska variation 47

3 Generella utmaningar för att skapa mer jämlika villkor 53

3.1 Välfärdspolitikens utmaningar och gränser 54
3.1.1 Externa utmaningar..... 54
3.1.2 Interna utmaningar 57

3.2 Slutsatser – behov av ett medborgarperspektiv 59

4 Mer jämlika villkor och möjligheter 65

4.1 Det tidiga livets villkor..... 75
4.1.1 Lägesbeskrivning av barns olika förutsättningar..... 76
4.1.2 Inriktning för att skapa jämlika förutsättningar under det tidiga livet..... 79
4.1.3 Förslag för att skapa jämlika förutsättningar under det tidiga livet 81

4.2 Kompetenser, kunskaper och utbildning..... 99
4.2.1 Lägesbeskrivning: förutsättningar för att alla ska kunna utveckla kompetenser och kunskaper och tillgodogöra sig en god utbildning 101
4.2.2 Inriktning för att alla ska kunna utveckla kompetenser och kunskaper och tillgodogöra sig en god utbildning..... 107
4.2.3 Förslag för att ge alla möjlighet att utveckla kompetenser och kunskaper och tillgodogöra sig en god utbildning..... 110

4.3 Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö..... 123
4.3.1 Lägesbeskrivning: en tudelad arbetsmarknad..... 123
4.3.2 Inriktning inom målområdet arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö..... 132
4.3.3 Förslag för att öka sysselsättningen och minska arbetslösheten, samt för goda arbetsförhållanden och en hållbar arbetsmiljö 134

4.4 Inkomster och försörjningsmöjligheter..... 149
4.4.1 Lägesbeskrivning: ökade ekonomiska klyftor..... 151

4.4.2 Inriktning inom målområdet inkomster och försörjningsmöjligheter 159
4.4.3 Förslag för att stärka de ekonomiska resurserna för de sämst ställda 160

4.5 Boende och närmiljö 165
4.5.1 Lägesbeskrivning av boende och närmiljöns betydelse för jämlik hälsa 165
4.5.2 Inriktning för boende och närmiljö som främjar god och jämlik hälsa 172
4.5.3 Förslag för boende och närmiljö som främjar en god och jämlik hälsa 174

4.6 Levnadsvanor 185
4.6.1 Lägesbeskrivning av levnadsvanor i befolkningen 185
4.6.2 Inriktning för att främja jämlika förutsättningar att etablera hälsosamma levnadsvanor 193
4.6.3 Förslag för att främja jämlika förutsättningar att etablera hälsosamma levnadsvanor för hela befolkningen 200

4.7 Kontroll, inflytande och delaktighet 207
4.7.1 Lägesbeskrivning av skillnader i kontroll, inflytande och delaktighet 209
4.7.2 Inriktning för att skapa förutsättningar för kontroll, inflytande och delaktighet 215
4.7.3 Förslag för att skapa förutsättningar för kontroll, inflytande och delaktighet 218

4.8 En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård 229
4.8.1 Lägesbeskrivning av skillnader i hälso- och sjukvårdens insatser och resultat 229
4.8.2 Inriktning för att åstadkomma en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård 233
4.8.3 Förslag för att åstadkomma en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård 236

5 Mer strategisk styrning och uppföljning – förutsättningar för ett förebyggande och långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa 255

5.1 Verksamheter som utgår från medborgarna, jämlikhet och likvärdighet 257

5.2 Ett sektorsövergripande angreppssätt med utvecklad samverkan och samordning..... 261

5.3 Finansieringsmodeller med ett socialt investeringsperspektiv..... 264

5.4 Ett stärkt kunskapsbaserat arbete..... 272

5.4.1 Förutsättningarna för kunskapsuppbyggnad inom välfärdsområdet bör stärkas..... 274

5.4.2 Ett Råd för en god och jämlik hälsa bör inrättas 281

6 Konsekvensbedömning 287

6.1 Konsekvenser för jämställdhet och för olika grupper..... 289

6.2 Samhällsekonomiska konsekvenser..... 290

6.3 Bedömningar av konsekvenser i vissa fall 293

7 Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa 297

Referenser..... 301

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2015:60..... 337

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2017:17..... 345

Bilaga 3 Konsekvenser av förslag i avsnitt 4.3 349

Sammanfattning

Sverige är ett land där folkhälsan mätt på traditionellt sätt – som spädbarnsdödlighet eller medellivslängd – är väldigt god, men där ojämlikheten i hälsa och livslängd är mycket påtaglig. Mer kan och behöver därför göras, både för att stärka individers egna möjligheter att agera och generera resurser och för att öka det allmännas förmåga att bidra med resurser till individer och familjer under perioder i livet eller i situationer där de egna resurserna eller handlingsutrymmet inte räcker till. Med mer likvärdiga livsvillkor och möjligheter till sådant som en god uppväxt, en bra utbildning, ett gott arbete och en rimlig försörjning kommer också en mer jämlik hälsa.

Samtidigt är det troligen svårare att formulera och genomföra ytterligare insatser för mer jämlika villkor och möjligheter i Sverige då vi redan har kommit långt. Därför tror vi inte att vägen mot en mer jämlik hälsa går via en eller ett par avgörande åtgärder, utan att det är ett tålmodigt arbete med många olika frågor inom ett brett spektrum av sektorer som krävs. Vi trycker bl.a. på betydelsen av mer jämlika uppväxtvillkor, kunskaper, arbete och försörjning. Ojämlikheten i hälsa börjar således inte med levnadsvanorna, och kan inte lösas enbart i hälso- och sjukvården. Men det är viktigt att se att det omvända också gäller; utan att arbeta med levnadsvanor och en mer jämlik hälso- och sjukvård kommer vi inte att nå en jämlik hälsa.

Frågor rörande jämlikhet och resursfördelning är i hög grad politiska. I Sverige har det funnits en påtaglig politisk enighet kring vikten av att sträva mot en god och jämlik hälsa. Däremot har åsikterna om vilka medel som bör användas för att åstadkomma mer jämlik hälsa gått isär – är det samhället som ska förändras eller individerna som ska stödjas? Vi menar dock att föreställningen om en motsättning mellan att stödja individernas egna hälsoval eller att arbeta med de mer grundläggande förutsättningarna för hälsa är förlegad och måste överkommas om vi ska kunna röra oss mot en

mer jämlik hälsa. Det behövs ett brett spektrum av åtgärder, både vad gäller innehåll och inriktning, men också ett brett spektrum av aktörer. Hälsogradienten berör hela samhället, därför behöver också hela samhället engageras i arbetet för en mer jämlik hälsa.

I detta slutliga betänkande gör Kommissionen för jämlik hälsa en samlad bedömning av vilka steg som krävs för att ett långsiktigt och hållbart arbete för en god och jämlik hälsa ska kunna fortsätta. Vi diskuterar vilken inriktning arbetet bör ha och vilka åtgärder som kan krävas för att nå regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

En viktig förutsättning för att nå detta mål är att arbetet för att skapa mer likvärdiga villkor och förutsättningar för en god och jämlik hälsa bedrivs uthålligt och långsiktigt över hela välfärdsområdet. Vi har därför i tidigare betänkande (SOU 2017:4) föreslagit en rad åtgärder som vi ser som nödvändiga för att få till stånd ett system för ett sådant långsiktigt arbete, där ett löpande arbete med strategier är ett centralt inslag. De förslag på inriktning av arbetet, liksom de konkreta förslag rörande villkor och handlingsutrymme som vi presenterar inom ramen för respektive målområde, ska därför ses som viktiga inspel till det löpande strategiarbete som vi föreslagit.

Vi lägger här också förslag av mer övergripande slag, inte minst rörande generella förutsättningar för en mer jämlik hälsa. Dessa inkluderar frågor om infrastruktur liksom styr- och uppföljningsfrågor som inte kan hanteras inom ramen för det föreslagna strategiarbetet.

Utgångspunkter

Kommissionen menar att ojämlikhet i hälsa utgörs av systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper, och att dessa tar sig två delvis olika uttryck – dels som en gradient som löper genom hela samhället, dels som hälsoproblem i grupper i särskilt utsatta situationer eller positioner.

Vidare uppkommer ojämlikhet i hälsa generellt som ett resultat av ojämlikhet i tillgång till resurser – förhållanden, villkor och möjligheter – mellan olika sociala grupper. Vi identifierade i vårt första delbetänkande (SOU 2016:55) sju centrala livsområden där resursbrister och sårbarheter är särskilt avgörande för jämlik hälsa. Dessa inkluderar 1) det tidiga livet, 2) kompetenser, kunskaper och utbildning, 3) arbete,

arbetsförhållanden och arbetsmiljö, 4) inkomster och försörjningsmöjligheter, 5) boende och närmiljö, 6) levnadsvanor samt 7) kontroll, inflytande och delaktighet. Resurser inom dessa livsområden genereras dels av individer själva, inom utbildningssystemet, på arbetsmarknaden, i familjen och tillsammans med andra inom civilsamhällets olika sammanslutningar, dels via välfärdsstatens olika institutioner och verksamheter. Av detta följer dels en strategisk inriktning av förslag mot dessa sju livsområden, dels att vi bör identifiera förslag som stärker såväl individers egen förmåga som samhällsinstitutionernas roll som resurs för medborgarna.

Skillnader i resurser inom dessa livsområden leder till ojämlikhet i hälsa via 1) skillnader i risker, 2) skillnader i sårbarhet/mottaglighet samt 3) skillnader i de sociala och ekonomiska konsekvenserna av ohälsa. Den ojämlika hälsan drivs dessutom av skillnader i handlingsutrymme och socialt bestämda handlingsmönster, vilka i sin tur kan påverkas negativt av resursbrist. Av detta följer behov av åtgärder för att stärka såväl resurser som handlingsutrymme.

En viktig del i vår förståelse för hur ojämlikhet i hälsa uppkommer är att hälsan och dess bestämningsfaktorer ingår i ett pågående samspel. Hälsa är ett viktigt värde i sig, och den formas av de villkor och möjligheter människor lever under, men hälsan är samtidigt en avgörande förutsättning för att upprätthålla och utveckla dessa livsvillkor. Detta är ett synsätt som har en avgörande betydelse för policy och förslag – det gäller att identifiera hur vi bäst kan främja det positiva samspelet mellan exempelvis arbete, inkomst och hälsa och motverka motsvarande negativa samspel. Dessa samspel mellan olika slags livsvillkor är också i sig ett viktigt argument för behovet av tvärsektoriellt arbete.

Utöver åtgärder direkt riktade mot de sju centrala livsområden av vikt för hälsan som vi identifierar, samt en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård, menar vi att åtgärder för en mer strategisk styrning, uppföljning och utvärdering är ett sätt att åstadkomma mer jämlik hälsa. Ytterst handlar förstås också detta om att åstadkomma mer nytta för medborgarna, men fokus ligger på hur olika förändringar i sättet som verksamheter styrs, fungerar och följs upp kan skapa bättre kvalitet och högre tillgänglighet, vilket i sin tur kan bidra till förbättrade livsvillkor, möjligheter och hälsa för dem som behöver stöd och insatser från de olika välfärdssystemen.

Välfärdspolitikens utmaningar och gränser

Behovet av mer jämlika villkor och möjligheter innebär att välfärdspolitiken utgör ett centralt verktyg i arbetet för en mer jämlik hälsa. En mer jämlik hälsa kan alltså uppnås om människors resurser inom ett antal viktiga livsområden blir mer jämlikt fördelade. Dessa resurser genereras först och främst av individer inom familjen, tillsammans med andra i civilsamhällets sammanslutningar och på marknaden. Därmed kan också ojämlikhet i olika avseenden sägas börja i fosterlivet och det tidiga livet, genom de skillnader i förutsättningar och möjligheter som barn får i och med att föräldrar och andra närstående skiljer sig åt vad gäller tillgång till viktiga resurser. Resurser överförs mellan generationer, och därigenom vidmakthålls olika former av ojämlikhet också över flera generationer, vilket även gäller i relativt jämlika länder som Sverige.

De resurser som via olika välfärdsinstitutioner kommer medborgarna till del är därför också viktiga, särskilt för människor med mindre av egna resurser. Dessa institutioner spelar därmed en avgörande roll för att i någon mån utjämna de skillnader i villkor och möjligheter som uppstår i familjerna och som fortplantas mellan generationer och över livscykeln. Det främsta redskapet som står till buds för att motverka olika former av ojämlikhet i hälsans bestämningsfaktorer är därför välfärdsstatens olika institutioner. Även i de fall vi ser att det finns behov och möjligheter att öka människors egen förmåga att skapa eller hantera de resurser de har tillgång till handlar insatserna ytterst om olika former av kompetens- och humankapitalutveckling.

Därmed blir det också angeläget att diskutera vilket utrymme och vilka möjligheter som kan finnas för beslutsfattare att genomföra förbättringar eller reformer inom välfärdspolitiken. Vi pekar på såväl externa som interna utmaningar och svårigheter som potentiellt kan ha påtaglig betydelse för välfärdsstatens möjligheter att stödja individer och familjer.

De externa utmaningarna utgörs av olika förutsättningar utanför välfärdssystemen själva, som en ökad internationalisering, där resurser, varor och kapital rör sig mellan länder och över gränser allt snabbare, och en åldrande befolkning. Dessa samhällsutmaningar utgör två avgörande faktorer för välfärdspolitikens kostnader och möjligheter till finansiering. Samtidigt menar vi att dessa processer varken är ödes-

bestämda eller nödvändigtvis leder till en kapplöpning mot botten med sänkta ambitioner och låga skatter. Ny forskning pekar på att högre välfärdsutgifter under vissa omständigheter kan öka ett lands konkurrenskraft. Det går inte att ensidigt fokusera på skattebaser och förändringar i deras rörlighet i ett resonemang om vilken betydelse internationaliseringen kan tänkas ha för möjligheterna att finansiera en ambitiös välfärdspolitik. Migrationen kan i detta sammanhang bidra med ett välbehövligt tillskott av yngre arbetskraft, förutsatt att integration och arbetsmarknadsdeltagande kan bli bättre.

De interna utmaningarna utgörs av problem kopplade till organisering av och innehåll i välfärdssystemen vilka i huvudsak kan sägas vara orsakade av inhemska beslut (och avsaknad av beslut). Här pekar vi på betydelsen av innehållet i det som välfärdssystemen ska leverera (kvalitet, tillgänglighet, bemötande). Om välfärdssystemen inte levererar det som medborgarna förväntar sig riskerar tilliten och stödet för välfärdssystemen specifikt men även till politiken i stort att urholkas. Både det faktiska innehållet och tilliten till systemen är viktiga för att kunna upprätthålla en välfungerande välfärdsstat.

Brister i välfärdssystemens innehåll kan bero på resursbrist i relation till givet uppdrag, men även på hur verksamheterna organiseras och styrs. Den offentliga verksamheten i Sverige är ambitiös och komplex, med en långt driven sektorsindelning som en nödvändig förutsättning för att det offentliga ska kunna arbeta effektivt. Samtidigt riskerar en höggradig specialisering att skapa fler gränser och bidra till kommunikationsproblem och effektivitetsförluster. På motsvarande sätt kan ansvarsfördelningen mellan olika samhällsnivåer, nationell, regional och lokal, skapa friktion. I synnerhet när det gäller tvärsektoriella utmaningar som jämlikhet, jämställdhet och miljöfrågor finns det sannolikt behov av att hitta nya former för styrning, organisation och samverkan.

Mer jämlika villkor och möjligheter

Ett arbete för att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation måste vara långsiktigt, systematiskt och dynamiskt i relation till ett föränderligt samhälle, samt bedrivas på ett sätt som skapar delägarskap bland berörda aktörer. En palett med några få väldigt

konkreta förslag inom ett fåtal områden från Kommissionen är inte i linje med detta resonemang.

I kapitel 4 lägger Kommissionen sina förslag för mer jämlika villkor och möjligheter inom ramen för de åtta målområden vi föreslagit. Inom vart och ett av dessa avsnitt görs en övergripande beskrivning av läget, följt av Kommissionens överväganden vad gäller den önskvärda inriktningen på politiken för att skapa mer jämlika villkor och möjligheter. Denna bedömning är således mer generell och kan ses som inspel till det löpande strategiarbete vi tidigare föreslagit. Utifrån denna inriktning lägger vi slutligen ett antal förslag riktade till regeringen, kommuner, landsting och regioner, respektive övriga aktörer som arbetsmarknadens parter och det civila samhället. Dessa förslag utgör därmed en samling åtgärder som enligt Kommissionens samlade bedömning skulle bidra till en god och mer jämlik hälsa, men som inte nödvändigtvis är tillräckligt konkreta i den meningen att de är möjliga att direkt genomföra.

I de följande sammanfattas den övergripande inriktningen inom respektive målområde.

Ojämlikhet genom olika möjligheter i *det tidiga livets villkor* medför att barn har skilda förutsättningar att utvecklas. Under de första levnadsåren läggs grunden för barnens fysiska, sociala, psykiska och kognitiva förmågor. Inriktningen för att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör därför vara att skapa, stötta och stärka en god start i livet genom att alla barn ges grundläggande förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla sina förmågor. Viktiga förutsättningar för det är en jämlik mödra- och barnahälsovård, en likvärdig förskola av hög kvalitet samt metoder och medel som sätter barnets bästa i centrum.

Kompetenser och kunskaper utvecklas genom olika former av lärande under livets olika skeden och har ett starkt samband med människors förutsättningar för en god hälsa. Inriktningen för att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör därför vara att alla ska få möjlighet att utveckla sina kompetenser och kunskaper och tillgodogöra sig utbildning. Skolan är den arena som i detta sammanhang når alla barn och unga och har därmed en central roll i denna målsättning. Jämlik hälsa uppnås genom god lärandemiljö i skolan och genom att utbildningssystemet är likvärdigt. Särskilda insatser krävs även för att tidigt motverka skolmisslyckanden bland elever som inte klarar kunskapsmålen eller har andra svårigheter.

Människors sysselsättning och ekonomiska trygghet spelar stor roll för en god och jämlik hälsa. Inriktningen när det gäller *arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö* är att stärka människors egna möjligheter till sysselsättning och därmed möjligheter att agera och generera resurser. Nyckeln till detta är att öka sysselsättningsgraden och minska arbetslösheten inte minst i grupper med en utsatt ställning på arbetsmarknaden. För dem som redan är på arbetsmarknaden handlar det om att göra det lättare att byta arbete vid behov och att stärka arbetsmiljöpolitiken så att arbetslivet är hållbart för alla grupper och över hela arbetsmarknaden.

Även om *inkomster och försörjningsmöjligheter* i första hand stärks genom människors egna möjligheter till sysselsättning riskerar alla att någon gång under livets olika skeenden bli sjuka eller arbetslösa och då förlora arbetsinkomsten. För att motverka utvecklingen mot ett grundtrygghetsystem på socialförsäkringsområdet är det centralt att slå vakt om inkomstbortfallsprincipen, vilken har en sammanhållande karaktär mellan olika grupper i dessa system och därmed bidrar till en mer jämlik hälsa. För grupper som befinner sig i eller är på gränsen till ekonomisk utsatthet tycks hälsoproblem vara särskilt påtagliga. Bristande ekonomiska resurser påverkar möjligheterna att förvärva sådant som är tillgängligt för andra och innebär en lägre levnadsstandard avseende boende, mat och andra nödvändigheter. Genom att åstadkomma resursförbättringar för grupper med knappa ekonomiska marginaler uppnås en mer jämlik hälsa.

Att ha tillgång till ett bra *boende och en god närmiljö* bidrar till trygghet, tillit och en god och jämlik hälsa. En viktig förutsättning är att alla har tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad. Bostadsområden där negativa konsekvenser av boendesegregation kan motverkas och trygghet, tillit och jämlik hälsa främjas är också socialt hållbara. Boendemiljöer av alla slag bör ha god luftkvalitet, tillgång till grönområden samt likvärdig tillgång till en god förskole- och skolmiljö.

Förutsättningar för en god hälsa påverkas av människors handlingsutrymme och möjligheter till goda *levnadsvanor*. För att minska hälsoskillnaderna bör människors möjligheter att etablera och upprätthålla hälsosamma levnadsvanor stärkas. Inriktning för att åstadkomma detta bör ta sikte på att begränsa tillgängligheten till hälsoskadliga produkter och samtidigt öka tillgängligheten till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter. Hälsofrämjande och förebyg-

gande arbete med goda levnadsvanor inom ramen för välfärdens institutioner såsom inom skolan och inom hälso- och sjukvården är också viktiga verktyg för att uppnå en god och jämlik hälsa.

Kontroll över sitt eget liv, tillit till andra, *inflytande* och *delaktighet* i samhället är viktiga faktorer för individer och gruppers hälsoutveckling. För att åstadkomma en mer jämlik hälsa bör åtgärder vidtas för att främja alla individers möjligheter till kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och i det dagliga livet. Ett antal förslag inom andra målområden har bäring på människors möjligheter till kontroll, men här läggs särskilt fokus på olika insatser för att främja ett jämlikt demokratideltagande och deltagande i civilsamhället, stärka arbetet för de mänskliga rättigheterna och motverka diskriminering och annan kränkande behandling, främja frihet från hot och våld samt främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Trots goda intentioner om vård på lika villkor, finns det för de flesta diagnoser omotiverade skillnader i vårdens insatser och resultat mellan olika sociala grupper. En *jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård* bör arbeta förebyggande och hälsofrämjande genom att utgå från människors behov och möjligheter. Inriktningen för ett arbete för en jämlik vård och en hälsofrämjande hälso- och sjukvård bör präglas av ett systematiskt jämlikhetsfokus och inriktas mot en förbättrad tillgänglighet för att motsvara olika behov. Vårdmöten bör vara hälsofrämjande och skapa förutsättningar för jämlika insatser och resultat. En förstärkning av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete fordras för att uppnå en god och jämlik hälsa. Landstingen bör dessutom i ökad utsträckning leda, styra och organisera sin verksamhet i syfte att ge förutsättningar för en jämlik vård. Slutligen bör även tandvården ses som en del av hälso- och sjukvården.

Mer strategisk styrning och uppföljning

Det finns ett antal generella frågor relaterade till styrning och uppföljning vilka alla är kopplade till behovet av att skapa förutsättningar för ett främjande, förebyggande och långsiktigt arbete, vilket vi menar skulle bidra till en god och jämlik hälsa. Vi diskuterar i kapitel 5 fyra sådana frågor, nämligen 1) vikten av att ha medborgarnas behov och intressen i centrum, 2) vikten av ett sektorsövergripande angreppssätt där olika perspektiv hanteras och där samverkan

och ansvarsfördelning sker effektivt, 3) en finansiering och arbetssätt med fokus på förebyggande, långsiktighet och metodutveckling samt 4) ett kunskapsbaserat arbete med bättre uppföljning, utvärdering, forskning och dialog.

Vi menar att alla offentliga verksamheter av betydelse för god och jämlik hälsa bör ha *medborgarnas behov* och intressen i centrum, och arbeta med ett jämlikhets- och likvärdighetsperspektiv. För att nå dit måste mer fokus läggas på de konkreta resultaten för medborgarna som elev, patient och brukare, inte minst vad gäller likvärdighet i insatser och jämlikhet i resultat, och medborgarna bör ses som medskapare i utformandet av offentliga tjänster.

Det långsiktiga arbete för en god och jämlik hälsa som vi ser som nödvändigt bygger i många fall på ett *sektorsövergripande* arbetssätt. För att detta ska fungera krävs samverkan och samordning mellan olika områden på nationell nivå liksom mellan nationell, regional och lokal nivå. I synnerhet behövs sådan samordning med andra tvärsektoriella processer och perspektiv (t.ex. Agenda 2030) så att olika målkonflikter och perspektivträngsel inte förs vidare till myndigheter och den regionala och lokala nivån.

Vi ser ett stort behov av *finansieringsmodeller* och arbetssätt som har ett *socialt investeringsperspektiv* och främjar ett effektivt användande av offentliga resurser där det finns ett tydligt fokus på förebyggande arbete och långsiktighet. Mer konkret framhåller vi att de resursfördelningsmodeller som används för fördelning av offentliga medel på statlig, regional och kommunal nivå i högre grad bör använda ett socioekonomiskt perspektiv. Dessutom bör ett arbete med finansiell samverkan utvecklas för effektivare användning av resurser, i synnerhet för de människor som är i behov av flera olika slags stödinsatser. Vi pekar även på att offentlig upphandling bör kunna användas som ett medel för att främja en god och jämlik hälsa, exempelvis genom införandet av sociala klausuler.

För att stärka förutsättningarna för ett *kunskapsbaserat arbete* för en god och jämlik hälsa bör kunskapen om hur politiska beslut och olika verksamheter påverkar hälsan och dess bestämningsfaktorer i olika sociala grupper stärkas. Detta kräver i sin tur bättre kunskaper om mekanismer och processer som bidrar till ojämlikhet i hälsa, samt bättre uppföljning och utvärdering av åtgärder som har konsekvenser för en god och jämlik hälsa. För detta behövs en utvecklad dialog mellan olika vetenskapliga fält men framför allt mellan

forskning, praktik och politik inom olika samhällssektorer. Till detta krävs vissa satsningar inom forskningspolitiken, men vi ser behov av att mer direkt stimulera dialog, forskning och utveckling kring hur ojämlikhet i hälsa uppkommer och kan motverkas. Inte minst krävs en mer utvecklad och sammanhållen infrastruktur för kunskapsuppbyggnad och evidensförsörjning inom hela välfärdsområdet, särskilt vad gäller verksamheters konsekvenser för jämlik hälsa.

Mer konkret pekar vi här på behovet av att bättre kunna bedöma om reformer och förändringar som görs inom välfärdsområdet får den effekt de är tänkta att ha. För detta krävs en vidare insikt och förståelse för behovet av sådana utvärderingar, bättre möjligheter att designa, planera och organisera implementeringen av reformer på ett sätt som skapar möjligheter för utvärdering, samt förstärkta och förenklade möjligheter att använda befintliga registerdata för utvärdering och uppföljning. Dessutom behövs en uppbyggnad av nationella register där sådana saknas.

Vi föreslår också att ett Råd för en god och jämlik hälsa inrättas med uppgift att främja forskning, utvärdering och en tätare dialog mellan forskning, politik och profession. Rådet bör fungera som en oberoende rådgivare åt regeringen i frågor om en god och jämlik hälsa, bl.a. genom att ha en löpande dialog med berörda departement, beställa och presentera forskningsrapporter om jämlik hälsa, samt initiera och stödja utvärderingar av olika åtgärder och reformer i förhållande till uppsatta mål i folkhälsopolitiken.

Slutsatser

Kommissionens utredningsarbete är härmed slutfört, men arbetet med att skapa bättre samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa behöver fortsätta länge till. En viktig övergripande slutsats från vårt arbete är att det krävs ett envetet, tålmodigt och aldrig avstannande arbete för att åstadkomma mer likvärdiga förutsättningar, och därmed också mer jämlika villkor och förhållanden, för människor i olika sociala skikt och grupper. Eftersom de processer som genererar ojämlikhet är självförstärkande, där de som har lite mer också kommer att ha större möjligheter att få lite mer, behövs ett pågående arbete enbart för att hålla ojämlikheten i samhället konstant. Om klyftorna ska minskas krävs alltså ytterligare ansträngningar.

Jämlik hälsa handlar ytterst om välfärd och livsvillkor, om att människors uppväxtvillkor, utbildningschanser, boendemiljö, arbetsmiljö och inkomster skiljer sig systematiskt åt mellan olika sociala grupper och att dessa skillnader måste bli mindre. 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. Dålig hälsa påverkar å andra sidan både studieresultat och arbetsförmåga.

För flera av dessa mer grundläggande bestämningsfaktorer till hälsa, som kunskaper och kompetenser eller arbete och arbetsförhållanden, är det också viktigt *i sig* att arbeta mer med likvärdighet och mer jämlika förutsättningar. Problem inom skolan med sviktande kunskaper och avhopp liksom problem på arbetsmarknaden med arbetslöshet och kompetensbrister handlar i många fall just om hur olika slags ojämlikhet i förutsättningar och möjligheter inte har hanterats på ett framgångsrikt sätt. Ojämlikheten i hälsa kan således inte lösas enbart genom insatser för bättre levnadsvanor eller i hälso- och sjukvården. Men utan att arbeta med levnadsvanor och en mer jämlik hälso- och sjukvård kommer vi heller inte att nå en jämlik hälsa.

Hur samhället ska utvecklas och om ojämlikhet i hälsa ska prioriteras är förstås ytterst politiska frågor. Här finns en grundläggande politisk enighet kring vikten av god och jämlik hälsa men skillnader i vilka medel som betonas, och kanske främst då i vilken utsträckning det är individens egna hälsoval som ska stödjas eller om det är de mer grundläggande förutsättningarna för hälsa som ska prioriteras. Vår uppfattning är att denna åtskillnad är förlegad och måste överkommas om vi ska kunna röra oss mot en mer jämlik hälsa.

I fler avseenden har Sverige en god folkhälsa, men vårt arbete visar samtidigt att det finns mer att göra för att nå en mer jämlik hälsa. Individers egna möjligheter att agera och generera resurser måste stärkas, liksom det allmännas förmåga att bidra med resurser under perioder i livet eller i situationer där de egna resurserna eller handlingsutrymmet inte räcker till. Samtidigt som vi i Sverige kan vara stolta över hur långt vi har kommit på vägen mot jämlik hälsa finns det nu all anledning att ta nästa steg.

1 Uppdraget och dess genomförande

1.1 Kommissionens uppdrag

Kommissionen för jämlik hälsas uppdrag har varit att föreslå åtgärder som kan bidra till att hälsoklyftorna i Sverige minskar. Enligt direktiven ska fokus för arbetet ligga på hälsoskillnader mellan socioekonomiska grupper. Kommissionen ska även beakta hälsoskillnader mellan könen. Till grund för uppdraget ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation.

Kommissionens uppdrag kan sägas stå på två ben; att presentera förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar samt att bedriva ett brett utåtriktat arbete. Parallellt med beredningen av förslag inom kommissionen har därför ett omfattande dialogarbete bedrivits vilket involverat ett stort antal berörda grupper och aktörer. Dessa kontakter och dialoger har både inneburit möjligheter att inhämta erfarenheter och idéer samt bidragit till utredningens bild och analyser av förutsättningar och hinder för en mer jämlik hälsa. Det utåtriktade arbetet har även bidragit till att i olika sammanhang förmedla kunskap och uppmärksamma vikten av att arbeta för en mer jämlik hälsa.

1.2 Arbetet med förslag

Kommissionens ledamöter består av forskare och experter med olika bakgrund och kompetens inom bl.a. ojämlikhet i hälsa, utbildning, arbetsmiljö, arbetsmarknad, socialförsäkringar samt hälso- och sjukvård. Kommissionens arbete har byggt på denna breda sammansättning, och ledamöterna har på olika sätt arbetat aktivt med att ringa in viktiga livsområden och behov av insatser för jämlik hälsa. Underlag

för arbetet har även utgjorts av befintlig forskning, tidigare kommissioners rapporter, andra utredningar, underlagsrapporter beställda av Kommissionen, en enkätundersökning till alla kommuner, landsting, länsstyrelser samt åtskilliga myndigheter och beställningar och sammanställningar av statistik. Även de dialogseminarier och olika former av expertmöten som Kommissionen har ordnat har bidragit till arbetet med förslag.

1.2.1 Rapporter och andra underlag

Ledamöter i Kommissionen har tagit fram underlagsrapporter inom olika områden med relevans för utredningens uppdrag, vilka successivt publiceras på Kommissionens hemsida. Rapporterna beskriver bland annat sambandet mellan inkomst och hälsa och behandlar flera av de livsområden som kommissionen identifierat som centrala i arbetet för en mer jämlik hälsa. Kommissionen har även beställt underlagsrapporter externt: *Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa – en kunskapsöversikt* av Urban Janlert (2016) och *Fattigdom, inkomst och hälsa* av Johan Fritzell (2016). På uppdrag av Kommissionen har SCB levererat specialbeställda underlag rörande skillnader i livslängd efter utbildningsnivå till det första delbetänkandet samt till detta slutbetänkande.

1.2.2 Enkätundersökning

Under perioden april till september genomförde Kommissionen enkätundersökningar riktade mot alla Sveriges kommuner, landsting och regioner, samtliga länsstyrelser och 40 myndigheter vars verksamhet berör arbetet för en god och jämlik hälsa. Frågorna behandlade styrning, organisering, uppföljning stöd och utvecklingspotential i folkhälsoarbetet. 100 procent av landsting, regioner och länsstyrelser besvarade enkäten. Bland kommuner var svarsfrekvensen 87,2 procent och bland tillfrågade myndigheter 92,5 procent. Resultat från enkätundersökningarna har främst legat till grund för åtgärdsförslag i utredningens andra delbetänkande *För en god och jämlik hälsa – en*

utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket (SOU 2017:4). Resultaten av enkätundersökningen har även publicerats separat.[1]

1.2.3 Delbetänkanden

Kommissionen har utöver detta slutbetänkande överlämnat två delbetänkandet till statsråd Gabriel Wikström. Det första *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete* (SOU 2016:55) utgjorde en grundläggande analys kring hälsoklyftorna i Sverige och dess bestämningsfaktorer. Delbetänkandet identifierade sju livsområden med koppling till ojämlikhet i hälsa. I *För en god och jämlik hälsa – En utredning av det folkhälsopolitiska ramverket* (SOU 2017:4) analyserades styrningen och uppföljningen av folkhälsopolitiken. Ett antal förslag för att utveckla det folkhälsopolitiska ramverket presenterades i syfte att förstärka arbetet för en god och jämlik hälsa. Mot bakgrund av analysen i det första delbetänkandet och inom ramen för det strategiska arbete som presenterades i delbetänkande två innehåller detta slutbetänkande förslag på nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa.

1.3 Dialogarbete

Kommissionens utåtriktade arbete har bidragit med erfarenheter och goda idéer samt lyft frågan om sociala skillnader i hälsa och vikten av att arbeta medvetet för att minska hälsoklyftorna. Kommissionen har sammankallat tre referensgrupper samt själva eller i samarbete med andra anordnat dialogforum, konferenser och seminarier och möten som aktivt berört utredningens arbete. Vi har också bedrivit information och dialog genom medverkan i ett hundratal externt arrangerade seminarium, workshops och konferenser och andra typer av forum. Vi har där mött en bredd av aktörer, organisationer och grupper. Här ingår olika typer av civilsamhällesorganisationer, myndigheter, arbetsmarknadens parter, olika professionsorganisationer, forskare och forskningsorganisationer, tankesmedjor

[1] *Folkhälsoarbete bland myndigheter, länsstyrelser, kommuner, landsting och regioner. Kvantitativa resultat från enkätundersökningar genomförda 2016 av Kommissionen för jämlik hälsa*. kommissionjamlikhalsa.se

liksom internationella aktörer och organisationer. I det utåtriktade arbetet ingår även att kommunicera mot allmänheten. På kommissionens hemsida och tillhörande blogg har arbetet redovisats löpande.

1.3.1 Referensgrupper

Referensgrupper har tillsatts och vid flera tillfällen träffats för att diskutera och kommentera kommissionens löpande arbete. En parlamentarisk referensgrupp tillsattes med representanter från samtliga riksdagspartier. Dessa var: Ninos Maraha (L), Lars Weinehall (C), Jessika Svensson (V), Cecilia Widegren (M), Anders Andersson (KD), Stefan Nilsson (MP), Anna-Lena Sörenson (S) respektive Christina Östberg (SD).

En referensgrupp med några av de kommuner, landsting och regioner som har konkreta erfarenheter av arbete med social hållbarhet och jämlik hälsa sammankallades. Den har inkluderat representanter från Landstinget Blekinge, Västra Götalandsregionen, Malmö stad, Göteborgs stad, Västerbottens läns Landsting, Stockholm stad, Landstinget Dalarna, Region Östergötland samt Region Örebro län.

Slutligen har tjänstemän inom regeringskansliet från Arbetsmarknadsdepartementet, Finansdepartementet, Kulturdepartementet, Näringslivsdepartementet, Socialdepartementet och Utbildningsdepartementet bjudits in till en nätverksgrupp inom Regeringskansliet.

1.3.2 Regionala konferenser

Kommissionen och sekretariatet har, i enlighet med direktiven, anordnat regionala konferenser i syfte att inhämta idéer, förankra förslag och lyfta frågan om allas ansvar att utjämna de påverkbara hälsoklyftorna. Under 2016 anordnade Kommissionen fyra regionala konferenser i olika delar av Sverige fördelat i norr, syd, öst och väst. Konferenser arrangerades för Norra sjukvårdsregionen[2] i Luleå den 21 september, för Skåneregionen och kommuner i Skåne i Malmö den 24 maj, för Hallands län och Region Halland den 29 september i

[2] Landstingen i Norrbottens län, Västerbottens län, Västernorrlands län samt Region Jämtland Härjedalen.

Tylösand, samt för Region Östergötland den 15 september i Norrköping.

Konferenserna anordnades i samarbete med kommuner, landsting, regioner och länsstyrelser. Målgruppen för konferenser var ansvariga politiker och centrala tjänstemän i kommun och landsting/region, ansvariga chefer på statliga myndigheter, civilsamhällets aktörer samt företrädare för näringslivet och professioner.

På respektive konferens bidrog Kommissionen med presentationer, och det fördes dialoger i form av rundabordsamtal om hinder och möjligheter på lokal, regional och statlig nivå för att åstadkomma en mer jämlik hälsa. Dialogerna dokumenterades och har utgjort underlag till Kommissionens arbete. Utöver de regionala konferenserna har företrädare från Kommissionen och sekretariatet bjudits in till enskilda kommuner, landsting och regioner för presentation och dialog.

1.3.3 Seminarium och övriga dialogforum

Utöver referensgrupper och regionala konferenser har Kommissionen anordnat seminarium och dialogträffar med en rad olika berörda aktörer.

Kommissionen har träffat och diskuterat frågor kopplade till vårt uppdrag med ledningen eller andra representanter för Arbetsmiljöverket, Livsmedelsverket, SIDA, Skolverket och Socialstyrelsen. En löpande dialog har även förts med Folkhälsomyndigheten. I samband med arbetet med underlagsrapporter har ledamöter från Kommissionen haft ytterligare samråd med berörda aktörer. I Kommissionens underlagsrapport *Arbetsmiljö och jämlik hälsa* (Albin et al. 2017) har synpunkter från arbetsmarknadens parter inhämtats. Underlagsrapporten *Hälso- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa* (Kristenson 2017) har stämts av med SKL:s Nationella plattform för jämlik hälsa. Plattformen samlar myndigheter och organisationer med det gemensamma målet att vända trenden med ökande ojämlikhet inom hälso- och sjukvård.

Ett dialogseminarium med civilsamhället anordnades den 30 augusti 2016 tillsammans med Ersta Sköndal Högskola, och leddes av kommissionär Per Nilsson. Representanter från ett fyrtiotal civilsamhällesorganisationer deltog, vilka avspeglade en stor bredd av

frågor och grupper med relevans för Kommissionens arbete. Bland dessa fanns bl.a. Barnens rätt i samhället (BRIS), DHR, Friluftsfrämjandet, IOGT-NTO, Lika unika, Pensionärernas riksorganisation (PRO), Riksförbundet frivilliga samhällsarbetare (RFS), Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL), Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH), Riksidrottsförbundet, Riksorganisationen för idéburen vård och omsorg (Famna), Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige (SIOS), SPF Seniorerna, Stockholms Stadsmission, Svenska röda korset, Tobaksfakta, Unionen, Unizon och Vårdförbundet.

Den 21 oktober 2016 anordnade SNS ett seminarium om hälsoklyftor och Kommissionens arbete. Kommissionens ordförande medverkade tillsammans med Anna Sarkadi, professor i socialmedicin, Johan Carlsson, generaldirektör på Folkhälsomyndigheten och Emilia Bjuggren, arbetsmarknads- och idrottsborgarråd (S), Stockholms stad.

Den 9 mars 2016 anordnade Kommissionen ett seminarium i samband med Forte Talks där de viktigaste prioriteringarna för en mer jämlik hälsa diskuterades. Inbjudna till en paneldiskussion var Hans Abrahamsson, freds- och konfliktforskare vid Göteborgs universitet; Irene Wennemo, statssekreterare vid Arbetsmarknadsdepartementet; Carl Johan Sundberg, professor i molekylär- och tillämpad arbetsfysiologi vid Karolinska institutet och representant för Läkarförbundet.

Den 8 juni 2016 var representanter från myndigheter, regeringskansliet och intresseorganisationer inbjudna av Kommissionen till ett expertmöte om socialförsäkringar och jämlik hälsa. Samtalet leddes av kommissionär Laura Hartman och inleddes med ett antal presentationer från forskare och experter på området.

I samarbete med *Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm* anordnade Kommissionen en hearing om förskolans roll för barns hälsa den 6 oktober 2016. Tillsammans med forskaren, Sven Persson, professor i pedagogik vid Malmö högskola, samt företrädare för verksamheten diskuterades hinder och möjligheter för att uppnå en likvärdig och hälsofrämjande förskola.

Den 20 april 2017 var arbetsmarknadens parter inbjudna för att diskutera Kommissionens arbete, med fokus på arbetslivsfrågor.

För perioden 2016 till 2019 har SKL antagit inriktningsmål med fokus på folkhälsa, och att minska folkhälsoklyftan var en särskilt

prioriterad fråga för arbetet under 2016. Med anledning av detta har vi haft en löpande dialog med SKL. SKL har även tagit fram ett antal förslag på åtgärder som sänts till Kommissionen. Kommissionen har föredragit vårt arbete för Beredningen för primärvård och äldreomsorg, samt medverkat vid träffar med SKL:s nätverk för folkhälsostrateger respektive folkhälsochefer från landets kommuner, landsting och regioner.

Vi har även medverkat vid möten ordnade av olika nätverk och organisationer som arbetar med frågor kopplade till vårt uppdrag. Vi har föredragit vårt arbete för Funktionshindersdelegationen den 20 februari 2017, för Socialutskottet den 30 mars 2017, samt för H.K.H. Prins Daniel den 8 maj 2017. Vi har vid flera tillfällen medverkat vid konferenser och möten arrangerade av Mötesplats social hållbarhet, vilken bedrivs som ett samarbete mellan Folkhälsomyndigheten och SKL. Vidare har vi medverkat och diskuterat vårt arbete vid konferenser ordnade av Healthy cities-nätverket, HFS-nätverket, Finsam, Nätverken Hälsa & Demokrati samt Uppdrag Hälsa, Social innovation summit, Läkaresällskapet, samt vid ett stort antal andra sammanhang.

Kommissionen har även haft ett antal kontakter och möten med internationella aktörer. Ett löpande erfarenhetsutbyte har hafts med professor Michael Marmot och hans team vid Institute for Health Equity, University College London, vilken inleddes med ett två dagar långt möte i London den 16 till 17 november 2015. Vi har vidare mött representanter för Frankrikes ambassad, medverkat vid statsbesöket med Chiles president den 11 juni 2016, medverkat vid Nordiska ministerrådets konferens *Nordic Welfare States and Public Health – A Need for Transformative Change?* i Helsingfors 16 till 17 november 2016, vid WHO Europas Nordisk-Baltiska högnivåmöte kring Hälsa 2020-visionen i Stockholm 26 till 27 oktober 2016.

1.3.4 Andra utredningar och arbeten

En politik för jämlik hälsa knyter an till en rad andra politikområden. Kommissionen har därför haft kontakt och dialog med andra utredningar och arbeten inom angränsande områden. Kommissionens ordförande och/eller sekretariat har träffat företrädare för Nationell samordnare för den sociala barn- och ungdomsvården (S 2014:A),

Gymnasieutredningen (U 2015:01), Skolkommissionen (U 2015:03), Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03), Samordnare för unga som varken arbetar eller studerar (U 2015:06), Kunskapsstödsutredningen (S 2015:07), Utredningen om nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09), Att vända frånvaro till närvaro (U 2015:11), Agenda 2030-delegationen (Fi 2016:01), Utredningen om ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö (A 2016:02), Tillitsdelegationen (Fi 2016:03) och Utredningen om stärkt ställning och bättre levnadsvillkor för transpersoner (Ku 2016:05),

Vidare har Kommissionen följt Livsmedelsverket och Folkhälsomyndighetens arbete med uppdraget ta fram underlag till insatser för att främja hälsa som är relaterat till matvanor och fysisk aktivitet.

Utöver den dialog som förts med ovan nämnda arbeten har flertalet andra utredningar på områden som relaterar till hälsans bestämningsfaktorer varit en viktig utgångspunkt i Kommissionens arbete.

1.4 Struktur på slutbetänkandet

Detta betänkande har två huvudkapitel där olika förslag presenteras. I kapitel 4 går vi igenom de åtta målområden som vi lyft fram i vårt andra delbetänkande som en del av ett uppdaterat folkhälsopolitiskt ramverk, och i kapitel 5 diskuterar vi olika mer generella aspekter av styrning och uppföljning och hur olika förändringar inom dessa kan bidra till mer jämlik hälsa. Inom båda dessa kapitel presenteras dels förslag på *inriktningen* av arbetet för en god och jämlik hälsa, dvs. på en mer övergripande nivå vad det är som behöver uppnås för att en mer jämlik hälsa ska bli möjlig, dels mer konkreta förslag på *åtgärder* inom ramen för dessa inriktningar.

I kapitel 2 ger vi en kortfattad sammanfattning av de ställningstaganden och förslag vi redovisat i våra två tidigare delbetänkanden, SOU 2016:55 *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete* respektive SOU 2017:4 *För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket*. Vi redovisar där också en del kompletterande fakta om hur ojämlikheten i hälsa ser ut i Sverige.

Då vi i hög grad utgår från existerande välfärdsinstitutioner i våra förslag till inriktning och åtgärder för en mer jämlik hälsa i kapitel 4 och 5 innehåller kapitel 3 en översiktlig bakgrundsdiskussion om välfärdspolitikens förutsättningar och begränsningar. I kapitel 6 redogörs för de bedömningar vi gjort rörande konsekvenserna av våra förslag. I kapitel 7 lyfter vi avslutningsvis de mest centrala argumenten och slutsatserna från vårt arbete.

2 Inledning

I detta tredje och slutliga betänkande från Kommissionen för jämlik hälsa gör vi en samlad bedömning vilka steg som krävs för att ett långsiktigt och hållbart arbete för en god och jämlik hälsa ska kunna fortsätta. Vi diskuterar vilken inriktning arbetet bör ha och vilka åtgärder som kan krävas för att nå regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Detta inbegriper förslag om förhållnings- och arbetssätt för en mer jämlik hälsa, liksom förslag kring olika former av infrastruktur och mer konkreta åtgärder för att nå regeringens mål.

Utgångspunkter och ställningstaganden som ligger till grund för de resonemang vi för i detta slutbetänkande återfinns i vårt första delbetänkande, *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete* (SOU 2016:55). Där diskuterar vi utförligt kring hur den ojämlika ohälsan uppkommer, och tar ställning till vad som utgör avgörande steg i denna process. Detta beskrivs mer utförligt nedan, men kort kan här konstateras att ojämlikhet i hälsa uppkommer genom ojämlikhet i resurser och handlingsutrymme, och att mängden resurser inom ett antal centrala livsområden är avgörande för en jämlik hälsa. Goda uppväxtvillkor, en bra utbildning och en god inkomst är några exempel på sådana resurser. Av detta följer naturligt att en mer jämlik hälsa endast kan åstadkommas genom en mer likvärdig tillgång till dessa resurser, vilket i sin tur kräver arbete och insatser över ett brett fält av samhällssektorer.

En viktig utmaning är att bedriva ett uthålligt och långsiktigt arbete för att skapa mer jämlika villkor och förutsättningar inom detta breda fält. I Kommissionens andra delbetänkande, *För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket* (SOU 2017:4), läggs därför ett antal förslag om hur ett sådant arbete kan byggas upp och organiseras. En bärande tanke i detta betänkande är att det krävs ett löpande arbete med att ta fram,

genomföra och följa upp strategier inom de åtta nya målområden som Kommissionen pekar ut. Vi föreslår därför en rad åtgärder som vi ser som nödvändiga för att få till stånd ett system för ett sådant löpande arbete (se en mer utförlig beskrivning nedan).

De resonemang och förslag som vi här lägger fram ska därför förstås mot bakgrund av våra tidigare redovisade utgångspunkter och förslag. Vi fullföljer här det som vi i de första två betänkandena lagt grunden till. Det innebär att de konkreta förslag rörande villkor och handlingsmöjligheter som vi presenterar inom ramen för respektive målområde ska betraktas som viktiga inspel till det löpande strategiarbete som föreslagits. En viktig del i detta arbete är att skapa delaktighet och samspel mellan viktiga aktörer inom respektive målområde, vilket självfallet också innebär att dessa aktörer måste ha ett reellt inflytande på innehåll och mål i de strategier de bidrar till. Samtidigt är det förstås grundläggande att det samlade strategiarbetet hela tiden utgår från vad som kan bidra till en mer jämlik hälsa. De förslag som vi här presenterar skulle tagna tillsammans bidra till en mer jämlik hälsa, och bör därför vara centrala utgångspunkter för det föreslagna strategiarbetet.

Vi lägger här också förslag av mer övergripande karaktär, inte minst rörande generella förutsättningar för en mer jämlik hälsa. Dessa inkluderar frågor om infrastruktur liksom styr- och uppföljningsfrågor som inte kan hanteras inom ramen för det föreslagna strategiarbetet.

I tillägg till detta har vi under vårt arbete kunnat konstatera flera olika gemensamma drag som förenar de problem och utmaningar som olika samhällssektorer och aktörer brottas med. Dessa är i viss mån kopplade till faktorer och processer utanför den nationella politikens direkta kontroll, men i många fall också sprungna ur hur vi i Sverige förhåller oss till och hanterar våra gemensamma frågor. Vi ser det som angeläget att ta upp och diskutera dessa övergripande samhällsutmaningar, inte minst för att därmed få en fördjupad diskussion kring vad som är angelägna värden och förhållningssätt som det allmänna måste fokusera på och värna om.

I det följande kommer vi i detta inledningskapitel att lyfta fram vad det är vi sammantaget vill åstadkomma för att regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation ska kunna bli verklighet. Vi redogör också mer ingående för de utgångspunkter och centrala ställningstaganden som gjordes i vårt första

delbetänkande, samt rekapitulerar de viktigaste analyserna och förslagen för ett välfungerande ramverk för god och jämlik hälsa som lades fram i vårt andra delbetänkande. Vi kommer även att ge ytterligare några illustrationer av hur den ojämlika hälsan manifesteras i dödlighet och livslängd i dagens Sverige.

2.1 Vad vill vi åstadkomma?

Hälsoläget i Sverige är generellt sett gott. Det finns ändå flera orosmoment som måste uppmärksammas. Olika former av psykisk ohälsa har exempelvis ökat och är nu mycket vanligt, inte minst i yngre åldersgrupper (Folkhälsomyndigheten 2016a). Det finns också tydliga sociala skillnader i hälsa och dödlighet. Även om de med kort utbildning eller låg inkomst i Sverige har bättre hälsa än motsvarande grupper i andra länder (van Raalte et al. 2012; Mackenbach et al. 2015) har ojämlikheten i livslängd inte minskat utan är fortsatt stor mellan olika sociala grupper. Utöver att den genomsnittliga livslängden är kortare i lägre sociala skikt är också den individuella variationen inom dessa grupper större (SOU 2016:55, s. 56–60). Hur länge man lever men också hur man mår medan man lever är således socialt skiktat, men just därför också påverkbart genom olika insatser.

Avgörande för att nå regeringens långsiktiga mål att sluta de påverkbara hälsogapen är en förståelse för hur dessa uppkommer och vidmakthålls. Grundläggande i Kommissionens förklaringsmodell är ojämlikhet i resurser inom ett antal centrala livsområden, samt det dynamiska samspel som sker mellan dessa över livet. Att bryta negativa spiraler och förstärka det positiva är därmed en nyckel för att kunna minska hälsoklyftorna.

Detta är lätt att säga men svårare att åstadkomma i praktiken. Den ojämlika hälsan är ytterst en återspegling av ojämlika livsvillkor och handlingsmöjligheter som är djupt rotade i samhällsstrukturen, och därmed heller inget som snabbt kan åtgärdas. Därför menar vi att en utveckling mot en mer jämlik hälsa kräver ett ihärdigt och långsiktigt arbete, med fokus på stegvisa förändringar. Kommissionen vill åstadkomma en större förståelse för behovet av ett sådant mer uthålligt förhållningssätt till mer jämlika villkor och förutsättningar för hälsa.

Vi ser också behovet av ett brett engagemang kring mer jämlika villkor och förutsättningar för hälsa. Forskningen pekar på ett brett spektrum av livsområden som är viktiga för hälsa, och det är därmed en stor bredd av samhällsaktörer och sektorer som kan påverka vilka resurser människor i olika samhällsskikt har tillgång till. För att alla dessa sektorer och aktörer ska kunna bidra krävs dock delaktighet och gemensamt ägarskap. Detta, menar vi, kräver också en delad förståelse för det allmännas ansvar och uppgift.

Det övergripande målet för det allmännas verksamhet är redan uttalat i Regeringsformen: ”*Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa*.” (Regeringsformen, SFS 2011:109, 1 kap., § 2). Detta är således det grundläggande mål som alla offentliga system och organisationer ska verka för och hela tiden vägas mot, oavsett inom vilken sektor eller nivå av det allmänna de verkar.

Sammantaget vill Kommissionen peka ut vilken riktning arbetet för att minska hälsoklyftorna bör ta, men samtidigt understryka att en avgörande förutsättning för att åstadkomma en mer jämlik hälsa är att arbetet bedrivs uthålligt, långsiktigt och systematiskt. Dessutom vill vi bidra till en bättre förståelse för hur den ojämlika hälsan uppkommer och hur den kan minskas.

2.2 Vilka är våra grundläggande utgångspunkter?

I vårt delbetänkande *Det handlar om jämlik hälsa* (SOU 2016:55) behandlades en rad frågor rörande den ojämlika hälsan och dess drivkrafter. Kommissionen landade på basis av dessa resonemang och överväganden i ett antal ställningstaganden av vikt för arbetet med förslag som kan bidra till att sluta hälsoklyftorna i Sverige.

Kommissionens framhåller att hälsan och dess bestämningsfaktorer ingår i ett pågående samspel. Hälsa är ett viktigt värde i sig, och den formas av de villkor och möjligheter människor lever under. Men hälsan är samtidigt en avgörande förutsättning för att upprätthålla och utveckla dessa livsvillkor. Detta är ett synsätt som har en avgörande betydelse för policy och förslag – det gäller att identifiera hur

vi bäst kan främja det positiva samspelet mellan exempelvis arbete, inkomst och hälsa och motverka motsvarande negativa samspel.

Ojämlikhet i hälsa utgörs av *systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper*, och dessa tar sig två delvis olika uttryck – dels som en gradient som löper genom hela samhället, dels som hälsoproblem i grupper i särskilt utsatta situationer eller positioner. Dessa båda former av ojämlikhet i hälsa är inte väsensskilda, men kräver olika former av åtgärder av mer eller mindre riktat slag.

Vi slår fast att ojämlikhet i hälsa generellt sett uppkommer som ett resultat av ojämlikhet i tillgång till resurser – förhållanden, villkor och möjligheter – mellan olika sociala grupper. Skillnader i resurser inom centrala livsområden leder till ojämlikhet i hälsa via 1) skillnader i risker, 2) skillnader i sårbarhet/mottaglighet och 3) skillnader i de sociala och ekonomiska konsekvenserna av ohälsa. Den ojämlika hälsan drivs dessutom av skillnader i handlingsutrymme och socialt bestämda handlingsmönster, vilka i sin tur kan påverkas negativt av resursbrist. Av detta följer att vi ska försöka hitta åtgärder som påverkar såväl resurser som handlingsutrymme.

Att skillnader i resurser och handlingsmönster påverkar hälsan på flera olika sätt är en viktig poäng, dvs. att det både handlar om skilda grader av utsatthet för hälsorisker, men också skilda grader av sårbarhet eller mottaglighet för en given hälsorisk. Det hela förstärks av att konsekvenserna av ohälsa också skiljer sig mellan sociala grupper. Detta leder oss till att försöka hitta åtgärder som kan förebygga negativa spiraler, men även hitta bättre sätt att bryta negativa spiraler som pågår (och möjligen förstärka positiva dito).

Vi identifierade i vårt första delbetänkande resurser inom *sju centrala livsområden där resursbrister och sårbarheter är särskilt avgörande för jämlik hälsa*. Dessa inkluderar 1) det tidiga livet, 2) kunskaper, kompetenser och utbildning, 3) arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, 4) inkomster och försörjningsmöjligheter, 5) boende och närmiljö, 6) levnadsvanor samt 7) kontroll, inflytande och delaktighet. Resurser inom dessa livsområden genereras dels av individer själva, inom utbildningssystemet, på arbetsmarknaden, i familjen och tillsammans med andra inom civilsamhällets olika sammanslutningar, dels via välfärdsstatens olika institutioner och verksamheter. Av detta följer dels en strategisk inriktning av förslag mot dessa sju livsområden, dels att vi bör identifiera förslag som stärker såväl individers egen förmåga som samhällsinstitutionernas roll som resurs för med-

borgarna. Denna distinktion kan konkretiseras som å ena sidan insatser för att förebygga problem och å andra sidan insatser för att hantera existerande problem. Förebyggande insatser stärker kunskaper och kompetenser, samt underlättar individuella val i en mer hälsosam riktning (genom skatter, regelverk, information osv.). Genom vård, omsorg, socialförsäkringar m.m. hanteras ojämlikhet och problem som redan uppkommit.

Vi bedömer också att förslag som är inriktade på att minska den förtida dödligheten och sjukligheten bland dem med kortare utbildning, och därmed minska variationen inom denna grupp, är ett viktigt steg mot mer jämlik hälsa. Variation i ohälsa inom utbildningsgrupper (i alla fall gäller detta dödlighet) är en viktig faktor bakom skillnaderna mellan grupperna. Med högre utbildning följer längre genomsnittlig livslängd, men samtidigt också en betydligt mindre variation kring detta högre medelvärde. Det som utmärker dem med kortare utbildning är att dödlighetsrisken är systematiskt förhöjd i åldrarna mellan 30 och 75 år.

Utöver åtgärder direkt riktade mot dessa sju identifierade livsområden av vikt för hälsan menar vi att åtgärder för en *mer strategisk styrning* och uppföljning torde vara ett sätt att åstadkomma mer jämlik hälsa. Ytterst handlar förstås också detta om att åstadkomma mer nytta för medborgarna, men fokus ligger på hur olika förändringar i sättet som verksamheter styrs, fungerar och följs upp kan skapa bättre kvalitet och högre tillgänglighet. Detta bidrar i sin tur till förbättrade livsvillkor, möjligheter och hälsa för dem som behöver stöd och insatser från de olika välfärdssystemen. Framför allt handlar detta om att välfärdstjänsterna i högre grad än vad som är fallet i dag kan bidra till likvärdiga villkor för mer jämlika utfall.

Dessa centrala överväganden och ställningstaganden ger flera viktiga ingångar till arbetet med förslag. Bland de viktigaste hör *för det första* förebyggande åtgärder och tidiga insatser, inte minst för att stärka människors egna kompetenser och handlingsförmåga. Samtidigt pågår samspelet mellan hälsan och dess olika bestämningsfaktorer över hela livet, och därför kan inte insatser enbart vara förebyggande eller stärkande. *För det andra* bör åtgärder inriktas mot att stärka de resurser och det handlingsutrymme som människors har att tillgå. *För det tredje* bör åtgärder inriktas på såväl de faktorer som bidrar till skillnader mellan sociala grupper som de som bidrar till variationen inom dessa grupper. *För det fjärde* utgör existerande

institutioner och strukturer en viktig ingång för förslag. Samtidigt är det viktigt att påpeka att det inte bara kan handla om att göra mer av samma sak, utan att det i många fall rimligen måste gå att göra bättre och annorlunda för att åstadkomma det som är välfärdsinstitutionernas yttersta syfte – att tjäna som en resurs för medborgarna när och där de egna resurserna inte räcker till.

2.3 Ett förnyat ramverk för god och jämlik hälsa

Kommissionen har i sitt arbete identifierat ett antal utvecklingsområden inom det existerande folkhälsopolitiska ramverket som etablerades i och med att riksdagen antog propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35). Dessa behandlas utförligt i vårt delbetänkande *För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket* (SOU 2017:4). Kommissionens bedömning är att den befintliga folkhälsopolitiken i grunden är rätt tänkt men samtidigt i behov av utveckling och förnyelse för att fungera enligt intentionerna. I synnerhet gäller detta den del av ramverket som syftar till ett brett sektorsövergripande arbete av alla relevanta aktörer för en god och jämlik hälsa och samordningen av detta arbete. En väl fungerande tvärsektoriell styrning och uppföljning är *en* viktig förutsättning för att nå målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation och därmed en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

Mer konkret identifieras fem problem som behöver åtgärdas för att åstadkomma ett policyramverk för god och jämlik hälsa. *För det första* finns det otydligheter i målstrukturen som försvårar såväl styrning som uppföljning av folkhälsopolitiken. Exempelvis saknas delmål och statusen för målet om att sluta hälsoklyftorna behöver klargöras. *För det andra* varierar genomslaget för folkhälsopolitiken som helhet, liksom för målet om jämlik hälsa bland relevanta aktörer. Genomslaget är bättre på lokal och regional än statlig nivå, även om det finns en variation mellan olika kommuner och regioner. *För det tredje* har det varit ett allt för snävt och ensidigt fokus på ett begränsat antal målområden, vilket gör det svårt att nå målet om en god och jämlik hälsa. *För det fjärde* har relevanta aktörer bristande eller otydliga uppdrag och de saknar i stor utsträckning det stöd de anser sig behöva i arbetet. Fler behöver involveras och känna ett aktivt ägarskap för arbetet med en god och jämlik hälsa. Även Folkhälso-

myndighetens och länsstyrelsernas roll i folkhälsopolitiken behöver förtydligas. *För det femte* är uppföljningssystemet inte ändamålsenligt för att följa upp utvecklingen i förhållande till målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation.

För att hantera dessa problem krävs ett ökat fokus på jämlikhet och en tydligare målstruktur; att arbetet organiseras så att det bedrivs brett, löpande, långsiktigt och dynamiskt i förhållande till ett föränderligt samhälle; ett ökat ägarskap från alla berörda aktörer och sektorer, vilket samtidigt förutsätter ett bättre stöd och en mer välfungerande samordning; samt inte minst en mer utvecklad uppföljning som möjliggör jämförelser över tid, mellan olika samhällsnivåer och en analys av drivkrafter bakom ojämlik hälsa.

Kommissionen lägger därför ett antal förslag i delbetänkandet vilka sammantaget syftar till att komma till rätta med de brister och problem som vi identifierat. Våra förslag syftar till att skapa ett uppdaterat ramverk för den breda folkhälsopolitiken med ett tydligare fokus på en god och jämlik hälsa. De olika delarna utgör därmed en helhet som är avsedd att både lösa de olika problem vi identifierat och lägga grunden för ett långsiktigt hållbart tvärsektoriellt arbete. Förslagen inkluderar: ett modifierat övergripande mål; färre målområden med större fokus på det som driver ojämlikhet i hälsa; ett arbete med *strategier* som täcker alla målområden som sätt att säkra ett löpande arbete med tydliga mål samt ett aktivt ägarskap av berörda aktörer; en ny *övergripande struktur* för arbetet på nationell nivå; ett utvecklat *uppföljningssystem*; samt att olika aktörers roller behöver förtydligas.

Det övergripande *folkhälsopolitiska målet* bör på ett tydligare sätt adressera den ojämlika hälsan. Kommissionen föreslår därför att jämlikhetsaspekten tydliggörs. Ambitionen att en god och jämlik hälsa i hela befolkningen ska nås inom en generation bör uttryckas i anslutning till det omformulerade målet. Vi föreslår därför att det övergripande målet för folkhälsopolitiken ändras till: *Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen* (SOU 2017:4, s. 101). Vi föreslår även att det i anslutning till denna målformulering ska anges att *Ambitionen bör vara att målet ska uppnås inom en generation*.

Det behövs en större tyngdpunkt på de breda livsområden som Kommissionen pekat ut som avgörande för en god och jämlik hälsa. Kommissionen föreslår därför att dagens elva *målområden* omvandlas till åtta prioriterade målområden för en god och jämlik hälsa:

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Kommissionen föreslår att *strategier* tas fram som omfattar alla målområden. På så vis skapas en slags motor som är tänkt att löpande driva det folkhälsopolitiska arbetet på nationell nivå. I strategierna formuleras konkreta och uppföljningsbara delmål och etappmål för arbetet. Strategierna bör tas fram i ett brett samarbete mellan relevanta aktörer och förankras i riksdagen. De bör omfatta 3 till 5 år och samtliga målområden bör vara täckta senast år 2020.

För att få detta arbete att fungera menar Kommissionen att det behövs en ny *övergripande struktur* för arbetet. Det inkluderar att stärka resurserna för samordning av folkhälsopolitiken i Regeringskansliet, och att inrätta en interdepartemental arbetsgrupp samt en nationell GD-grupp för god och jämlik hälsa. Dessa ges en aktiv roll i strategiarbetet. Regeringen bör också pröva möjligheterna att integrera jämlik hälsa i budgetarbetet. Mer fokus bör läggas på arbete för att ett folkhälso/jämlik-hälsa perspektiv integreras i alla relevanta departement och myndigheters arbete.

Vidare bör Folkhälsomyndigheten ytterligare utveckla sitt arbete med *uppföljningen* av folkhälsopolitiken i samarbete med relevanta aktörer. Uppföljningen bör byggas kring en kärna av indikatorer som går att följa på nationell, regional och lokal nivå och som i möjligaste mån kopplar till EU- och internationell nivå. Indikatorerna bör också möjliggöra en analys av socioekonomiska skillnader. Folkhälsomyndigheten bör vidare arbeta för ökad spridning av resultaten, samt ansvara för en regelbunden och strukturerad uppföljning av hälsan bland grupper i särskilt utsatta situationer. För detta arbete behöver myndigheten tillgång till relevanta mikrodata. Ett tillägg bör därför göras i förordningen om officiell statistik (SFS 2001:100) som inne-

bär att all individbaserad officiell statistik, om det inte finns särskilda skäl mot detta, bör vara uppdelad efter någon socioekonomisk bakgrundsfaktor.

När det gäller olika viktiga *aktörers* ansvar menar Kommissionen att Folkhälsomyndighetens roll som samordnande aktör för folkhälsopolitiken bör förtydligas och stärkas. Länsstyrelserna liksom andra relevanta myndigheter bör också få tydligare instruktioner om sin roll i det breda arbetet med god och jämlik hälsa. Många kommuner, landsting och regioner arbetar redan aktivt inom de livsområden som är centrala för en god och jämlik hälsa. Fler kommuner, landsting och regioner bör dock prioritera ett långsiktigt och tvärsektoriellt arbete på detta område. För detta krävs att de ges adekvat stöd, inte minst från den nationella nivån.

Vidare är det viktigt att alla kommuner, landsting och regioner ges bästa möjliga förutsättningar för att arbeta för en god och jämlik hälsa. För det behöver ansvarsfördelningen mellan olika aktörer och nivåer klargöras. En statlig utredning bör därför se över detta och bedöma om existerande lagstiftning som reglerar kommunala ansvarsområden är tillräcklig eller om en särskild folkhälsolag skulle bidra till bättre möjligheter att nå målet om en god och jämlik hälsa. Utredningen bör även analysera ekonomiska styrmedel som en kompletterande eller alternativ styrform.

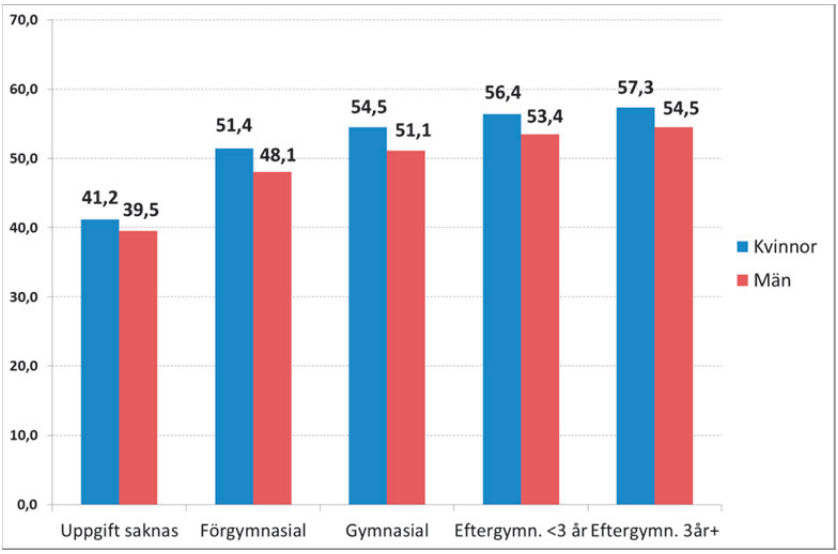
Kommissionen menar att samarbetet för en god och jämlik hälsa mellan det allmänna, det civila samhällets olika aktörer samt näringslivet bör stärkas. Kommissionen föreslår därför att inrätta ett dialogforum där regeringen löpande kan föra en bred dialog med civilsamhället.

2.4 Ojämlikhet i hälsa – en mer detaljerad uppdatering

Utgångspunkten för Kommissionens uppdrag är att det fortfarande finns en ojämlikhet i hälsa och överlevnad mellan olika grupper i Sverige. Som redovisades i vårt första delbetänkande finns också påtagliga skillnader just nu i Sverige, såväl i form av en gradient mellan bredare socioekonomiska grupper som mellan grupper i utsatta eller sårbara positioner och befolkningen i övrigt. Detta illustrerades bl.a. av skillnader i återstående medellivslängd från 30 års ålder, där socio-

ekonomisk position fångades med utbildningsnivå (fem utbildningsgrupper: uppgift saknas, förgymnasial utbildning, gymnasial, kort eftergymnasial samt eftergymnasial 3+ år).[1] En tydlig gradient mellan dem med kortare och längre utbildning framträder då klart, och skillnaden i återstående medellivslängd 2015 är sex år mellan de som har grundskola eller motsvarande och de som har universitetsutbildning om minst tre år. Skillnaden mellan dem med kort utbildning och utan uppgift om utbildning uppgick samtidigt till drygt tio år för kvinnor och knappt nio år för män. Den senare gruppen är dock liten och till stor del sannolikt bestående av människor med tidiga problem också vad gäller hälsa.

Figur 2.1 Återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå för kvinnor och män, 2015



Källa: SCB, bearbetningar gjorda för Kommissionen (Publicerad som figur 2.4 i SOU 2016:55).

[1] Vi tryckte i vårt första delbetänkande på de påtagliga skillnader som finns just nu. När det gäller trender i ojämlikhet kan man resa frågan vilken roll förändringar i utbildningsgruppernas storlek och sammansättning kan spela för slutsatserna. I en ingående analys finner Hartman och Sjögren (2017) att slutsatser om ojämlikhetens utveckling påverkas av hur social position definieras, hur den mäts samt vilka åldrar som studeras. Samtidigt finner de stöd för ökande social ojämlikhet i dödsrisker mellan 1995 och 2010 bland kvinnor 30–60 år, oavsett mått och åldersgrupp. För män finns inte detta generella mönster, men för de yngsta och de äldsta av de studerade åldersgrupperna ser ojämlikheten i dödsrisker ut att ha ökat.

Vi lyfte samtidigt fram att dessa skillnader i livslängd kan beskrivas mer dynamiskt, och presenterade hur dödsfallens fördelning över olika åldrar ser ut för olika utbildningsgrupper utifrån livslängdstabellen.[2] Det vi därmed kunde visa var att *åldersprofilen* för dödligheten ser påtagligt likartad ut för de olika utbildningsgrupperna. Den vanligaste åldern att avlida i är 89 till 90 år för kvinnor och mellan 85 och 90 för män oavsett utbildningsnivå. Samtidigt är variationen kring medelåldern vid död betydligt större bland dem med kortare utbildning (se figur 2.5 och 2.6 samt tabell 2.1, s. 57–61, i SOU 2016:55), vilket inte minst beror på att det bland dem med kort utbildning är vanligare att avlida tidigare i livet. Detta är i sin tur en viktig bidragande orsak till skillnaderna i livslängd mellan utbildningsgrupperna. Detta illustreras också i tabell 2.1 nedan.

Tabell 2.1 Andel som avlidit vid en given ålder uppdelat efter utbildning och kön. Perioden 2013–2015

Bland 30 år och äldre, enligt standardpopulationen i livslängdstabellen

	Kvinnor			Män		
Ålder	För-gymnasial	Gymnasial	Efter-gymnasial	För-gymnasial	Gymnasial	Efter-gymnasial
50 år	4,4	1,6	1,0	6,3	2,6	1,3
60 år	9,6	4,7	2,8	11,9	6,9	3,8
65 år	13,6	7,6	4,6	16,8	11,1	6,3
75 år	26,4	18,7	12,8	33,9	26,6	18,7
85 år	54,1	46,4	37,4	66,9	59,7	50,9
95 år	92,0	89,0	84,6	96,7	95,1	93,0

Källa: SCB, bearbetningar gjorda för Kommissionen.

Som framgår av tabellen finns det påtagliga skillnader i risken att avlida tidigt, både mellan kvinnor och män och mellan de tre utbildningsgrupperna. Vid 60 års ålder har 9,6 procent av kvinnorna med förgym-

[2] Detta görs utifrån den livslängdstabell som används för att beräkna medellivslängden. I denna används dödsriskerna i ettårs-grupper (dvs. antal döda i en given ålder dividerat med antalet levande i samma ålder). Detta hämtas från befolkningsregister, uppdelat på kön och utbildningsnivå. Därefter får 100 000 tänkta personer leva igenom alla ettårsklasser och deras respektive dödlighetsrisker tills inga återstår. Också detta görs för varje kombination av kön och utbildning, varför de olika grupperna i dessa beräkningar är lika stora. Det totala antalet levda år delat med 100 000 utgör medellivslängden (se även Hemström 2013).

nasial utbildning avlidit, men endast 2,8 procent bland dem med eftergymnasial utbildning. Motsvarande andelar bland männen är 11,9 respektive 3,8 procent. Skillnaderna är också påtagliga långt upp i åldrarna, även om de naturligt nog minskar betydligt i riktigt höga åldrar.

2.4.1 Drivkrafter bakom skillnader i livslängd

Mot bakgrund av detta bör frågan ställas hur dessa skillnader i livslängd mellan olika utbildningsgrupper mer precist uppkommer, dvs. vad det är för orsaker som driver skillnader i tidig död.

Till att börja med kan vi notera att vad som är en ”tidig död” inte är helt enkelt att definiera. Att avlida före 50 års ålder (givet att man lever vid 30 år) är som framgår av tabell 2.1 extremt ovanligt i alla grupper. Medianåldern för död, dvs. då hälften av respektive grupp avlidit (utifrån standardpopulationen i livslängdstabellen), är 84, 86 respektive 88 år för kvinnor i de olika utbildningsgrupperna, och 81, 83 respektive 85 år för männen. Utifrån detta kan alla dödsfall som inträffar före 80 års ålder med visst fog anses vara tidiga. En fördel med att använda medellivslängd i diskussioner om ojämlikhet i hälsa är att det sammanfattar dödligheten i olika åldrar och att ett tidigt dödsfall väger tyngre då det ger fler förlorade år. Samtidigt inträffar väldigt få dödsfall således före 50 års ålder, vilket innebär att det långt ifrån enbart är tidiga dödsfall som driver den totala skillnaden i återstående livslängd från 30 år på 6 år som redovisas i figur 2.1. Om vi fokuserar på skillnaden i medellivslängd mellan 30 och 79 års ålder är det i stället 2,2 år för kvinnor och 3,2 år för män, dvs. drygt en tredjedel respektive drygt hälften av den totala skillnaden i livslängd genereras mellan 30 och 79 års ålder.

Om vi med orsaker till ojämlikheten avser olika slags dödsorsaker i åldrarna 30 till 79 år visar beräkningar som SCB gjort för Kommissionen att tumörer och cirkulationsorganens sjukdomar står för en stor del av skillnaderna i livslängd mellan utbildningsgrupper. Bland kvinnor utgör dessa två stora grupper av dödsorsaker 48 procent av skillnaden i livslängd 2013 till 2015, bland män 44 procent.[3] En på-

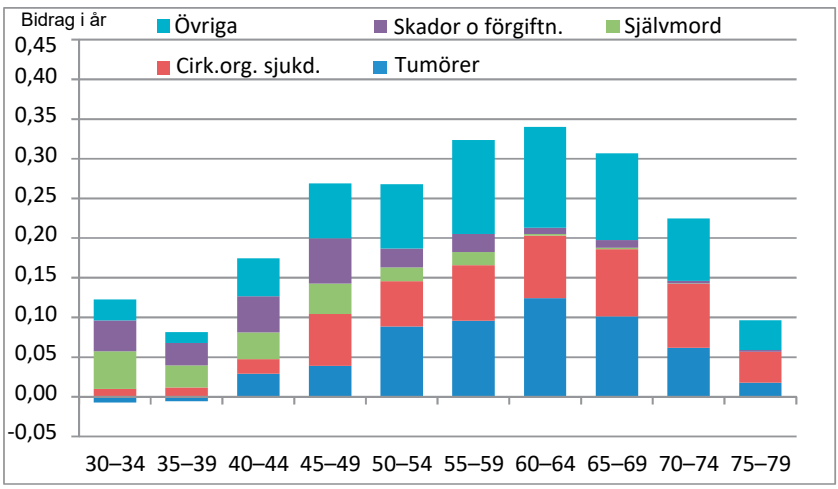
[3] Bland kvinnor står tumörer för 25 procent och cirkulationsorganens sjukdomar för 23 procent av den totala skillnaden i partiell livslängd mellan för- och eftergymnasialt utbildade (2,2 år). Bland män står tumörer för 18 procent och cirkulationsorganens sjukdomar för

taglig skillnad mellan kvinnor och män är att skador och självmord står för en betydligt större del av ojämlikheten bland män; 35 procent jämfört med 19 procent bland kvinnor.[4]

Det finns även påtagliga skillnader i åldersprofilen för olika dödsorsakers bidrag till skillnaderna i livslängd mellan utbildningsgrupperna. För såväl kvinnor som män finns ett bidrag till skillnaderna i livslängd från samtliga dödsorsaker, även om detta bidrag varierar mellan olika åldersgrupper. Samtidigt är det främst bland män som dödsfall i åldrarna 30 till 44 år ger ett påtagligt bidrag till den totala skillnaden i livslängd mellan 30 och 79 (Figur 2.2a–b).

Figur 2.2a Bidrag av olika dödsorsaker till skillnaden i partiell livslängd mellan för- och eftergymnasialt utbildade, 30–79 år

Kvinnor, 2013–2015, sammanlagd skillnad 2,2 år.



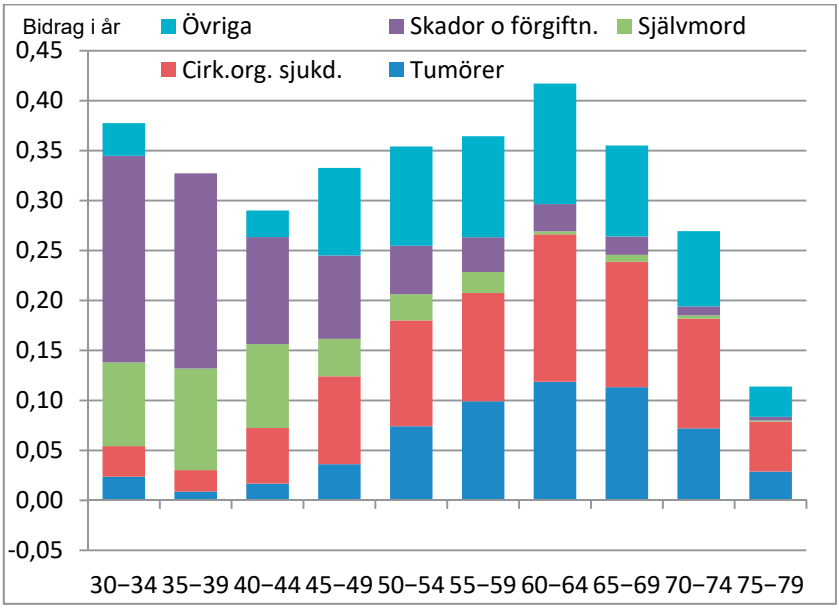
Källa: SCB, bearbetningar gjorda för Kommissionen.

26 procent av den totala skillnaden i partiell livslängd (3,2 år) enligt de beräkningar som SCB gjort för Kommissionen.

[4] Skador och förgiftningar svarar för 11 procent och självmord för 8 procent bland kvinnor. Motsvarande tal för män är 23 respektive 12 procent.

Figur 2.2b Bidrag av olika dödsorsaker till skillnaden i partiell livslängd mellan för- och eftergymnasialt utbildade, 30–79 år

Män, 2013–2015, sammanlagd skillnad 3,2 år.



Källa: SCB, bearbetningar gjorda för Kommissionen.

Från figurerna 2.2a–b kan även utläsas att självmord och skador är de dödsorsaker som dominerar det bidrag som åldersgrupperna 30 till 45 år ger till den totala skillnaden i levnadsår mellan för och eftergymnasialt utbildade män. Också bland kvinnor är dessa orsaker de relativt sett viktigaste under 40 år, men bland männen bidrar de substantiellt till den totala skillnaden upp till 50–års åldern. Bland männen är det också så att cirkulationsorganens sjukdomar fortfarande bidrar mest till ojämlikheten i livslängd från 50 år, medan det bland kvinnor är tumörer och övriga sjukdomar som ger de största bidragen.

Sammanfattningsvis ger ovanstående uppdelning av skillnaderna i livslängd 30 till 79 år mellan de med kort respektive lång utbildning flera viktiga insikter. Ett brett spektrum av dödsorsaker bidrar till skillnaderna i livslängd, men deras relativa betydelse varierar över åldersgrupperna. Detta understryker vikten av att arbeta brett mot de villkor och möjligheter som ökar sjukdomsrisker likväl som sårbarheter generellt över ett brett spektrum av sjukdomar. Bland män

ser vi dessutom ett påtagligt bidrag till skillnaderna i livslängd i åldrarna 30 till 44 (ett år av totalt 3,2 år), vilket domineras av skador, förgiftningar och självmord (knappt 0,8 år sammanlagt). Detta belyser också vikten av mer specifika främjande och förebyggande åtgärder för att minska olycksfall och självmord. Även sådana insatser måste dock göras mot bakgrund av mer generella åtgärder, exempelvis på alkoholområdet.

2.4.2 Livslängd bland utrikes och inrikes födda

En viktig aspekt av de uppgifter som presenterades i vårt första delbetänkande (och återges i figur 2.1 ovan) är att de baseras på data för människor födda i Sverige. En fråga blir då hur livslängden bland de utrikesfödda i olika utbildningsgrupper skiljer sig från de svenskföddas, och därmed om skillnaderna i livslängd mellan olika utbildningsgrupper blir annorlunda om de utrikesfödda tas med i beskrivningen. I tabell 2.1 redovisar vi därför den återstående medellivslängden vid olika åldrar efter kön, utbildningsnivå, samt uppdelat på inrikes och utrikes födda för perioden 2013 till 2015.

Tabell 2.2 Återstående medellivslängd vid olika åldrar efter kön, utbildningsnivå, inrikes och utrikes födda 2013–2015

Födelseland	**Kvinnor**				
Ålder	Totalt	Uppgift saknas	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial
Utrikes födda					
30 år	**54,42**	54,12	53,39	54,57	56,34
50 år	**34,89**	34,67	33,90	35,17	36,69
65 år	**21,21**	21,14	20,38	21,54	22,87
85 år	**6,85**	7,05	6,53	7,00	7,60
Inrikes födda					
30 år	**54,40**	41,50	51,40	54,42	56,79
50 år	**34,97**	25,04	33,04	35,05	37,18
65 år	**21,39**	18,47	20,47	21,56	23,14
85 år	**6,75**	6,33	6,56	6,98	7,44

Födelseland	**Män**				
Ålder	Totalt	Uppgift saknas	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial
Utrikes födda					
30 år	**50,83**	50,74	49,00	50,48	53,55
50 år	**31,55**	31,42	30,06	31,28	34,09
65 år	**18,51**	18,48	17,53	18,37	20,52
85 år	**5,93**	6,53	5,48	5,83	6,44
Inrikes födda					
30 år	**51,08**	40,50	48,09	51,12	53,85
50 år	**31,98**	23,40	30,41	32,06	34,32
65 år	**18,85**	15,45	17,95	19,05	20,52
85 år	**5,59**	5,32	5,35	5,75	6,19

Källa: SCB, Bearbetningar gjorda för Kommissionen.

I tabellen redovisas den återstående medellivslängden vid olika åldrar, dvs. för de som levt tills de är 30, 50, 65 eller 85 år, anges hur många år de i genomsnitt har kvar att leva. Tabellerna särredovisar dessa uppgifter för olika utbildningsgrupper, inrikes och utrikes födda, separat för kvinnor och män.

Totalt sett skiljer den återstående medellivslängden väldigt lite mellan utrikes och inrikes födda, i synnerhet bland kvinnor. I de olika utbildningsgrupperna finns det dock en påtaglig variation, och i grupperna med kort eller ingen utbildning är det de utrikes födda som lever längre. När det gäller gruppen som saknar uppgift om utbildning måste denna skillnad i första hand ses som ett resultat av att den inhemska gruppen är mycket liten, och sannolikt i betydligt högre grad än de utrikes födda utan registrerad utbildning har sociala och hälsomässiga problem. Detta understryks av att de utrikes födda utan registrerad utbildning lever längre än utrikes födda med förgymnasial utbildning, vilket tyder på att de utrikes födda som finns i denna grupp i stor utsträckning har olika former av resurser, och att det snarare varit problem att fastställa utbildningsnivån än avsaknad av utbildning.

Men även bland dem med förgymnasial utbildning har utrikes födda ett påtagligt försprång när det gäller återstående medellivslängd från 30 år, och för kvinnor även från 50 år. I övrigt är skillnaderna mycket små eller måttliga till de inrikes föddas fördel. Detsamma gäller för dem med gymnasial och eftergymnasial utbildning.

I den äldsta åldersgruppen är dock den lilla skillnad som finns genomgående att de utrikes födda lever lite längre i genomsnitt.

Sammantaget ger detta således en relativt sammansatt bild, men en avgörande slutsats är att utrikes och inrikes födda uppvisar stora likheter i återstående livslängd, och att de större skillnader som finns i huvudsak innebär att utrikes födda lever längre. Även skillnaderna i livslängd efter utbildning är i grunden likartat i de två grupperna. Bland de utrikes födda är dock skillnaderna i livslängd från 30 år påtagligt mindre mellan utbildningsgrupperna än vad som är fallet för inrikes födda. Den ojämlikheten i livslängd som finns i Sverige är således inte ett resultat av invandring.

SCB har i andra sammanhang beskrivit livslängden i olika sociala grupper (SCB 2016), och där redovisat hur livslängden skiljer sig mellan infödda och utrikes födda från olika grupper av länder i stället för mellan olika utbildningsgrupper. Dessa uppgifter kan bidra till en ytterligare nyansering av livslängdsskillnaderna mellan inrikes och utrikes födda (Tabell 2.3).

Tabell 2.3 Återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter kön, period och födelselandsgrupp samt förändring mellan perioderna

	Kvinnor			Män		
Födelselandsgrupp	2000–2004	2010–2014	Förändring	2000–2004	2010–2014	Förändring
Sverige	52,9	**54,2**	1,3	48,8	**50,8**	2,0
Norden utom Sverige	51,6	**53,0**	1,4	45,8	**48,1**	2,3
EU utom Norden	53,6	**55,1**	1,5	49,5	**51,4**	1,9
Övriga Europa	52,4	**53,9**	1,5	47,9	**49,9**	2,0
Högt HDI* utom Europa	55,4	**56,1**	0,7	50,7	**52,4**	1,7
Medel HDI* utom Europa	54,3	**55,5**	1,2	50,2	**52,3**	2,1
Lågt HDI* utom Europa	54,8	**55,8**	1,0	48,9	**51,8**	2,9
Totalt	***52,8***	***54,2***	***1,4***	***48,7***	***50,7***	***2,0***

* Human development index.

Källa: SCB 2016, s. 62, tabell 6.

Tabellen redogör för en förändring över en tioårsperiod, men här är fokus i första hand på de senare åren (2010 till 2014) (markerat med fet stil). Eftersom tabell 2.3 täcker en tidigare period än tabell 2.2 är den återstående medellivslängden från 30 års ålder här något lägre, men det spelar i sammanhanget mindre roll. Huvudpoängen i tabell 2.3 är i stället att den grupp av utrikes födda som har en klart *kortare* återstående medellivsängd än infödda är de från övriga nordiska länder. Bland kvinnor har *alla* andra utrikes födda längre återstående livslängd än infödda, bland männen är det alla andra förutom de från övriga Europa (förutom norden och EU-länderna).

De som invandrat till Sverige har kommit av olika skäl vid olika tidpunkter, och det faktum att dödligheten i flera grupper bland utrikes födda är lägre än för infödda betyder inte att hälsan alltid är god. Bland flyktingar är exempelvis förekomsten av psykisk ohälsa hög, även om den varierar kraftigt beroende på vilken grupp av flyktingar det handlar om. En kunskapssammanställning av studier inom området drog slutsatsen att över 20 procent av de som flyr från krig som regel lider av psykisk ohälsa (Bogic et al. 2015). Svenska Röda Korsets studie av flyktingar från Syrien skattar förekomsten av psykisk ohälsa bland dessa till kring 30 procent (Tinghög et al. 2016). De beräkningar vi presenterat i tabell 2.2 och 2.3 pekar samtidigt på att utrikes födda i genomsnitt ändå lever lika länge eller längre än infödda, och att den grupp som avviker med betydligt kortare livslängd är de som invandrat från andra nordiska länder.

2.4.3 Ojämlikhetens geografiska variation[5]

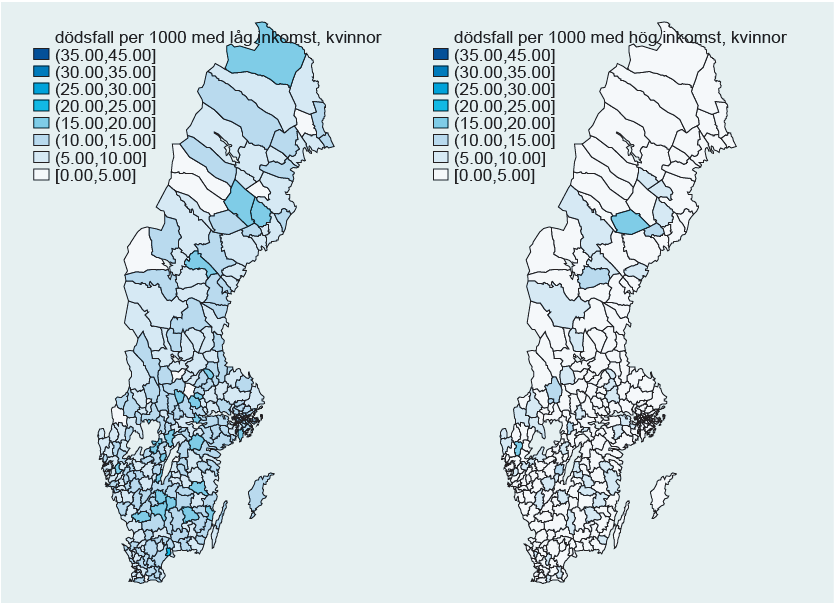
Regionala skillnader i hälsa och dödlighet liksom regional variation i ojämlikhet i hälsa är i sig viktiga dimensioner av den ojämlika hälsan. Skillnader i villkoren för hälsa generellt och i olika sociala grupper mellan kommuner kan ses som ett problem i ett samhälle som strävar efter lika villkor över hela landet. Regional variation är emellertid också en indikation på att hälsorisker i utsatta grupper inte är givna, utan att de påverkas av faktorer i människors omgivning och att det därmed går att på politisk väg påverka ojämlikheten i hälsa och död-

[5] Detta avsnitt baseras på Hartman och Sjögren (2017).

lighet. För detta krävs dock en grundläggande kunskap om hur hälsan och de sociala skillnaderna i hälsa varierar över landet.

En startpunkt är att etablera hur den geografiska variationen i hälsa ser ut i olika sociala skikt. Vi redovisar här dödligheten bland låg- respektive höginkomsttagare i landets kommuner för att illustrera detta.

Figur 2.2 Dödsrisk inom tre år bland kvinnor med låg respektive hög inkomst, 2007–2011



Källa: Hartman och Sjögren 2017, figur 4.3, s. 37.

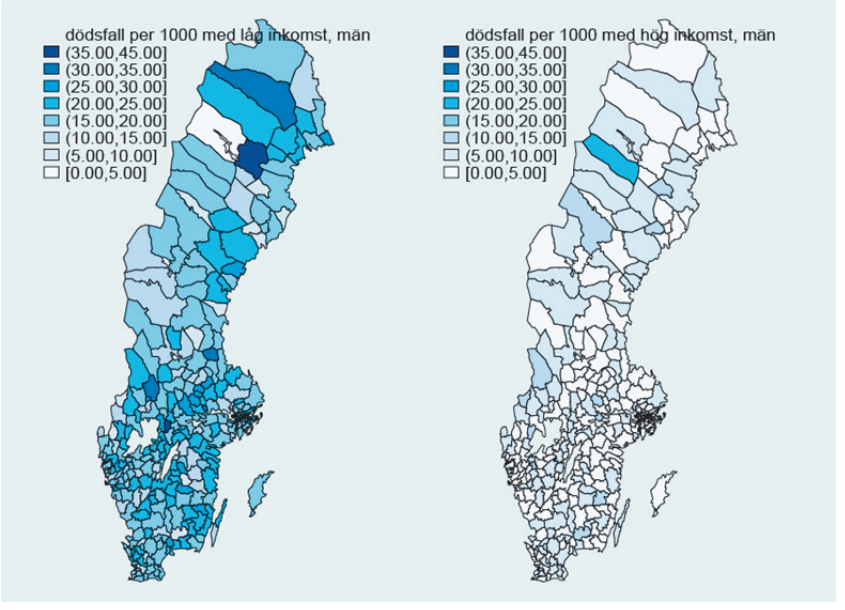
I figur 2.3 och 2.4 redovisas dödsrisker (antal dödsfall per 1 000 personer) i botten respektive toppen av inkomstfördelningen (de 20 procent med lägsta respektive högsta inkomster), för kvinnor och män i åldrarna 30 till 60 år.[6] Ju mörkare blå färg, desto fler dödsfall per 1 000 är det i den kommunen.

Här framkommer en påtaglig variation över landet, särskilt bland män, men något uppenbart mönster med tydlig skillnad mellan t.ex.

[6] Dödligheten för 30–60-åringar följs under tre år, dvs. de yngsta som avlider är 31 år gamla, de äldsta är 63 år. Detta görs för respektive år 2007 till 2011, och medelvärdet av antal dödsfall per 1 000 för denna femårsperiod redovisas.

norr och syd, eller små och stora kommuner går inte att utläsa från figurerna. Kartorna visar samtidigt att dödligheten varierar betydligt mer över landet bland individer med låg inkomst jämfört med dem med hög inkomst. Att utjämna skillnader i dödsrisker kan alltså till stor del sägas handla om att förbättra situationen för individer med låga inkomster.

Figur 2.4 Dödsrisk inom tre år bland män med låg respektive hög inkomst, 2007–2011

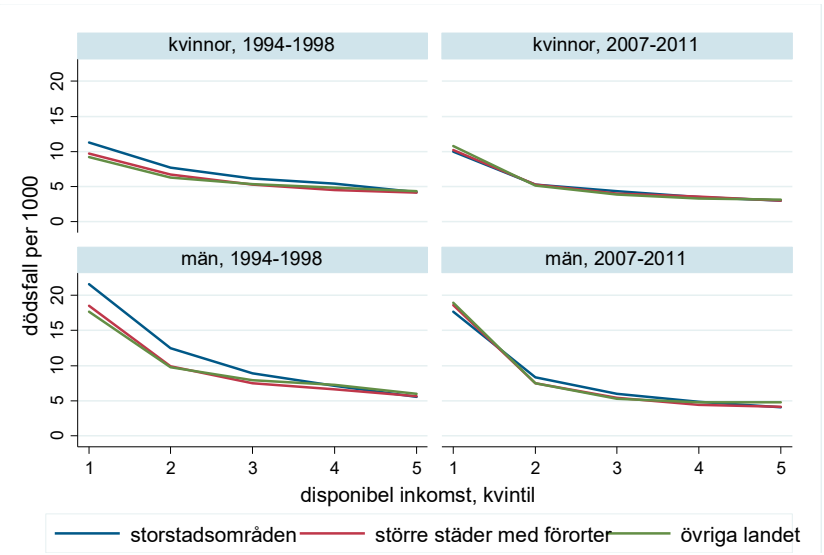


Källa: Hartman och Sjögren 2017, figur 4.4, s. 38.

Det finns således en variation över landet, men det är avgörande i vilken mån denna variation, främst då skillnader i dödlighet bland dem med låga inkomster, på något sätt kan kopplas till skillnader i kommunernas förutsättningar. Det finns grundläggande skillnader mellan kommunerna i Sverige vad gäller befolkningsstorlek, geografisk täthet och närhet till större tätorter. Vi använder därvid den klassificering som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utarbetat, och grupperar kommunerna i Storstadsområden, Övriga städer med förorter, samt Övriga landet.

I figur 2.5 illustreras ojämlikheten i dödlighet i de tre kommuntyperna, separat för kvinnor och män efter position i inkomstfördelningen för perioden 1994 till 1998 respektive 2007 till 2011. Dödligheten är för det första högre i lägre inkomstskikt, och att detta är tydligare bland män än bland kvinnor. Detta samband är för det andra starkare i storstadsområden under den första perioden (1994 till 1997), och i synnerhet då för män. Samtidigt har dock denna skillnad mellan kommungrupper minskat tydligt över tid. Framför allt är det skillnaden mellan storstäderna och de övriga kommuntyperna som har minskat, och sambandet mellan inkomst och dödlighet är relativt likartat mellan olika kommuntyper i slutet av den studerade perioden (2011).

Figur 2.5 Dödsrisk över inkomstfördelningen, per kommuntyp, kön och tidsperiod, 1994–1997 samt 2007–2011



Källa: Hartman och Sjögren 2017, figur 4.6, s. 40.

Ytterligare analyser som redovisas i rapporten (Hartman och Sjögren 2017, s. 41–43) visar att de regionala skillnaderna i dödlighet i nedre delen av inkomstfördelningarna minskat under den studerade perioden. Denna utveckling är mindre tydlig i den övre delen av fördelningen, men sammantaget har ändå de regionala skillnaderna i ojämlikhet minskat sedan mitten på 1990-talet.

Även om den kommunala variationen i ojämlikheten i hälsa – mätt som skillnad i dödlighet mellan de socioekonomiskt svagaste och den starkaste gruppen – således har minskat något över tid finns fortfarande påtagliga skillnader mellan olika delar av landet. Framför allt handlar det om att dödligheten bland fattiga och lågutbildade varierar – de rikaste eller de med högst utbildning har betydligt mer likartad dödlighet oavsett var de bor. Detta är också helt i enlighet med internationella fynd (se exempelvis Mackenbach et al. 2015). Denna variation är till viss del också systematisk. Analyserna som redovisas av Hartman och Sjögren visar att dödligheten för fattiga kvinnor och män och lågutbildade kvinnor är *lägre* på platser med högre välstånd, utbildning och mer positiva livsstilsfaktorer. Också detta följer fynd från andra länder, främst USA (se exempelvis Chetty et al. 2016).

3 Generella utmaningar för att skapa mer jämlika villkor

Vår analys i det första delbetänkandet landar i att en mer jämlik hälsa kan uppnås om människors resurser inom sju centrala livsområden blir mer jämlikt fördelade.[1] Vi pekar på att resurser inom dessa olika livsområden genereras på flera olika sätt. Detta sker först och främst av individer inom familjen, tillsammans med andra i civilsamhällets sammanslutningar och på marknaden, men välfärdsstatens olika institutioner tillhandahåller också resurser i form av tjänster och transfereringar.

Ojämlikheter i olika avseenden kan sägas börja i fosterlivet och det tidiga livet, genom de skillnader i förutsättningar och möjligheter som barn får i och med att föräldrar och andra närstående skiljer sig åt vad gäller tillgång till viktiga resurser (se exempelvis Jackson 2013; Atkinson 2015). Resurser överförs mellan generationer, och därigenom vidmakthålls olika former av ojämlikhet över flera generationer, också i relativt jämlika länder som Sverige (Hällsten 2014).

De resurser som via olika välfärdsinstitutioner kommer medborgarna till del är särskilt viktiga för människor med mindre av egna resurser. Dessa institutioner spelar därmed en avgörande roll för att i någon mån utjämna de skillnader i villkor och möjligheter som uppstår i familjerna och som fortplantas mellan generationer och över livscykeln. Det främsta redskapet som står till buds för att motverka olika former av ojämlikhet i hälsans bestämningsfaktorer är därför välfärdsstatens olika institutioner. Även insatser för att öka

[1] 1) Det tidiga livets villkor, 2) Kompetenser, kunskaper och utbildning, 3) Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, 4) Inkomster och försörjningsmöjligheter, 5) Boende och närmiljö, 6) Levnadsvanor, samt 7) Kontroll, inflytande och delaktighet. I vårt andra delbetänkande föreslår vi att dessa också bör utgöra målområden i ett uppdaterat folkhälsopolitiskt ramverk, då med tillägg av En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård som åttonde målområde.

kunskaper, kompetenser och humankapital, och därigenom människors egen förmåga att skapa eller hantera de resurser de har tillgång till, sker ofta inom ramen för välfärdsinstitutioner.

Redskapen som står till politikens förfogande utgörs därmed till övervägande del av de välfärdsinstitutioner vi har inom olika sektorer och olika former av förbättringar eller reformer av dessa. Av detta följer att det blir angeläget att diskutera vilka möjligheter och begränsningar vi ser för sådana reformer och förbättringar. Vad är det för utmaningar och problem som den svenska välfärdsstaten och välfärdspolitiken står inför under kommande decennier? Och mer konkret, hur ska den allt mer komplexa väv av organisationer på olika nivåer styras på ett sätt som ger det bästa resultatet för medborgarna?

Detta är på inget sätt nya frågor. Tvärtom har många utredningar, forskare och debattörer under lång tid lyft i stort sett samma utmaningar (se t.ex. SOU 2001:79; SOU 2007:10; SOU 2013:40). Vi ska nedan kort diskutera ett antal utmaningar, men göra det utifrån en uppdelning i externa förutsättningar och mer interna funktionsproblem. Tanken här är att vissa trender och förändringar i Sverige och omvärden är svåra att påverka för en enskild stat, och definitivt utanför vad en enskild utredning kan hantera. Samtidigt menar Kommissionen att det finns ett antal svårigheter och utmaningar som i huvudsak är resultatet av inhemska beslut och låsningar. Därmed finns det enligt vår bedömning ett påtagligt utrymme för politiska beslut för att nå mer jämlika villkor och möjligheter, och därmed också en mer jämlik hälsa.

3.1 Välfärdspolitikens utmaningar och gränser

3.1.1 Externa utmaningar

I såväl forskning som utredningar kring välfärdsstaten och de olika välfärdssystemen pekas regelmässigt på ett antal utmaningar av extern art, dvs. förändrade förutsättningar utanför välfärdssystemen själva som utgör utmaningar för finansiering och/eller organiseringen av välfärdssystemen. Dessa är i många fall generella för många västliga välfärdsstater, men kanske särskilt uttalade för de nordiska länderna, inte minst då Sverige. Två av de mest diskuterade utmaningarna är *internationalisering* (eller globalisering) samt den *åldrande befolkningen* (se t.ex. Kvist et al. 2012; Morel et al. 2012).

Internationalisering är i ekonomisk mening en process där resurser, varor och kapital rör sig mellan länder och över gränser allt snabbare och billigare (Kvist 2013). Dessutom kan begreppet kopplas till en ökad rörlighet av människor, och ett större beroende mellan människor och länder i olika delar av världen. Den konventionella analysen av internationaliseringens konsekvenser är dock främst kopplad till produktionsfaktorernas ökade rörlighet. Detta antas begränsa nationalstaternas möjlighet att beskatta företag och kapital samtidigt som konkurrensen om att dra till sig företagande och kapital ökar. Sammantaget leder detta till minskade välfärdsambitioner som en följd av minskade skatteintäkter. Detta brukar kallas för en kapplöpning mot botten (*race to the bottom*).

Detta resonemang måste dock omgärdas med flera frågetecken. Kommittén välfärdsbokslut diskuterade i sitt slutbetänkande (SOU 2001:79) olika scenarier och möjligheter i ljuset av välfärdsutvecklingen i Sverige och omvärden under 1990-talet. Slutsatsen av den värdering som där görs är att det inte går att ensidigt fokusera på skattebaser och förändringar i deras rörlighet i ett resonemang om vilken betydelse internationaliseringen kan tänkas ha för möjligheterna att finansiera en ambitiös välfärdspolitik:

> Skatternas nivå är sannolikt heller inte det enda som avgör var individer eller företag väljer att bosätta sig respektive investera. Det är rimligt att tänka sig att individer och företag är mer toleranta mot ett högt skattetryck om de upplever att de får valuta för den skatt de betalar. Likväl som det går att tala om skattekonkurrens går det alltså att tala om ”välfärdskonkurrens”, det vill säga att kvaliteten och omfattningen på den offentliga servicen kan vara en konkurrensfördel för länder när det gäller att locka till sig investeringar och attraktiv arbetskraft (SOU 2001:79, s. 228).

Nyare forskning pekar också på att antagandena kring internationaliseringens konsekvenser för välfärdspolitiken saknar empiriskt stöd och att högre välfärdsutgifter under vissa omständigheter även kan öka ett lands konkurrenskraft (Chen et al. 2014). I vart fall är relationerna mellan välfärdsstatens ambitioner och möjligheter att finansiera dessa sannolikt betydligt mer komplexa än den konventionella synen på internationaliseringen och dess konsekvenser låter påskina.

Utmaningen med en *åldrande befolkning* är också den kopplad till välfärdspolitikens kostnader och finansiering. Ytterst handlar detta om balansen i samhället mellan de grupper som får omsorg, utbild-

ning och vård, dvs. barn, unga och äldre, och den förvärvsarbetande befolkningen. När befolkningen blir allt äldre riskerar vi att få en situation där allt färre ska försörja allt fler. Detta skulle i sin tur kunna leda till sänkt ambitionsnivå i olika delar av vård- och omsorgssystemen eller högre skatter.

Prognoser av den så kallade försörjningskvoten, grovt sett hur många som arbetar i relation till hur många som inte gör det[2], visar att befolkningssammansättningen sannolikt kommer att fortsätta förändras så att färre kommer att försörja fler i framtiden. Dessutom pekar prognoserna på att denna utveckling troligen kommer att gå allt snabbare (se t.ex. Anderstig 2012). Samtidigt är förstås kopplingen mellan andelen i förvärvsaktiva åldrar, eller mellan dem i och utanför sysselsättning, inget entydigt mått på kostnader för välfärdsåtaganden. I en åldrande befolkning där vård- och omsorgsbehov skjuts upp i åldrarna ökar inte nödvändigtvis kostnaderna för omsorg och sjukvård. En sådan utveckling sätter dock också fingret på arbetslivets längd, och de scenarier som framräknats varierar påtagligt med antaganden om arbetslivets längd.

En fråga som kan ses som såväl en utmaning som en möjlighet är *migrationen*. Sveriges befolkning skulle vara betydligt mindre utan det inflöde av migranter vi har haft, men också ha en klart större andel äldre. Å andra sidan skulle försörjningskvoten ha varit densamma eftersom andelen 0 till 19 år är större än den hade varit utan migration (Lundkvist 2016).

Migrationen ger oss alltså fler yngre, vilket är en förutsättning för att i framtiden kunna försörja och vårda våra allt fler äldre. Detta bygger dock på att sysselsättningen inte enbart förlängs till högre åldrar, utan att den invandrade befolkningens sysselsättning blir högre. Sannolikt krävs då att denna grupps utbildningsnivå och kompetenser kan höjas och tas tillvara på ett bättre sätt än nu.

Sammanfattningsvis handlar de externa utmaningarna något förenklat om möjligheterna att finansiera en välfärdsstat med den ambitionsnivå vi hittills vant oss vid. En åldrande befolkning riskerar att påverka försörjningskvoten negativt, och även om fler äldre är friska och arbetar längre upp i åldrarna kan behoven av vård, omsorg

[2] Försörjningskvoten beräknas ofta enbart utifrån befolkningssammansättningen genom att antalet i åldrarna 0 till 19 + 65- divideras med antalet i åldrarna 20 till 64. Mer rättvisande vore att relatera antalet som inte är sysselsatta med de sysselsatta, men det kräver antaganden om sysselsättningen, se Anderstig (2012).

och försörjning komma att öka. Samtidigt försvårar skattebasernas ökade rörlighet sannolikt möjligheterna att skattevägen finansiera den ökning av kostnader denna utveckling skapar. Migrationen kan här bidra med ett välbehövligt tillskott av yngre arbetskraft, förutsatt att integration och arbetsmarknadsdeltagande kan bli bättre.

Även om dessa utmaningar skapas av förhållanden utanför den svenska politikens direkta kontroll är det självfallet så att det finns olika sätt att hantera dem. Avgörandet hur dessa utmaningar bäst hanteras ligger ytterst i händerna på svenska väljare och politiker, även om de yttersta orsakerna inte gör det. Det finns inte enbart ett svar eller en väg framåt.[3] Dessutom är omvärlden och de utmaningar den skapar också föränderlig, och de hot och möjligheter som har knutits till den ökande internationaliseringen kan mycket väl ersättas av hoten från protektionism och nationalism.

3.1.2 Interna utmaningar

I tillägg till de externa utmaningar som den svenska välfärdsstaten har att hantera och som ofta har diskuterats finns det anledning att fästa uppmärksamhet på ett antal utmaningar eller funktionsproblem som i huvudsak kan sägas vara inhemskt skapade. Sådana utmaningar är interna i betydelsen av att de kan ses som en följd av hur policy och regelverk kopplade till olika välfärdssystem utvecklats. Dessa är förstås inte helt frikopplade från de faktorer som vi ovan diskuterade som externa utmaningar, men vi bedömer att de problem och utmaningar som vi diskuterar nedan på ett helt annat sätt är orsakade av beslut (och avsaknad av beslut) i Sverige, och därmed också på ett helt annat sätt kan åtgärdas inom ramen för den nationella politiken.

Gemensamt för många av dessa utmaningar är, enligt Kommissionens bedömning, att de rör brister i välfärdssystemens förmåga att fullt ut utgöra den välfärdsresurs som de är avsedda att vara. Detta

[3] Det finns även anledning att minnas hur tidigare utmaningar och kriser har kunnat hanteras, delvis på tvärs mot dåtidens prediktioner. Glennerster (2010) lyfter fram ett antal ”undergångsprofeter” från 1970- och 80-talen som förutspådde avgörande hållbarhetsproblem för västvärldens välfärdsstater, och då inte minst problem med att finansiera välfärdsinstitutionerna. Dessa prediktioner kom av olika skäl på skam, och snarare än att minska ökade de sociala utgifterna påtagligt i många välfärdsstater mellan 1980 och 2005 utan att större svårigheter till finansiering uppträdde.

kan i sin tur sägas sammanhänga med såväl innehåll som organisering av dessa system.

Dessa två dimensioner, vad välfärdssystemen å ena sidan ska leverera i form av såväl tjänsternas tillgänglighet och kvalitet som i bemötande av medborgare och brukare hänger rimligen samman med hur de å andra sidan organiseras och styrs. Dessutom sammanhänger välfärdsinstitutionernas funktion med samhällets funktion i stort. Detta har lyfts av Rothstein (2011, s. 128–129), som menar att en fungerande välfärdsstat bygger på tillit, och grundläggande i detta är medborgarnas tillit till att välfärdssystemen levererar det som är utlovat samt att de fungerar transparent och rättvist. Men dessutom bidrar välfärdsinstitutionerna till att skapa och upprätthålla tillit, i synnerhet om de bidrar till jämlikhet (Rothstein 2011, s. 148–156). Erfarenheterna av välfärdssystemen påverkar således tilliten till systemet (Kumlin och Haugsgjerd 2017), vilket i sin tur är viktigt för villigheten att bidra till systemen via skattsedeln. Även här ser vi alltså ett dynamiskt samspel.

Om *innehållet* i det som välfärdssystemen ska leverera (kvalitet, tillgänglighet, bemötande) försämras riskerar således tilliten och stödet för välfärdssystemen, liksom till politiken i stort, att urholkas. Det är inte ens nödvändigt att den faktiska kvaliteten av innehållet försämras, utan sannolikt påverkas tilliten till systemen av den allmänna uppfattningen av skolans, sjukvårdens och socialförsäkringarnas kvalitet och innehåll. Hittills tycks dock förtroendet för dessa institutioner hålla sig stabilt (Ekengren Oscarsson och Bergström 2015).

Men om medborgarna i sina direkta möten med t.ex. förskola, grundskola, hälso- och sjukvård och äldreomsorg börjar tvivla på att de kan få välfärdstjänster av god kvalitet och ett värdigt bemötande uppstår på sikt problem som går långt utöver varje sådan negativ erfarenhet. Detsamma gäller förstås även tilliten till hur väl de ekonomiska transfereringarna via socialförsäkringssystemet förmår att hantera perioder av bristande försörjningsförmåga. I Sverige har socialförsäkringssystemet länge vilat på principen om universalism, dvs. att ersättningarna gäller alla inom ramen för en inkomstbortfallsprincip. Innebörden är att ersättning utgår som en procentuell andel av inkomsterna, i stället för ett fixerat (ofta lågt) grundbelopp. Generellt sett verkar system baserade på inkomstbortfallsprincipen mer omfördelande än system baserade på låga grundbelopp (Nelson

2004). Sedan mitten av 1990-talet har dock det allmänna socialförsäkringssystemet blivit allt mindre generellt, i och med att andelen med inkomster överstigande 7,5 prisbasbelopp (motsvarande en inkomst före skatt om 28 000 kronor per månad under 2017) blivit allt fler (Hedborg 2016). Detta leder dels till att systemen inte på samma sätt levererar det som medborgarna sannolikt förväntar sig, men också till att olika särlösningar i form av avtalade förmåner tillkommer vid sidan av det allmänna systemet. Detta riskerar i sig att förstärka den minskade graden av universalism som den långsiktiga urholkningen representerar.

Brister i välfärdssystemens innehåll kan sammanhänga med faktorer som generell resursbrist i relation till givet uppdrag. Men det finns också indikationer på att andra faktorer spelar roll, som hur verksamheterna *organiseras och styrs*. Den offentliga verksamheten i Sverige är ambitiös och komplex. Den organiseras i olika sektorer, liksom i statlig, landstingskommunal och primärkommunal nivå. Sektorsindelningen är en nödvändig förutsättning för att det offentliga ska kunna arbeta effektivt. Samtidigt riskerar en alltför långt driven specialisering att skapa fler gränser och bidra till kommunikationsproblem och effektivitetsförluster. På motsvarande sätt kan ansvarsfördelningen mellan olika samhällsnivåer (nationell, regional och lokal nivå) skapa friktion. I Kommissionens dialogarbete framkom ofta en frustration från människor som arbetar inom olika välfärdssektorer med olika problem som kopplas till vad som ofta kallas stuprörstänkande, mellan sektorer, aktörer och samhällsnivåer.

Hur den komplexa offentliga verksamhet ska organiseras och styras är förstås i sig en utmaning, där det inte finns någon optimal lösning. Flera tidigare utredningar pekar dock på problem, och mycket talar för att det finns behov av att hitta nya styr- och organisationsformer. I synnerhet gäller detta om de tvärsektoriella utmaningarna, som jämlikhet, jämställdhet och miljöfrågor representerar, ska kunna lösas.

3.2 Slutsatser – behov av ett medborgarperspektiv

Dessa resonemang pekar på såväl externa som interna utmaningar för välfärdssystemens funktion, vilka måste hanteras om de ska kunna lösa sina primära uppgifter, i synnerhet vad gäller likvärdighet och

insatser efter behov, och därigenom också bidra till minskade hälsoskillnader. För att åstadkomma större effekt i ett utvecklat och komplext samhällssystem som det svenska krävs rimligen en verksamhetsutveckling som även inkluderar att arbeta annorlunda gentemot förut. Om välfärdssystemen i ännu högre grad än hittills ska bidra till likvärdiga villkor och möjligheter för människor krävs sannolikt reformer av såväl *vad* som görs som *hur* det görs.

Samtidigt leder de resonemang vi ovan för också till slutsatsen att välfärdssystemens förmåga att bidra till människors liv och möjligheter också är själva nyckeln till de utmaningar vi står för. Om samhällets institutioner förmår bidra till människors liv med god utbildning, sjukvård, omsorg och inkomstskydd under livets olika skeden skapas inte bara bättre villkor och möjligheter för dem som berörs, utan på sikt bidrar detta även en hög grad av samhällelig tillit. Detta ger i sin tur bättre förutsättningar för välfärdssystemen att lyckas med sina uppdrag.

Enligt Kommissionens bedömning är det avgörande för om välfärdspolitiken ska kunna klara detta att vi förmår att tydligt skilja mellan *mål* och *medel*. Budgetdisciplin och goda offentliga finanser är avgörande för välfärdspolitiken, men utgör i ett vidare perspektiv enbart politikens medel. En välfärdspolitik med ambitioner att skapa goda förutsättningar för alla människor i Sverige att utvecklas och leva goda och produktiva liv kan rimligen inte ha som övergripande mål att budgeten ska hållas.

Resonemanget kan appliceras även på välfärdsinstitutionerna; de är medel för att skapa bättre och mer likvärdiga förutsättningar, mellan olika grupper och över livets olika faser. Institutionerna i sig, liksom de olika verksamheter och system som byggts upp, är redskapen för att stärka människors välfärd och utjämna skillnader i villkor och möjligheter över livets olika faser liksom mellan grupper i samhället, och inte mål i sig. Detsamma gäller samverkan och samarbete dessa aktörer emellan. Sådan samverkan och samarbete är förstås avgörande för möjligheterna att lösa tvärsektoriella frågor, men är egentligen bara av värde om den verkligen ger ett sådant mervärde för medborgarna.

Om vi drar detta resonemang till sin spets menar vi att möjligheterna att bedriva en politik för jämlik hälsa, kanske rent av möjligheterna att över huvud taget bedriva en politik som vidareutvecklar den svenska välfärden, är beroende av alla inblandade aktörers för-

måga att skilja politikens medel från de övergripande målen. I linje med de ovan förda resonemangen ser vi två centrala aspekter som är avgörande för systemens förmåga att leverera resurser och upprätthålla tilliten, nämligen 1) i vilken grad systemen som helhet förmår att skapa *medborgarnytta* i kvalitet, tillgänglighet och process, samt 2) i vilken grad insatserna leder till ökad *likvärdighet*.

En viktig del av detta, att sätta medborgarna i centrum och använda medborgarnytta som en kompass för hela välfärdssystemet, är som vi också tidigare framhållit, klart fastlagda i grundlagen. Alla offentliga verksamheter och institutioner ges i Regeringsformen ett gemensamt ansvar och syfte:

> Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa." (Regeringsformen, SFS 2011:109, 1 kap., § 2).

Detta är det grundläggande mål som *alla* offentliga system och organisationer ska verka för och hela tiden vägas mot, oavsett vilken sektor eller nivå av det allmänna det handlar om. Att alla aktörer håller dessa grundläggande mål för den offentliga verksamheten levande och aktuella, och chefer och medarbetare på alla nivåer har de enskilda medborgarnas välfärd som kompass för verksamheten är en avgörande utgångspunkt för en utvecklad välfärdspolitik, enligt vår bedömning.

I tillägg till detta vill dock Kommissionen understryka behovet av ett fokus på jämlikhet och likvärdighet. Rothstein (2011) lyfter i sitt resonemang kring kopplingarna mellan jämlikhet, tillit och samhällsstyrningens kvalitet främst ekonomisk jämlikhet och jämlikhet i livschanser som grundläggande. Detta kopplar tydligt till de sju livsområden som vi har lyft fram som centrala för jämlik hälsa. Jämlikhet i livschanser handlar om likvärdiga villkor för social, emotionell, kognitiv och fysisk utveckling, om likvärdighetsfrämjande insatser i skolan, om ett arbetsliv som inte diskriminerar och mycket annat. Jämlikhet i ekonomiskt hänseende handlar om allt detta, men även socialförsäkringar, arbetsmarknadspolitik och annat. Mer jämlika villkor och möjligheter, inklusive mer jämlik hälsa och dess dynamiska samspel med andra centrala aspekter av livet, är och bör därför vara viktiga mål för den offentliga verksamheten. Detta inte bara för att de bidrar till

bättre villkor och möjligheter för människor med små egna resurser utan också för att det sannolikt stärker samhällssystemen i stort.

För att åstadkomma detta behövs en förmåga att arbeta i välfärdsstatens olika delar men samtidigt också förstå helheten. Detta kan göras genom att anamma ett tvärsektoriellt perspektiv eller systemsynsätt. I tidigare skeden av välfärdsstatens utveckling kunde påtagliga förbättringar av människors villkor uppnås genom satsningar och utveckling inom varje sektor för sig. Arbetsmarknadspolitik, bostadspolitik, utbildningspolitik och socialpolitik har var för sig utvecklats och bidragit till välfärdsbygget. Men människors liv hänger samman, och de olika delarna av välfärdspolitiken bör därför också göra det på ett tydligare sätt. Det krävs därför betydligt mer av tvärsektoriellt tänkande och agerande för att ta nästa steg i välfärdsutvecklingen.[4] För detta behövs ett sektorsövergripande tankesätt och ett perspektiv som förenar de olika väletablerade samhällssektorerna på ett förståeligt sätt. Vi menar att *jämlik hälsa* utgör ett sådant perspektiv.

Samtidigt finns flera andra pågående processer som också vill ta ett brett grepp över många sektorer. Arbetet med en god och jämlik hälsa har många beröringspunkter med Agenda 2030, liksom det långsiktiga reformprogram som regeringen har aviserat mot segregation under perioden 2017 till 2025. Båda dessa processer bygger i grunden på samma typ av synsätt rörande dynamiska samband mellan olika delar av samhället och av människors liv. Därutöver finns ett antal andra sektorsövergripande områdens arbete med integrering av sina olika perspektiv, som även de ytterst handlar om ojämlika villkor och möjligheter (t.ex. jämställdhet, mänskliga rättigheter, liksom rättigheter för specifika grupper som barn eller personer med funktionsnedsättning).

Det är enligt vår mening avgörande att alla aktörer aktivt arbetar för att skapa synergier mellan dessa tvärsektoriella perspektiv och processer snarare än att bli konkurrenter, särskilt som de flesta perspektiv i grunden handlar om mer jämlika villkor och förutsättningar. Om hälsoklyftorna ska kunna slutas måste också de olika

[4] Ansvarskommittén hade samma uppfattning: ”Politiken möter i dag nya frågor som den sektoriserade och alltmer specialiserade samhällsorganisationen har svårt att hantera. Den viktigaste av dessa rör den långsiktiga hushållningen med miljö och naturresurser. Men av samma art är ett antal andra frågor och flera av dem har strukturell karaktär. Det handlar om jämställdhet och integration men också folkhälsa” (SOU 2007:10, s. 70).

perspektiv och processer som ytterst handlar om att utjämna ojämlika villkor och möjligheter fås att förstärka och berika varandra.

4 Mer jämlika villkor och möjligheter

Ett av Kommissionens två huvudsakliga uppdrag är att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar (dir. 2015:60). I detta kapitel lägger vi förslag avsedda att ge mer jämlika villkor och möjligheter inom de åtta målområden som vi tidigare pekat ut (SOU 2017:4, s. 103–106).[1] Det finns inledningsvis anledning att lyfta några mer övergripande frågor rörande hur Kommissionen resonerat kring formulerandet av förslag, hur de passar in i den modell för kontinuerligt arbete för en mer jämlik hälsa som vi föreslagit i vårt andra delbetänkande (SOU 2017:4, s. 106–108), samt några generella egenskaper och principer bakom de förslag som läggs.

En viktig slutsats av vårt arbete är att en vidare förståelse för hur ojämlikhet i hälsa uppkommer måste åstadkommas, både mer generellt i samhället liksom inom olika samhällssektorer och verksamheter (hälsosektorn inbegripen). Även om levnadsvanor och sjukvårdsinsatser är viktiga måste arbetet för en mer jämlik hälsa bedrivas med en betydligt bredare ansats än så om hälsoklyftorna ska minskas. De sju livsområden som pekats ut i vårt första delbetänkande är alla viktiga för jämlik hälsa. Utan insatser för mer likvärdiga villkor och möjligheter under det tidiga livet, i skolan, på arbetsmarknaden osv. kommer möjligheterna att åstadkomma en mer jämlik hälsa vara begränsade. Hälsoklyftorna börjar inte med levnadsvanorna, och kan inte åtgärdas enbart av sjukvården, även om både levnadsvanor och sjukvård är viktiga pusselbitar som *också* måste ingå i ett samlat arbete för god och jämlik hälsa.

[1] Dessa utgörs av de sju livsområden, enligt vårt första delbetänkande (SOU 2016:55), som är centrala för uppkomst av ojämlikhet i hälsa, samt en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård, vilket tillkom då vi i vårt andra delbetänkande (SOU 2017:4) lade förslag på reviderade målområden för folkhälsopolitiken.

Att ojämlikhet i hälsa bör förstås utifrån ett brett välfärdsperspektiv kan tillämpas generellt för alla människor. Goda villkor tidigt i livet, en utbildning som ger generell förståelse likväl som kompetenser för arbetsmarknaden, ett arbete som ger rimlig försörjning, en god boendemiljö osv. är lika viktigt för hälsan för kvinnor som för män, för flickor som för pojkar, och för alla människor oavsett könsidentitet och könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsförmåga, sexuell läggning, bostadsort, ålder eller socioekonomisk position. Det som skiljer olika grupper åt är snarast vilket stöd och hjälp som kan krävas för att uppnå likvärdiga villkor och därmed i förlängningen mer jämlika utfall.

Strategiska avgränsningar

Givet vårt breda perspektiv på vad som är viktigt för en mer jämlik hälsa uppstår dock ett avvägningsproblem när det gäller detaljeringsgraden på de förslag vi lägger. Om vi lägger oss på en övergripande och generell nivå är det lättare att peka på forskningsstöd och argumentera för behovet av åtgärder, men det är samtidigt en påtaglig risk att förslagen blir svåra att använda som underlag för konkreta förslag att lägga på riksdagens bord. Det är exempelvis helt klart att mer likvärdiga uppväxtvillkor på sikt skulle bidra till mer jämlika förutsättningar för god hälsa, knäckfrågan är i stället *hur* vi mer exakt ska kunna uppnå mer likvärdiga villkor för barn.

Om förslagen i stället går på djupet med hur de förändringar som krävs för att uppnå en god och jämlik hälsa ska kunna uppnås och genomföras blir det inte möjligt att inom givna tidsramar täcka hela välfärdspolitikens bredd. Ett sådant utredningsarbete inkluderar nämligen inte bara att peka ut önskvärda effekter och åtgärder som skulle kunna ge dessa effekter, utan även att identifiera varför dessa åtgärder inte redan finns, om de finns varför de inte fungerar, samt föreslå nya åtgärder eller undanröjande av olika hinder för existerande åtgärder (se t.ex. Lundberg 2013).

Vi har gjort det strategiska valet att här täcka in hela den välfärdspolitiska bredd som vår egen analys i tidigare betänkanden pekar ut som viktig, men därmed också fått acceptera att vi inte har möjligheter att i detalj utreda alla tänkbara förslag i hela denna bredd. Detta val stärks av vår övertygelse att ett arbete för att sluta de påverkbara

hälsoklyftorna inom en generation måste vara långsiktigt, systematiskt och dynamiskt i relation till ett föränderligt samhälle, samt bedrivas på ett sätt som skapar delägarskap bland berörda aktörer.[2] Det finns helt enkelt inga snabba lösningar för att minska hälsoklyftorna. Det som krävs är i stället många steg i en och samma riktning, utarbetade i en process där ägarskap från berörda sektorer skapas, om hälsoklyftorna ska kunna slutas. En palett med några få väldigt konkreta förslag inom ett fåtal områden från Kommissionen är inte i linje med detta resonemang.

Resurser, handlingsutrymme och välfärdens institutioner

I utformandet av inriktningar och förslag har vi tagit avstamp i de teoretiska resonemang kring hur ojämlikhet skapas och upprätthålls. Vi argumenterade för att det krävs resurser för ett gott liv och en god hälsa (Johansson 1970; Marmot 2010; Phelan et al. 2010), men också en förmåga och inte minst möjlighet att omvandla dessa resurser till en ”uppsättning av förmågor” (engelska capabilities) att leva det liv man önskar (Sen 2009; Robeyns 2005). Då livet också utformas genom val mellan de olika alternativ som i princip finns att tillgå[3] spelar även dessa val en viktig roll. Det viktiga i vårt sammanhang är att ojämlikhet i villkor och möjligheter, och därmed i hälsa, skapas i alla dessa steg. Det sker i den sociala fördelningen av resurser, genom socialt betingade skillnader i förmågan eller möjligheten att omvandla dessa resurser till ”förmågor”, liksom genom att socialt bestämda handlingsmönster påverkar de val människor gör utifrån den uppsättning av ”förmågor” de har. Dessa val påverkas dessutom av tillgången på resurser (Shah et al. 2012; Mani et al. 2013), vilket således bidrar till en ytterligare förstärkning av den ojämlikhetsskapande processen.

Våra resonemang utmynnar i tre delvis olika sätt att minska ojämlikhet i hälsa, nämligen:

[2] Därför lade vi också stor vikt vid att utreda problemen med det befintliga folkhälsopolitiska ramverket och föreslå en modell för hur detta arbete borde organiseras för att fungera tvärsektoriellt och långsiktigt (SOU 2017:4).
[3] Detta utgör steget från *capabilities* till *achieved functionings* i Amartya Sens terminologi.

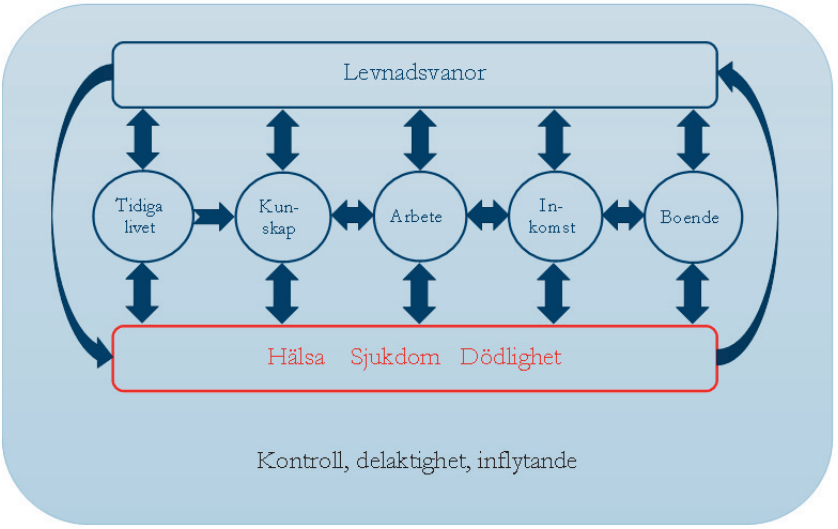
1. att stärka människors egna möjligheter att agera och generera resurser, och
2. att komplettera och addera till människors resurser när deras egna inte räcker till. Detta görs via olika välfärdsinstitutioner, både i form av välfärdstjänster och via transfereringssystemen. I båda fallen kan det principiellt sett åstadkommas genom att
    a) göra mer av sådant som fungerar men är otillräckligt, och
    b) göra bättre eller annorlunda där insatserna inte fungerar.

Dessa skilda alternativ eller principer för åtgärder utgår alltså från att brister på resurser (inom de sju livsområden som vi pekat ut) och/eller bristande möjligheter att handla är två typer av faktorer som tillsammans skapar och upprätthåller olika former av ojämlikhet. Att resurser kan skjutas till via olika välfärdsinstitutioner (det vi kallar kollektiva resurser) är lätt att se. Det kan handla om att det offentliga erbjuder utbildning, hälso- och sjukvård, pensioner och annat för att hjälpa människor hantera olika risker över livet, men också för att investera i en välutbildad och frisk befolkning.

Att stärka människors egna möjligheter att agera inbegriper i många fall *samma* institutioner och stödformer. Vilka möjligheter en individ har att agera, och hur hon eller han agerar, hänger samman med vilka resurser och verktyg denna individ har för att påverka sitt liv. En god utbildning skapar kompetenser och förmågor som kan användas såväl generellt som på arbetsmarknaden. Välfungerande socialförsäkringar förhindrar att arbetslöshet eller sjukdom leder till fattigdom, och bidrar därmed också till människors handlingsutrymme och förmåga att agera. Utöver detta finns också andra medel, som att t.ex. genom information, regelverk eller priser påverka människors förutsättningar och förmågor att göra val i olika situationer.

Av detta följer att många av de resonemang och förslag vi för fram i detta kapitel, även de som syftar till att stärka människors möjligheter att agera, utgår från *befintliga välfärdsinstitutioner* och hur dessa kan *göra mer* eller *arbeta annorlunda*. En avgörande del av Kommissionens argumentation rörande de åtgärder och verksamheter som dessa välfärdsinstitutioner bedriver är att de kan påverka människors hälsa både *här och nu* och på *längre sikt*, ofta då genom de olika dynamiska samspel som vi lyfter som centrala. Detta kan illustreras som i figuren nedan.

Figur 4.1 Hälsoeffekter här och nu respektive på längre sikt



Huvudpoängen med figuren är de ömsesidiga och dynamiska samband som kopplar olika livsvillkor med varandra och med hälsa. Kontroll, delaktighet och inflytande genomsyrar och påverkar alla dessa villkor, vilket i figuren illustreras med att detta utgör fonden för övriga samspel. Sammantaget vill vi med denna figur illustrera att såväl de konsekvenser som olika levnadsvillkor har för hälsan här och nu som de indirekta konsekvenserna på längre sikt är avgörande för en mer jämlik hälsa. Detsamma gäller därmed också olika insatser för att stärka människors resurser inom respektive livsområde.

Exempelvis är skolans primära uppgift att skapa kunskaper och kompetenser, vilka i sin tur skapar förutsättningar för arbete och försörjning. Som vi argumenterat genomgående är skillnader i såväl kunskaper som arbete och försörjning viktiga drivkrafter bakom ojämlikhet i hälsa, var för sig men även tillsammans och i samspel med hälsa och funktionsförmåga. Samtidigt är skolan också en miljö där barn och ungdomar vistas och socialiseras. Vad som sker i skolan, vilken arbets- och lärandemiljö som finns där, hur arbetet med barnens relationer bedrivs osv. är viktigt för barns och ungdomars hälsa och välbefinnande, vilket förstås i sig kan ha effekter på hälsa och livsvillkor också på sikt.

Detta betyder rent konkret att det inte enbart är de direkta konsekvenserna på hälsan här och nu av skolan som är av intresse för Kommissionen, utan i minst lika hög grad de långsiktiga effekter av kunskaper och kompetenser som förmedlas via andra livsområden som att ha ett arbete och därigenom få en försörjning.

Samtidigt är såväl tillvaron i skolan som de kunskaper och kompetenser som barn från olika sociala skikt och miljöer får med sig beroende av tidigare erfarenheter, miljöer och insatser. Barn som kommer till grundskolan från en väl fungerande familj och som fått rätt stöd och stimulans till god utveckling genom förskola och förskoleklass har bättre förutsättningar att tillgodogöra sig undervisningen i grundskolan och fortsätta att lära och utvecklas.

Allt detta pekar förstås på behovet av tidiga insatser för att skapa likvärdiga villkor för utveckling och lärande genom insatser som är anpassade till behovet hos varje barn. Men resonemanget och figuren ovan pekar samtidigt på att också de faktorer som påverkar livsvillkor och hälsa här och nu är viktiga. Vi kommer i de följande avsnitten inom detta kapitel att återkomma till detta där det är påkallat.

Kommissionens resonemang kring hur ojämlikhet i hälsa kan minskas genom att befintliga välfärdsinstitutioner och ordinarie verksamheter kan göra mer eller arbeta annorlunda pekar på vikten av tvärsektoriell styrning och behovet av förvaltningspolitiska reformer. Av detta skäl ägnades också vårt andra delbetänkande helt åt det folkhälsopolitiska ramverket (SOU 2017:4), vilket vi menar behöver förstärkas och rustas upp för att fungera som avsett. Samtidigt är det förstås viktigt att påpeka att svårigheter i det tvärsektoriella arbetet inte enbart handlar om tekniska problem som måste lösas, utan även om intresse- och målkonflikter som måste avvägas inom politiken.

I relation till ojämlikhet finns det anledning att understryka att åtgärder för att stärka resurser och öka handlingsutrymme i vissa fall riskerar att få oavsedda konsekvenser i form av ökad ojämlikhet. Det kan exempelvis uppstå i de fall socialförsäkringarnas konstruktion orsakar inlåsnings- eller utslagningseffekter som minskar arbetsmarknadsdeltagande (se avsnitt 4.3). Likaså kan åtgärder som enbart baseras på informationsinsatser och upplysta val åtminstone på kort sikt främst gynna grupper som redan har mer resurser och ett större handlingsutrymme.

Detta är kopplat till frågan om individens respektive samhällets, eller snarare det allmännas, ansvar. Som lyftes i vårt första delbetänkande (SOU 2016:55, s. 45–47) finns det ett delat ansvar mellan det allmänna och individerna själva (enskilt eller i frivilliga sammanslutningar). Individer har ansvar för sina handlingar och val, men dessa handlingar och val görs inom ramen för det handlingsutrymme som deras sociala och ekonomiska situation medför.

Det allmänna har därför ett ansvar för att skapa *likvärdiga förutsättningar* för individers handlingar och val, och därmed skapa så goda förutsättningar[4] som möjligt för mer jämlika utfall. Detta inkluderar åtgärder för att undanröja formella hinder och jämlika förutsättningar, men också aktiva åtgärder för att skapa mer likvärdiga förutsättningar genom att inom t.ex. förskola, grundskola, hälso- och sjukvård osv. göra kompensatoriska insatser för dem med sämre förutsättningar och större behov. Det är i många fall denna sorts insatser som i det följande diskuteras och lyfts fram, där avsikten är att uppnå mer jämlika villkor och möjligheter genom att ge olika typer av insatser utifrån olika behov.

Detta överensstämmer med vad Marmot (2010) har kallat proportionell universalism. Det bör dock noteras att denna princip för insatser för att skapa mer likvärdiga förutsättningar för jämlika utfall har sina begränsningar. Det är lätt att se hur den kan tillämpas inom olika välfärdstjänster, och kanske främst då inom skolväsendet och i hälso- och sjukvården. Det är svårare att se hur proportionell universalism kan tillämpas inom olika socialförsäkringsprogram, där principer som grundtrygghet och inkomstbortfallstrygghet kan finnas för olika delar av samma system, tillsammans med olika kvalifikationskrav.

Övergripande teman för våra förslag

En genomgående tanke i Kommissionens arbete är att ojämlikhet i hälsa uppkommer genom en serie av villkor, möjligheter, händelser och beslut under livets gång, och att dessa tenderar att förstärka

[4] 1 kap. 2 § regeringsformen (SFS 2014:1385) talar just därför om ”goda *förutsättningar* för hälsa”, och på samma sätt är det folkhälsopolitiska målet formulerat kring ”samhälleliga *förutsättningar* för en god hälsa”, eller i vårt förslag till reviderat mål ”samhälleliga *förutsättningar* för en god och jämlik hälsa”.

varandra. Vid varje enskild tidpunkt har den med mer resurser av olika slag och större handlingsutrymme också bättre möjligheter att skapa ett gott liv åt sig själv, sin familj och andra. Att de ojämlikhetsskapande processerna börjar tidigt i livet är ett starkt argument för att lägga stor vikt vid tidiga insatser, på hälsofrämjande samt skade- och sjukdomsförebyggande åtgärder. Att främja hälsan innebär i huvudsak att underlätta och stödja sådant som är positivt för hälsan[5], medan att förebygga sjukdom i första hand innebär att identifiera och minska olika riskfaktorer och upptäcka sjukdomstillstånd så tidigt som möjligt. Detta är en klok politik rent allmänt, men också avgörande för att åstadkomma en utveckling mot mer jämlik hälsa.

Nu är detta i någon mening att slå in en öppen dörr. Ingen är egentligen *emot* tidiga, främjande och förebyggande insatser. Samtidigt måste behovet av att fokusera betydligt mer på förebyggande uttalas så tydligt som möjligt eftersom vi som samhälle trots allt gör alldeles för lite av detta. Möjligen är detta ett resultat av att det alltid är lättare att se ett behov när det blivit tydligt och manifesterats i ett beteende (som rökning, skolk eller kriminalitet) eller ett tillstånd (som arbetslöshet eller en sjukdom). Det är då betydligt enklare att identifiera problemet och att genomföra och utvärdera möjliga åtgärder än det är att veta var, när och hur goda förebyggande åtgärder kan sättas in. Icke desto mindre behövs enligt Kommissionen ett mer aktivt arbete för att åstadkomma just en större tyngd i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Det är dock viktigt att understryka två saker. *För det första* kan ett framgångsrikt arbete med främjande och förebyggande på sikt tänkas minska behoven av behandling av redan uppkomna problem, men behoven av behandlande och rehabiliterande insatser kommer att kvarstå. *För det andra* handlar inte tidiga insatser enbart om barn och unga. Främjande och förebyggande arbete kan och bör

[5] Det kan noteras att hälsofrämjande arbete (”health promotion”) ofta har getts en betydligt bredare innebörd. I Ottawa-deklarationen från 1986 beskrivs hälsofrämjande som en process där människor får möjlighet att öka sin kontroll över och förbättra sin hälsa, och de fundamentala förutsättningarna för hälsa inkluderar fred, tak över huvudet, utbildning, mat, inkomst, ett stabilt ekosystem, hållbara resurser, social rättvisa och jämlikhet. I denna breda betydelse är hela grundvalen för Kommissionens breda angreppssätt och allt vad vi föreslår en del av ett hälsofrämjande arbete. Vi har valt att här använda begreppet i en mer avgränsad mening som en beskrivning av olika typer av insatser.

bedrivas över hela livet, och det är alltid bättre att försöka bryta ett negativt förlopp i ett tidigare snarare än ett senare skede.[6]

En grundläggande del i ett sådant arbete, och ett generellt tema i hur Kommissionen ser att arbetet för mer jämlik hälsa bör bedrivas, är en god infrastruktur för uppföljning, utvärdering och kunskapsuppbyggnad om jämlik hälsa. En sådan infrastruktur behövs för att på ett systematiskt sätt identifiera behov, dokumentera insatser samt följa upp och utvärdera dessa insatser både för de individer de berör och på aggregerad nivå. En annan central del utgörs av att det allmännas olika verksamheter måste anamma ett medborgarperspektiv, dvs. att verksamheterna ska styras, planeras och bedrivas på ett sätt som utgår från medborgarnas behov och intressen. Båda dessa frågor utgör viktiga delar av det resonemang rörande behovet av en mer *strategisk* styrning som behandlas i kapitel 5.

Kort om avsnitten i detta kapitel

Vi diskuterade tidigare den avvägningsproblematik som finns mellan bredd och djup i utformandet av förslag för att sluta hälsoklyftorna inom en generation. Vårt försök att hantera denna avvägningsproblematik är att utgå från vårt första delbetänkande där vi mer i detalj presenterar argumenten för sambanden och kopplingarna mellan olika livsområden å ena sidan och ojämlikhet i hälsa å den andra. Dessa argument återges därför endast mer kortfattat i följande avsnitt. Inom varje målområde ger vi därefter en övergripande *beskrivning* av läget, följt av Kommissionens överväganden vad gäller den önskvärda *inriktningen* på politiken för att skapa mer jämlika villkor och möjligheter. Vår bedömning rörande inriktningen på det arbete som krävs för en mer jämlik hälsa är således av mer övergripande karaktär, och kan ses som inspel till det löpande strategiarbete vi tidigare föreslagit (se SOU 2017:4). Utifrån den inriktning vi pekat ut lägger vi slutligen ett antal *förslag* som riktas till regeringen och övriga aktörer (kommuner, landsting och regioner, näringsliv och det civila sam-

[6] Ofta delas olika slags förebyggande insatser in utifrån när de sätts in i en sjukdomsprocess: 1) primärprevention innebär åtgärder för att förhindra att sjukdom över huvud taget uppkommer (men då inte främjande insatser); 2) sekundärprevention innebär åtgärder för att behandla skador och sjukdomar på ett tidigt stadium; och 3) tertiärprevention innebär åtgärder för att förhindra ytterligare sjukdomsutveckling. Ibland räknas även rehabilitering efter sjukdom till tertiärprevention.

hället). Dessa förslag är således en samling exempel på åtgärder som enligt Kommissionens bedömning kan bidra till en god och mer jämlik hälsa, men som inte nödvändigtvis är tillräckligt konkreta i den meningen att de är möjliga att direkt införa.

Redan här kan konstateras att de olika avsnitten har lite olika tyngdpunkt på beskrivning, inriktning respektive förslag. Detta beror dels på skillnader mellan de olika områdena, dels på Kommissionens olika bedömningar av vad som är viktigt att lyfta. Samtidigt som det således finns variationer mellan avsnitten finns det också några återkommande teman eller problem, även om de kanske lyfts upp mer tydligt i några avsnitt.

Ett sådant genomgående problem är bemanning och kompetensförsörjning, vilket många olika välfärdstjänster brottas med. Ett annat tema är frågor rörande bemötande, vilket ofta är en avgörande faktor i de välfärdstjänster där värdet och resursen för medborgaren i hög grad skapas i mötet mellan verksamheten och brukaren (eleven, patienten). Ett tredje genomgående drag är att vi här inte behandlar verksamheternas konkreta innehåll, dvs. undervisningens, vårdens eller omsorgens utförande och egenskaper. Det är i stället verksamheternas former och förutsättningar som står i fokus för våra resonemang.

4.1 Det tidiga livets villkor

Det tidiga livets villkor är ett av Kommissionens föreslagna målområden för att uppnå en god och jämlik hälsa (SOU 2017:4). Vikten av det tidiga livet för en jämlik hälsa motiveras närmare i Kommissionens första delbetänkande (SOU 2016:55). I delbetänkandet framhålls att det är grundläggande att alla barn får en bra start i livet med goda uppväxtvillkor som stimulerar deras tidiga utveckling, inlärning och hälsa, för att uppnå en jämlik hälsa bland barn och vuxna.

Det tidiga livet, inklusive fosterstadiet, är en central del i en människas liv, eftersom förutsättningarna och villkoren under denna tid påverkar barnen direkt, men också lägger grunden för utveckling, inlärning och hälsa längre fram i livet. Att få en bra start i livet, med goda ekonomiska och fysiska uppväxtvillkor, trygga relationer till vuxna, goda kamratrelationer samt lek och lärande, är viktigt för att uppnå såväl kognitiva, emotionella som sociala färdigheter. Samhället behöver därmed utformas så att det underlättar för föräldrar och ger extra stöd i föräldraskapet till dem som behöver det. De erfarenheter, kunskaper och färdigheter som barnet har, och får, är en grund för att utveckla nya färdigheter och kunskaper.

Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen, FN 1989)[19], har varje barn rätt till omvårdnad, att växa upp under trygga förhållanden och att utvecklas i sin egen takt och utifrån egna förutsättningar. Barn ska dessutom ges möjlighet till inflytande och delaktighet (se vidare avsnitt 4.7). Ur ett barnrättighetsperspektiv ska det tas hänsyn till att en del barn har sämre förutsättningar att få tillgång till sina rättigheter. Därför behövs särskilda åtgärder för att utjämna skillnader men även för att skydda barn i utsatta situationer.

[19] Vilken kan komma att bli svensk lag enligt Barnkonventionen blir svensk lag (SOU 2016:19).

4.1.1 Lägesbeskrivning av barns olika förutsättningar

Olika livsvillkor – utgångspunkt för barnens utveckling

Barns hälsa och sociala förhållanden är generellt sett goda i Sverige, men det finns skillnader mellan och inom grupper. Barn behöver under sin uppväxt få förutsättningar att utveckla sina kognitiva, emotionella, sociala och fysiska förmågor. De flesta barn följer en utvecklingskurva där genetik påverkar barnets förutsättningar men där olika slags miljöfaktorer också har stor betydelse för hur barnen ges möjlighet att utvecklas.

Om ett barn tidigt hamnar efter i utvecklingen av olika färdigheter kan det också mer långsiktigt hamna efter på flera områden. Myrberg (2007) beskriver exempelvis hur ett barn som har svårt att knäcka läskoden läser mindre redan från början i förhållande till sina kamrater. Utan extra stöd och träning riskerar barnet att halka efter i relation till sina kamrater och därmed tappa lusten att läsa. För det barn som har hunnit tappa lust, motivation och självförtroende är det sedan svårt att komma ikapp. Med en tidig extra hjälp och träning redan från början kan barnet i stället hålla jämna steg med kamraternas läsutveckling.

Ett annat exempel är när två barn föds med samma förmågor och förutsättningar att lära, men i familjer med olika resurser och möjlighet att stötta sina barn. Barnet som föds in i en miljö som är mindre stödjande och mindre stimulerande riskerar att inte utveckla sina färdigheter lika väl som barnet som haft en mer stimulerande miljö. På så vis har barnet som växt upp i en mer stimulerande miljö redan ett försprång när de sedan börjar förskolan och har därför bättre förutsättningar att tillgodogöra sig den pedagogiska verksamheten (von Greiff et al. 2012).

Att utveckla ett kommunikativt språk är en grundläggande del av ett barns utveckling med nära relation till andra aspekter av barnets utveckling, såsom dess kognitiva, sociala och motoriska utveckling. Forskning har visat att barn med språkstörning har större risk att utveckla en rad andra problem än barn med genomsnittlig språkutveckling (Snowling et al. 2006; Lindsay et al. 2010). Det är angeläget att så tidigt som möjligt erbjuda insatser till barn med tal-, läs-, skriv- och kommunikationsproblem i syfte att förhindra en negativ utveckling. Utifrån en forskningsöversikt om elever som har problem med sin läsning och skrivning visar Foorman med flera (2003) att tidigt

insatt hjälp är effektivare än senare insatt hjälp. Tidigt i detta sammanhang är stöd som sker redan i förskolan eller i skolans årskurs ett eller två.

Föräldrar och andra vuxna i barnets närhet, är viktiga för barnets utveckling. Föräldrarnas sociala, ekonomiska och pedagogiska resurser spelar en avgörande roll för barnets utveckling. Dessutom minskar risken för flera olika hälsoproblem och riskbeteenden hos barnen om det finns en god relation till deras föräldrar (Resnick et al. 1997; Stewart-Brown 2008). Därför blir också ojämlikhet i livsvillkor och möjligheter mellan olika familjer avgörande eftersom de utgör grunden för ojämlika uppväxtvillkor, och därmed ojämlikhet i livschanser mellan olika barn.

Barnens olika uppväxtvillkor påverkar och skapar ojämlikheter i deras egna villkor och möjligheter senare i livet. Det finns effekter av de mer generella villkoren under uppväxten, exempelvis genom att föräldrarnas sociala position påverkar i vilken utsträckning barnen får en högre utbildning (se t.ex. Bukodi et al. 2014; Jackson 2013). I en studie från Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) framgår också att barns hälsa i Sverige skiljer sig åt beroende på familjens ekonomiska status och utbildningsnivå. Studien visar att det finns en tydlig gradient där barn som kommer från lägre socioekonomisk status har större sannolikhet att bli inskrivna på sjukhus. Dessa barn riskerar i större utsträckning att få sämre betyg, ekonomiskt bistånd och sämre hälsa som unga vuxna. Barn i familjer som tar emot ekonomiskt bistånd eller har psykisk ohälsa löper störst risk att bli inskrivna på sjukhus (Mörk et al. 2015). Dessutom finns det barn som växer upp under särskilt utsatta omständigheter. Studier visar att barn som växer upp i hem med missbruk, psykisk ohälsa, våld och/eller ekonomisk utsatthet riskerar en sämre hälsa i vuxen ålder (Folkhälsomyndigheten 2016b). Bergmark (2016) konstaterar att om mottagandet av ekonomiskt bistånd sker under en längre period ger det en indikation på den typ av resursbrist som kan vara negativt för barns hälsoutveckling (se även avsnitt 4.4).

Mödrahälsovård, barnhälsovård och förskola är samhällsaktörer som har en viktig roll att identifiera barn och föräldrar som är i behov av extra stöd och kompenserande insatser. Barnhälsovårdens roll är bland annat att vägleda och stödja föräldrarna i sitt föräldraskap samt uppmärksamma hälsorisker för barnet. Ibland handlar det om att motivera familjen till en livsstil som bidrar till god hälsa

och bra uppväxtvillkor. Vid upptäckt av t.ex. språkstörning eller autism ska barnhälsovården tidigt ta initiativ till insatser.

Specifika villkor under uppväxten

Det är mycket som grundläggs under barnets tidiga år, och det är både generella och mer specifika villkor och förhållanden i barnets familj och omgivning som påverkar barnet. Barnets hälsa och utveckling påverkas redan under fosterlivet, och de villkor och levnadsvanor som modern har under graviditeten är därför av betydelse för barnets tillväxt, utveckling och hälsa. Framtida levnadsvanor grundläggs också i barnaåren (Marmot och Wilkinson 2006). Vi redovisar därför här några aspekter på vad som kan påverka uppväxten och den framtida hälsa. I avsnitt 4.6 fördjupas kopplingen mellan levnadsvanor och ojämlikhet i hälsa.

Rökning och snusning ökar risken för hämmad fostertillväxt, låg födelsevikt (under 2 500 gram) och för tidig födsel. År 2014 rökte 5,5 procent av de gravida kvinnorna vid inskrivning i mödrahälsovården i Sverige, vilket innebär att över 6 000 barn exponerades för rökning i fosterlivet det året. Rökning är vanligast bland gravida kvinnor med högst grundskoleutbildning och bland yngre barnaföderskor (Socialstyrelsen 2015a).

Rökning under graviditeten kan även påverka barnets hälsa senare i livet genom 50 procents högre risk för övervikt och graviditetsdiabetes samt två till tre gånger högre risk för att utveckla typ 1-diabetes (Mattsson 2015). Barn som exponeras för tobaksrök, får utöver ökad risk för astma, även ökad risk för fler luftvägsbesvär och öroninflammationer.

Även alkoholkonsumtion under graviditeten kan hämma barns tillväxt och ge avvikelser i barns kognitiva och neuropsykologiska utveckling, såsom hyperaktivitet, inlärningssvårigheter och svårigheter i socialt samspel (Statens folkhälsoinstitut 2009a).

Det är viktigt att barnen ges förutsättningar till fysisk aktivitet och hälsosam kost under sin uppväxt. Fysisk aktivitet i tidig ålder (0 till 4 år) kan reducera risken för övervikt och ha positiv inverkan på såväl motorisk och kognitiv utveckling som den psykosociala hälsan och benmassan, i varje fall på kort sikt (Timmons et al. 2012). När stillasittande (särskilt tv-tittande) i samma åldersgrupp undersöktes i

förhållande till olika hälsoindikatorer fastslogs även ett samband mellan stillasittande och mindre gynnsam viktutveckling samt försämrad kognitiv och psykosocial utveckling (LeBlanc et al. 2012). I en litteraturgenomgång av barns matvanor framgår att barn lär sig vad, när och hur de ska äta i det sammanhang de växer upp i. Genomgången visar också att en hög konsumtion av frukt och grönsaker hos barn kan minska riskerna för cancer och stroke senare i livet (Sepp et al. 2016).

Trots att tandvården är kostnadsfri för barn och unga upp till 19 år, finns det sociala skillnader i tandhälsa bland barn i Sverige. Familjens sociala förhållanden har betydelse för barn både när det gäller hur ofta de besöker tandvården och när det gäller förekomsten av karies. Risken bland barn att få karies ökar om föräldrarna är invandrade från länder utanför Norden och Västeuropa, är unga, får ekonomiskt bistånd, har högst grundskoleutbildning och om föräldrarna själva har dålig tandhälsa. Enligt Socialstyrelsen (2013a) är karies 1,5 till 2 gånger vanligare bland barn till vuxna som själva har dålig tandhälsa. Karies i barndomen ökar dessutom risk för karies senare i livet och kan också kopplas till ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar och försämrad livskvalitet (se t.ex. Ford et al. 2007; Joshipura et al. 2006).

4.1.2 Inriktning för att skapa jämlika förutsättningar under det tidiga livet

Kommissionens bedömning:
Ojämlikhet i livsvillkor och möjligheter mellan olika familjer bidrar till att barn har skilda förutsättningar att utvecklas under det tidiga livet. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet inriktas på att skapa, stötta och stärka en god start i livet och jämlika uppväxtvillkor, så att alla barn får grundläggande förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla kognitiva, emotionella, sociala och fysiska förmågor. Viktiga förutsättningar för det är:

- en jämlik mödra- och barnhälsovård,
- en likvärdig förskola av hög kvalitet, *samt*
- metoder och medel som sätter barnets bästa i centrum.

En inriktning av samhällets insatser som syftar till att utjämna barnens uppväxtvillkor bidrar till att minska hälsoklyftorna. Tidiga kompensatoriska, hälsofrämjande och skade- och sjukdomsförebyggande insatser är en investering för både individ och samhälle. Genom att identifiera problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö från dess födelse och framåt kan åtgärder från samhällets sida vidtas i syfte att ge barn så lika förutsättningar som möjligt. Förslag till inriktning för det tidiga livet omfattar de samhällsaktörer och arenor som når barn och handlar om hur dessa aktörer, deras metoder och medel kan stärkas. Detta behöver också kompletteras med en god infrastruktur för uppföljning, utvärdering och kunskapsuppbyggnad.

Inom mödra- och barnhälsovården bedrivs ett grundläggande folkhälsoarbete. Denna hälsovård når i princip alla mödrar och barn. Mödra- och barnhälsovården har möjlighet att tidigt identifiera problem i barnens hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. Genom generella och riktade insatser, som ökar i förhållande till behoven, spelar mödra- och barnhälsovården en viktig roll i att utjämna de sociala hälsoskillnaderna och främja en god hälsoutveckling på lång sikt.

En studie visar dock att barnhälsovårdens riktade insatser inte nås av alla som skulle kunna ha behov av dem (Wallby och Hjerns 2011). Av studien framgår att barnhälsovården når nästan alla barn men att barn i immigrant- och låginkomstfamiljer inte får extra stöd och information trots att de ofta är i behov av det. Även föräldragrupper inom mödrahälsovården och framför allt barnhälsovården, lyckas inte i lika stor utsträckning få med lågutbildade, utlandsfödda och ensamstående föräldrar.

Kommissionen vill i detta sammanhang peka på vikten av att insatserna utformas utifrån de behov som finns och når de som mest behöver stöd. Arbetet behöver därför ske utifrån ett jämlik-hälsa perspektiv (se även avsnitt 4.8).

Hur förskolan utformas är betydelsefullt för barnens uppväxtvillkor. Verksamhetens ska utgå från barnens behov där omsorg, utveckling och lärande bildar en helhet. Deltagande i förskolan är mest gynnsamt för barn från socioekonomiskt svaga förhållanden och kan vara betydelsefullt för barns utveckling och lärande långt senare i livet. Enligt skollagen (SFS 2010:800) ska utbildningen i förskolan vara likvärdig. Det innebär inte att verksamheten ska utformas på samma sätt överallt utan verksamheten ska ta hänsyn till barnens olika villkor. Barn som tillfälligt eller varaktigt behöver mer stöd och stimulans än

andra ska få detta stöd utformat med hänsyn till deras behov och förutsättningar så att de kan utvecklas så långt som möjligt.

Vetenskapsrådet (2015) konstaterar att en likvärdig förskola av hög kvalitet kan förbättra barnens hälsa ur ett kortare såväl som ett längre perspektiv samt främja senare skolprestationer och motverka beteendeproblem. En förskola som inte är likvärdig kan däremot förstärka ojämlikheten. Skolinspektionen (2017) har analyserat förskolans kvalitet och måluppfyllelse. Slutsatserna är att barn inte erbjuds likvärdiga förutsättningar och möjligheter i alla förskolor. För att uppnå god och jämlik hälsa är det viktigt att förskolorna bedriver en likvärdig verksamhet som utgår från barnens behov.

Utöver de insatser som Kommissionen berör i detta avsnitt finns även förslag under andra målområden, som påverkar barn direkt eller indirekt. Det finns i princip ett barnperspektiv inom alla målområden men inkomst och försörjning samt boende och närmiljö är av särskild vikt för trygga uppväxtvillkor.

4.1.3 Förslag för att skapa jämlika förutsättningar under det tidiga livet

En jämlik mödra- och barnhälsovård

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- stödja en utveckling av nationell kvalitetsuppföljning för att kunna säkerställa att en jämlik barnhälsovård erbjuds,
- utreda hur en sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård kan skapas.

Landsting bör

- verka för ökad tillgänglighet av mödra- och barnhälsovården utifrån föräldrars och barns olika behov,
- verka för att personalen inom mödra- och barnhälsovården har tillräckliga kompetenser och förutsättningar för att identifiera ohälsosamma levnadsvanor och motivera till goda levnadsvanor.

I mödrahälsovårdens uppgifter ingår, förutom övervakning av graviditetens framskridande, förberedelse inför förlossning och det kommande föräldraskapet samt stöd till gravida kvinnor (i vissa fall även till blivande partners) när det gäller hälsosamma levnadsvanor. Barnhälsovården har som syfte att främja barns hälsa och utveckling och organiseras i form av barnavårdscentraler. Verksamheten ansvarar för barnens vaccination samt följer barns hälsa, utveckling och livsvillkor för att identifiera barn i behov av stöd. De erbjuder hembesök, föräldrastöd, samtal om levnadsvanor, vid behov kontakt med socialtjänst, hjälp till förskoleplats m.m. Hälso- och sjukvårdens mål är en vård på lika villkor för hela befolkningen. Som tidigare nämnts når varken de generella eller riktade insatserna alla som skulle ha behov av dessa. För att mödra- och barnhälsovården ska nå målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen behöver landstingen arbeta med att främja tillgängligheten (se även resonemang som förs i avsnitt 4.8).

Mödra- och barnhälsovården gör regelbundna kontroller på barnet och kan då upptäcka avvikelser i barns hälsoutveckling. Mödrahälsovården ska även upptäcka förekomst av våld i nära relationer, riskbruk och missbruk av alkohol och droger samt psykisk ohälsa. För att identifiera riskfylld och skadlig alkohol- och drogkonsumtion samt psykisk ohälsa används självskattningsformulären *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), *Drug Use Disorders Identification Test* (DUDIT) och *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen 2011a) lyfts rådgivande samtal som en effektiv metod för att påverka riskbruk av alkohol. En sådan samtalsmetod är motiverande samtal, som har utprövats för samtal om levnadsvanor och som går ut på att fånga upp och stärka en persons egen vilja att ändra sina levnadsvanor, snarare än att övertyga personen med hjälp av fakta. Grönqvist med flera (2016) visar till exempel hur det nationella Riskbruksprojektets satsning på systematisk alkoholscreening och motiverande samtal i svensk mödrahälsovård har resulterat i att barns hälsa och utveckling under de första levnadsåren förbättrats och att andelen barn som under sitt första levnadsår läggs in på sjukhus eller får läkemedel förskrivna minskat. Effekterna syns genom minskad skadefrekvens, färre infektioner och så kallade onödiga sjukhusinläggningar. Resultaten tyder också på att beteendeförändringar hos de behandlade mödrarna även består efter barnets födelse

och att det är barn till mammor med låga inkomster som vunnit mest på införandet av detta arbetssätt.

Som framgår av lägesbeskrivningen medför rökning under graviditet hälsorisker för fostret och senare i livet. Enligt de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen 2011a) bör gravida som röker erbjudas rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal bör erbjudas till ammande och till föräldrar eller andra vårdnadshavare som röker. Det är viktigt att värna och stärka arbetet på mödravårdscentraler och barnavårdscentraler vad gäller rökning under och efter graviditeten.

Endast en liten del av samtalen mellan föräldrar och barnhälsovårdens personal handlar om levnadsvanor (Bohman et al. 2013). Därtill visar en utvärdering att utbildningen av motiverande samtal för sjuksköterskor i barnhälsovården inte ger tillräckliga färdigheter att motivera beteendeförändring (Bohman et al. 2012). Kommissionen anser det viktigt att vårdpersonalen får förutsättningar för, och utbildning i, att identifiera och motivera till en förändring av riskfyllda levnadsvanor.

I avsnitt 4.8 lyfts även vikten av en god kvalitet i vårdmötet. Personalen inom mödra- och barnhälsovården behöver få möjlighet att träna sin förmåga i kommunikation vilket bl.a. handlar om att uppmuntra till att ställa frågor och försäkra sig om att de gjort sig förstådda. Föräldrarna ska förstå vad som är problemet, vad de behöver göra och varför de behöver göra det.[20]

En jämlik barnhälsovård är centralt för att nå en jämlik hälsa. Det finns i dag ett pågående arbete som syftar till att minska skillnaderna inom barnhälsovården mellan och inom landstingen. Detta består av ett nationellt barnhälsovårdsregister och ett nationellt barnhälsovårdsprogram. Det svenska barnhälsovårdsregistret (BHVQ)[21] håller på att utvecklas för att följa upp verksamheternas innehåll, insatser och resultat över tid. För att via registret få svar på frågor om vilka insatser som erbjuds inom barnhälsovården och om det är en jämlik vård krävs *för det första* en utveckling av tydliga kvalitetskriterier. *För det andra* behövs en nationell täckning. I dag tvekar landstingen att ansluta sig till den nationella informationsstrukturen på grund av att det är en

[20] Hälsolitteracitet är ett samlande begrepp för dels en persons förmåga att få tag på, förstå, kommunicera, värdera och använda sig av hälsoinformation och dels en organisations förmåga att förmedla hälsoinformation.
[21] bhvq.se

relativt oprövad teknik och att det krävs resurser för anpassning av dokumentationsstruktur, informatikarbete och teknisk utveckling. *För det tredje* behöver data i BHVQ kunna samköras med socioekonomiska faktorer som t.ex. utbildningsnivå, civilstånd, föräldrarnas ålder och disponibel inkomst som finns i andra nationella datakällor. Det skulle möjliggöra analyser av utfallsvariabler från BHVQ (bl.a. längd, vikt, vaccinationer, amning, exponering för tobaksrök, syn- och hörselförmåga, språkutveckling, kontakt med barnavårdscentraler) och t.ex. familjers utbildnings- och inkomstnivå. Samkörning med andra register kräver att vissa juridiska och etiska aspekter måste ses över (se även avsnitt 4.8). *För det fjärde* behöver kvalitetsuppföljningen vara lättillgänglig för personal som arbetar kliniskt och det bör vara möjligt att göra jämförelser med övriga landet.

Socialstyrelsens allmänna råd för barnhälsovården upphörde att gälla 2009. För att ge kunskaps-, handläggnings- och beslutsstöd i att utveckla och genomföra hälsovårdsprogram för barn kom 2014 Vägledning för barnhälsovården (Socialstyrelsen 2014a). Samma år började det nya barnhälsovårdsprogrammet[22] införas, vars målsättning är att bidra till en jämlik och rättvis barnhälsovård och till ökad användning av evidensbaserad praktik. I dagsläget har landstingen kommit olika långt med införandet av programmet. Implementering av det nationella barnhälsovårdsprogrammet och hur det tillämpas i de olika landstingen bör följas upp i syfte att också ta reda på om förutsättningarna avseende kunskap, stöd och ekonomi är tillräckliga för att implementera programmet.

Sammanfattningsvis ser Kommissionen positivt på det arbete som hittills gjorts och anser det angeläget att det systematiska kvalitetsarbetet av barnhälsovården fortsätter med inriktningen att nå en nationell kvalitetsuppföljning. Motsvarande uppföljning av mödrahälsovården har kommit längre. Graviditetsregistret möjliggör uppföljning och utvärdering av mödrahälsovården och har certifieringsnivå 2, vilket är den näst högsta nivån som styrgruppen för Nationella Kvalitetsregister har fastställt. Det kan jämföras med BHVQ som i dag inte uppfyller krav som gör det möjligt att ta ut statistik centralt eller gör det möjligt att identifiera vilka mått som är särskilt viktiga för att indikera god kvalitet inom området. Kommissionen anser att det behövs standardiserade metoder, mätningar

[22] rikshandboken-bhv.se

och central insamling av barns hälsoutveckling. Genom förbättrad nationell statistik skulle insatser för att främja barns hälsa, och resultaten av dessa, tydligare kunna följas som grund för ett löpande förbättringsarbete. Kommissionen föreslår därför att regeringen tar initiativ till att stödja detta utvecklingsarbete.

Kommissionens föreslagna målområde om *Det tidiga livets villkor* fokuserar på barn upp till 5 år, men vi vill ändå lyfta ett förslag som omfattar både barn och ungdomar. Kommissionen ser behov av en sammanhängande barn-, elev- och ungdomshälsovård. I dag finns många aktörer som är inblandade i hälso- och sjukvården för barn vilket ökar risken för en fragmentisering av vårdkedjan och att det förebyggande arbetet förbises. Samhällets olika institutioner som är skapade för att stödja barns hälsa och utveckling är i påfallande grad organisatoriskt och professionellt separerade, både sinsemellan och över barnets liv och utveckling. Det offentliga systemet bör i stället se till helheten med barnet i centrum, och därför menar Kommissionen att det behövs en samlad organisation för hälsoarbetet. En sådan samlad verksamhet skulle också öka förutsättningarna för en mer jämlik vård jämfört med i dag. Enligt Kommissionen skulle syftet med en sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård vara följande.

1. Säkerställa en jämlik tillgång till hälsofrämjande insatser under hela uppväxten, i alla åldrar, oavsett bostadsort, val av skola eller vårdgivare.
2. Skapa ett sammanhållet ansvar för att alla barn får del av de generella hälsofrämjande och förebyggande insatser som samhället erbjuder.
3. Underlätta för föräldrar att stödja barnens hälsoutveckling.
4. Möjliggöra för barn att söka hjälp för sin hälsa oavsett föräldrarnas resurser genom en lättillgänglig form av hälsostöd i barnens närmiljö.
5. Minska antalet övergångar mellan olika verksamheter.
6. Samla kunskap och kompetens kring metoder för att förverkliga proportionell universalism, dvs. i verkligheten möta barnens behov av hälsoinsatser.

7. Öka möjligheterna att möta olika barns behov utifrån deras utvecklingsnivå i stället för utifrån ålder.
8. Säkerställa att barn med behov av samordnade insatser från olika aktörer får rätt stöd och att föräldrar slipper bli samordnare samt att de får del av även hälsofrämjande insatser.
9. Öka möjligheterna till gemensam kompetensutveckling och forskning för att utveckla ett hälsostöd som skapar jämlik hälsa.

Förslaget är i linje med vad flera har lyft. Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar (SOU 2017:9) har föreslagit att en sammanhängande barn- och ungdomshälsovård från 0 till 25 år bör utredas. Sveriges Kommuner och Landsting föreslår i rapporten *Minskade hälsoskillnader* (SKL 2017) också att organiseringen av barn- och ungdomshälsovården behöver utredas för att på ett ännu mer träffsäkert sätt tillgodose alla flickors och pojkars rättigheter till hälsa oavsett bakgrund. Utredningen *Att vända frånvaro till närvaro* (SOU 2016:94) ser ett behov av en reglering av elevhälsans förebyggande och hälsofrämjande arbete och föreslår att en utredare närmare bör konkretisera elevhälsans arbete.

En central problematik är att hälso- och sjukvården för barn och unga utgår från olika lagstiftning och har olika förutsättningar. I nuvarande system omfattas barn av insatser inom ramen för socialtjänstlagen (SFS 2001:453), skollagen (SFS 2010:800) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). För att göra det möjligt att följa barnen från mödra- och barnhälsovården till elevhälsa och ungdomsmottagningar och vuxen ålder bör det även undersökas om det är möjligt att underlätta informationsöverföring mellan verksamheterna, vilket särskilt har efterfrågats i Kommissionens dialog. I dag finns det sekretessbestämmelser som försvårar detta. Det är önskvärt med en sammanhållen journalföring som följer barnen från dagens mödra- och barnhälsovård till elevhälsa. På så sätt finns en samlad information som utgör ett gott beslutsunderlag för eventuella åtgärder. När det gäller elevhälsan finns den tillgänglig för förskoleklass och efterkommande skolformer, men inte i förskolan. Kommissionen bedömer att elevhälsan även bör kunna stödja arbetet i förskolan.

Kommissionen föreslår, mot bakgrund av detta resonemang, att en utredning tillsätts för att undersöka hur en sammanhängande barn-, elev- och ungdomshälsovård kan skapas. Utredningen bör

utgå från befintliga aktörers organisering, deras uppdrag och mandat, samt undersöka hur ett geografiskt områdesansvar kan kombineras med befintliga vård- och skolvalssystem. Utredningen bör utgå från ett barnrättsperspektiv. I ett första steg bör en förstudie genomföras med syfte att identifiera hinder i nuvarande lagstiftning.

En likvärdig förskola av hög kvalitet

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- arbeta för en garanti för heltid i förskolan för alla barn,
- ge Skolverket i uppdrag att utveckla nationella likvärdighetsmått,
- verka för att utöka antalet platser inom förskollärarutbildningen.

Kommunerna bör

- verka för att öka deltagandet i förskolan bland barn från socioekonomiskt svaga förhållanden.

Skillnaderna mellan barns förutsättningar kan förstärkas under förskoleåren, dels om en lägre andel barn från socioekonomiskt mindre gynnade familjer går i förskola och dels om mer socioekonomiskt gynnade familjer har tillgång till förskolor av högre kvalitet.

En förskola av hög kvalitet ger barnen kognitivt, socialt och emotionellt stöd (Vetenskapsrådet 2015). Forskning med longitudinell design har relativt samstämmigt visat att det är kvaliteten i interaktionen mellan förskolepersonal och barn som har störst betydelse för barns lärande och utveckling på kort och lång sikt (se t.ex. Barnett och Belfield 2006; Sammons et al. 2004). Förskolepersonalens utbildning och kompetensnivå, och inte minst då andelen förskollärare, är därför en av de viktigaste förutsättningarna för att förskolans verksamhet ska bli likvärdig och av god kvalitet.

De strukturella förutsättningarna som är av särskild betydelse för att åstadkomma en likvärdig förskola av god kvalitet är 1) förskolepersonalens utbildning och kompetens, 2) förskolepersonalens arbets-

situation och 3) förskolans tillgänglighet. För varje område har indikatorer kopplats för att kunna mäta förskolans likvärdighet (Vetenskapsrådet 2015).

Kommissionen menar att förskolan har en avgörande roll för att på sikt skapa mer jämlika förutsättningar för hälsa, men förskolans förmåga att kompensera för skillnader mellan barn med olika förutsättningar och behov måste stärkas. Vi ser behov av åtgärder för att stärka kvaliteten, och i synnerhet variationen i kvalitet mellan förskolor, men även för att öka tillgängligheten. Dessa åtgärder är självfallet sammankopplade, och inte minst krävs en god kvalitet för att ökad tillgänglighet ska verka utjämnande.

Kvalitet i förskolan

Sedan 2011 är förskolan en egen skolform och dess uppdrag har fått ett tydligare fokus på pedagogik. En förskola som skapar goda lärande- och utvecklingsmöjligheter kan bidra till att förbättra barnens hälsa och främja skolprestationer. Förskolans undervisning ska ledas av förskollärare, enligt skollagen (SFS 2010:800). Men det råder brist på förskollärare och förskolor behöver anpassa sin organisation för att kunna garantera förskollärarledd undervisning. Dessutom är fördelningen av andelen examinerade förskollärare ojämn. År 2016 fanns det i genomsnitt 27 procent examinerade förskollärare på förskolor i enskild regi vilket kan jämföras med 42 procent på kommunala förskolor.[23] Eftersom det är ett snittvärde finns det förskoleverksamheter som har en lägre andel examinerade förskollärare. Enligt en rapport från Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm finns det en lägre andel förskollärare i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar än i socioekonomiskt mer gynnade områden (Andersson och Sandberg 2017). Skolinspektionen (2017) drar också slutsatsen att barn inte erbjuds likvärdiga förutsättningar och möjligheter i alla förskolor.

Det kan finnas flera orsaker till att det är brist på förskollärare; förutom antalet utbildade handlar det även om i vilken utsträckning dessa vill och kan arbeta i förskolan. För att öka kompetensnivån i förskolan krävs flera typer av åtgärder, dels både för att vidareutbilda

[23] jmftal.artisan.se

befintlig personal med olika utbildningsbakgrund, och dels för att skapa bättre arbetsvillkor.

Grundläggande är dock att det finns utbildad personal att tillgå. Arbetsförmedlingen (2017a) bedömer att förskollärare är det yrke på högskolenivå där det är störst brist på arbetskraft och minst konkurrens om jobben under 2017. Detta pekar klart på att det finns en brist på utbildade förskollärare, och att fler behöver utbildas för att hålla uppe eller öka kvaliteten i förskolan. Söktrycket är också relativt högt då det under höstterminen 2015 gick ungefär två behöriga förstahandssökande per antagen till förskollärarutbildningen, enligt Universitetskanslerämbetet och SCB. Behovet av förskollärare behöver följas och Skolverket har i samarbete med Universitetskanslerämbetet fått regeringens uppdrag att ta fram återkommande prognoser, med start december 2017, över förskolans behov av förskollärare (U2016/02335/S). Under 2015 och 2016 tillfördes universitet och högskolor medel för en utbyggnad av förskollärarutbildningen. Flera andra statliga satsningar har gjorts för att också öka attraktiviteten för yrken inom förskolan såsom t.ex. förskolelyftet (prop. 2016/17:1, utg. omr. 16 avsnitt 2.5.3). Samtidigt menar vi att förskolan är en avgörande verksamhet för att utjämna skillnader mellan barn från olika bakgrund. Att det finns välutbildad och kompetent personal på alla förskolor är avgörande för att de sociala skillnaderna ska kunna motverkas. Därför bör regeringen verka för att ytterligare platser inom förskollärarutbildningar inrättas.

För att öka kvalitet och likvärdighet mer generellt bör också resultaten av förskolans pedagogiska verksamhet tydliggöras och synliggöras i förhållande till läroplanens (Skolverket 2016a) och skollagens (SFS 2010:800) krav. Därför ställer Kommissionen sig positiv till att Skolverket fått i regeringsuppdrag att till den 23 mars nästa år förtydliga och uppdatera förskolans läroplan för att öka undervisningskvaliteten och måluppfyllelsen.[24] Skolverket har i dagsläget databaser som visar statistik om kostnader, personaltäthet, barngrupper, examinerade förskollärare m.m. SKL har utvecklat SAMSA[25], ett digitalt stöd för bedömning av kvalitet, som innehåller bedömningsområdena matematik, språk, kommunikation och systematiskt kvalitetsarbete. Genom SAMSA bedöms verksamhetens förmåga att

[24] regeringen.se/pressmeddelanden/2017/04/forskolans-laroplan-ses-over
[25] Systematiskt Arbete med Matematik- och Språkutvecklande Arbetssätt i förskolan.

skapa förutsättningar för barn att lära och utvecklas. Det betyder att det är verksamheten och inte barnet som bedöms. Dessutom har många kommuner egna verktyg för uppföljning. Kommissionens bedömning är att det är viktigt att analyser tar hänsyn till socioekonomi. Mot bakgrund av studien i Stockholms stad som visar att en lägre andel förskollärare arbetar i socioekonomiskt utsatta områden och kunskapen att barn från socioekonomiskt svaga förhållanden gynnas mest av att gå i förskola är det särskilt viktigt att förskoleverksamheten mäts utifrån socioekonomiska faktorer. Kommissionen anser därför att nationella likvärdighetsmått för förskolan behöver utvecklas.

Barns deltagande i förskolan

Givet att förskolan har god kvalitet är det avgörande att de barn som behöver mer stöd och stimulans också kommer till förskolan och spenderar tillräckligt lång tid där för att den ska fungera kompensatoriskt. Kommissionen menar att det är viktigt att stat och kommuner verkar för att alla barn tar del av förskolan.

Kommissionen ser högt deltagande som hög närvaro och att barnen kontinuerligt vistas i förskolan. Det handlar således inte bara om inskrivningsgrad. I Sverige var 84 procent av alla barn mellan 1 och 5 år inskrivna på förskola den 31 december 2016.[26] Siffran säger dock inget om förskolebarnens närvaro. De som inte går i förskola består mest av ettåringar. I till exempel Stockholm finns ett samband mellan inskrivningsgrad och socioekonomiska förutsättningar. Områden med högre andel låginkomsttagare, lågutbildade och personer med utländsk bakgrund har en lägre andel barn i förskolan. Bland de som inte går i förskola, deltar en del i pedagogisk omsorg hos dagbarnvårdare (Andersson och Sandberg 2017). Den verksamheten är dock inte reglerad av skollagen (SFS 2010:800).

Det finns flera skäl till att föräldrarna inte väljer att placera sina barn i förskolan. Det kan bero på kunskapsbrist om förskolan (att kommunerna inte nått ut med information), generell skepsis mot myndigheter, att det värderas högre att vara hemma med barnet,

[26] jmftal.artisan.se

närheten till förskolan, logistiksvårigheter med hämtning och lämning samt tillfälligt boende.

För att öka deltagandet i förskolan bland barn från socioekonomiskt svaga förhållanden behövs ökade insatser för uppsökande verksamhet. Information om förskolan kan ges genom många olika kanaler t.ex. via familjecentraler, föräldragrupper, köpcentra, bibliotek, museum, SFI och genom skriftlig information på olika språk och muntligt genom personer med kultur- och språkkompetens. Ytterst handlar det om att bygga förtroendefulla relationer mellan föräldrar och förskoleverksamheten.

En särskild grupp i detta sammanhang är barn vars föräldrar är arbetslösa eller föräldralediga. Enligt skollagen ska dessa från och med ett års ålder erbjudas förskola under minst tre timmar per dag eller 15 timmar i veckan (8 kap. 6 § SFS 2010:800). Kommissionen bedömer att alla barn bör ha rätt till heltid eller minst 30 timmar per vecka i förskolan, eftersom barnens rätt till förskola inte ska vara beroende av föräldrarnas livssituation. Mycket tyder på att förskolebarn från socioekonomiskt svaga områden i större utsträckning har föräldrar som är arbetslösa än barn från socioekonomiskt mer gynnade områden. Det innebär att de inte har rätt till förskola på heltid och därför påverkas på grund av föräldrarnas livssituation. Samtidigt är det barn från socioekonomiskt svaga områden som gynnas mest av att gå i förskola. Även om skollagen (SFS 2010:800) i dag ger kommuner möjlighet att erbjuda mer än 15 timmar, bedömer Kommissionen att lägstanivån för antalet timmar bör höjas. Ett utredningsarbete bör initieras för att analysera konsekvenserna av att en garanti för 30 respektive 40 timmar i förskolan införs för alla barn. Förslaget får ekonomiska och andra konsekvenser genom att ett högre antal barn ska närvara i förskolan. Givet den brist på förskollärare som råder skulle det riskera att påverka kvaliteten negativt, och en utökning av den garanterade tiden från 15 till 30 eller 40 timmar bör därför ses som ett förslag på sikt.

Metoder och medel som sätter barnets bästa i centrum

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

– utveckla den nationella strategin för föräldrastöd.

Kommuner och landsting bör

– utveckla samverkansformer med barns bästa i centrum, såsom familjecentraler,
– tillämpa utökat hembesöksprogram riktat till nyblivna föräldrar, där socialtjänsten involveras, så att de omfattar *alla* nyfödda barn (och inte enbart barn till förstagångsföräldrar).

Kommissionen ser behov av fortsatt riktat stöd där barnets bästa sätts i centrum.

Föräldrastöd är en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk. Betänkandet Föräldrastöd – en vinst för alla (SOU 2008:131) lade förslag till en långsiktig nationell strategi för generellt föräldrastöd. Ett år senare tog dåvarande regering fram Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – en vinst för alla, som ses som en del av dåvarande regeringens långsiktiga satsning på att främja hälsa och förebygga ohälsa bland barn och unga (Socialdepartementet 2013). Mellan 2011 och 2013 genomfördes flera projekt inom ramen för regeringsuppdraget *Utveckling och utvärdering av föräldrastöd*.

Föräldrastöd kan ges *universellt* (för alla), *selektivt* (för riskgrupper) och *indikerat* (individuellt för familjer med stora och identifierade problem). Förutom olika nivåer kan föräldrastöd även ges i olika former och med olika metoder samt av olika aktörer, såsom mödrahälsovården, barnhälsovården, socialtjänsten och familjecentraler, men även av idéburna organisationer som idrottsrörelsen och barnrättsorganisationer samt religiösa verksamheter. Särskilt vid selektiva och indikerade föräldrastödsinsatser kan hjälp och stöd från olika verksamheter behövas samtidigt. Mödra- och barnhälsovården erbjuder alla föräldrar individuellt stöd, föräldragrupper och ibland även föräldrastödsgrupper (Socialstyrelsen 2015b). Föräldrastöd har även

erbjudits genom förskoleverksamheten i Uppsala och utvärderas för närvarande.[27]

Det har gjorts en del utvärderingar om föräldrastöd i Sverige med fokus på kostnadseffektivitet, deltagarnas demografi och beteendeproblematik bland barn (se t.ex. Folkhälsomyndigheten u.å.; Salari och Filus 2017; Wells et al. 2015; Sampaio et al. 2015; Thorslund et al. 2014; Salari et al. 2014). Trots att ambitionen med universellt föräldrastöd är att erbjudandet ska gå till alla föräldrar visar utvärderingarna att inte alla nås i samma utsträckning. Pappor, ensamstående, lågutbildade och föräldrar med utländsk bakgrund nås exempelvis i begränsad utsträckning.

En slutsats av detta är att det finns behov av att anpassa och utveckla det föräldrastödjande arbetet utifrån språkliga, kulturella och sociala situationer, men även sett till tid och geografi för att öka tillgängligheten. Hur föräldrar bjuds in, om syskon påverkas, vem föräldrastödsprogram fungerar för och varför (utifrån t.ex. föräldrarnas ålder, om ena eller båda föräldrarna deltar och socioekonomiska förutsättningar) behöver också undersökas.

Kommissionens sammanvägda bedömning är att den nationella strategin för föräldrastöd bör uppdateras och utvecklas genom att 1) även trycka på vikten av selektivt och indikerat föräldrastöd, 2) inriktas mot att olika former av föräldrastöd ges utifrån kvalitet, jämlikhet, likvärdighet, systematisk utvärdering och kostnadseffektivitet, samt att 3) stärka förskolan och senare skolformer som arena för föräldrastöd. Det sistnämnda innebär till exempel att personal från mödra- och barnhälsovården och socialtjänsten informerar om och ger föräldrastödet på förskolan. Även samverkan mellan aktörer som tillhandahåller föräldrastöd är grundläggande, liksom samverkan med andra aktörer, såsom svenska för invandrare (SFI), som kan informera om stödet.

Som framgår av kapitlets inledning vill Kommissionen göra mer av sådant som fungerar men är otillräckligt. Vi ger därför här flera goda exempel på samverkan som bör utvecklas och appliceras i större utsträckning, framför allt i socioekonomiskt utsatta områden. Därutöver bör dess arbetsformer utvärderas avseende organisations- och ledningsstruktur, process och dess effekt på jämlik hälsa.

[27] triplep.uppsala.se

Samverkan är inte ett *mål* utan ett *medel* för att uppnå önskvärda effekter. För att stödja barnets utveckling utifrån barnets förutsättningar finns det flera aktörer, såsom barnhälsovården, förskolan, mödrahälsovården, barn- och ungdomspsykiatrin, socialtjänsten och tandvården. Myndigheter har en lagstadgad skyldighet att samverka och hjälpa varandra inom ramen för den egna verksamheten, särskilt när det gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa.[28] Detta gäller även samhällsorgan, organisationer och berörda aktörer inom fritids- och kultursektorn, ideella organisationer samt andra offentliga och privata företrädare för olika samhällsintressen. Överföring av information om barnen mellan olika aktörer är dock en fråga om såväl sekretess och integritet som kollektiv och individuell nytta.

Nya aktörer med andra regelverk, intressen och driftsformer, i förhållande till verksamheter inom kommun och landsting, ställer nya krav på samverkan. Sedan vårdvalet infördes har fler barnmorskemottagningar etablerats och det tidigare geografiska områdesansvaret har försvunnit. Det leder till att samverkan kan försvåras och att det kan bli svårare att främja sociala nätverk för familjerna. Dessutom kan vårdkedjan mellan mödrahälsovård, specialistmödrahälsovård, förlossning, BB och barnhälsovården försvagas.

Olikheter kan utgöra både styrka och hinder för samverkan. En fungerande och långsiktig samverkan kräver *styrning* på alla ledningsnivåer som legitimerar och förankrar samverkan, *struktur och tydlighet* vad gäller mål, målgrupp, yrkesroller, arbetsfördelning och rutiner samt *samsyn*, dvs. gemensam problemförståelse (Socialstyrelsen 2013b).

Under de senaste åren har flera satsningar på förbättrad samverkan gjorts. Ett exempel är samverkansavtalen mellan socialtjänsten och barnhälsovården, som ökat sedan 2011. Dessutom finns samordnad individuell plan (SIP), som regleras av socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), där landstinget och kommunen tillsammans med barnet och dess föräldrar deltar i planeringen av stöd från hälso- och sjukvård och socialtjänst. En annan samverkansstruktur är BarnSam på Gotland.[29] Verksamheten har egen budget och består av förvaltningarna inom

[28] Se förvaltningslagen (SFS 1986:223), hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens områden (SFS 1998:531), polislagen (SFS 1984:387), skollagen (SFS 2010:800) och socialtjänstlagen (SFS 2001:453).
[29] gotland.se/barnsam

hälso- och sjukvård, barn och utbildning, kultur och fritid samt socialförvaltningen. Och via Västbus i Västra Götaland samverkar socialtjänst, primärvård, barn- och ungdomspsykiatri m.fl. avseende barn med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik.[30]

Barn som far illa, eller riskerar att fara illa, är ett gemensamt samhällsansvar. Kännedom eller misstanke om att ett barn far illa ska anmälas till socialtjänsten (14 kap. 1 § SFS 2001:453). Under ett barns första levnadsår är barnhälsovården en av få aktörer som har möjlighet att tidigt uppmärksamma eventuella behov av stödjande insatser till följd av psykosociala brister eller missförhållanden i familjen. Ett nära samarbete inom ramen för familjecentraler (samt familjecentrum och familjens hus) kan underlätta arbetet både vad gäller att tidigt identifiera problem men också att tidigt agera innan de blir allvarliga.

På flera håll i landet finns särskilda tvärprofessionella samverkansteam, där representanter från mödra- och barnhälsovård, barn- och vuxenpsykiatri och socialtjänst kan ingå. Målet med teamen är att skapa trygghet och att tidigt uppmärksamma levnadsvillkor, behov och risker ur ett medicinskt, socialt och psykologiskt perspektiv samt samverka utifrån den enskilda familjens behov och skapa en vård- eller handlingsplan (Socialstyrelsen 2015c).

Familjecentraler, inklusive familjecentralsliknande verksamheter, och hembesöksprogram är ytterligare konkreta exempel på hur tvärsektoriell samverkan mellan olika professioner och verksamheter kan organiseras. Här bedrivs en generell, hälsofrämjande, tidigt förebyggande och stödjande verksamhet som riktar sig till barn och deras föräldrar. Flera utredningar och utvärderingar är positiva till familjecentraler (se t.ex. Malmö stad 2016a; Abrahamsson et al. 2009; Langemark 2009).

En familjecentral innehåller minst barnhälsovård, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst. Även aktörer från civilsamhället och privata sektorn kan ingå. Personalen består av barnmorskor, sjuksköterskor, förskollärare, socialsekreterare, och ibland även familjerådgivare, fritidsledare, psykologer och läkare. Genom ett familjecentrerat arbetssätt kan chansen öka att upptäcka och tillgodose behov av stöd bland barnfamiljer. Dessutom kan uppsökande verksamhet bedrivas för att stimulera fler barn att gå i förskola. Arbetet handlar till stor del om att bygga förtroendefulla relationer och hålla igång

[30] epi.vgregion.se/sv/Vastbus

såväl nätverk som projekt med olika verksamheter, föreningar och myndigheter som möter föräldrar till barn i förskoleålder. Mycket tyder på att dessa familjecentrerade arbetssätt ger synergieffekter i form av ökat förtroende för, och bättre kontakter med, flera verksamheter som arbetar för barnets bästa samt positiv hälsoutveckling.

Det finns olika former av uppsökande verksamhet. En typ av uppsökande verksamhet avser att särskilt rikta sig mot socioekonomiskt svaga områden för att minska skillnader i hälsa bland barn. Denna uppsökande verksamhet behöver utvecklas på flera arenor (t.ex. via bibliotek, SFI och i köpcentra), genom att flera aktörer och olika former och kanaler används kan man nå ut med information om barnets rättigheter, föräldrastöd, förskola, tandvård, vaccination m.m.

Västra Götaland har exempelvis arbetat uppsökande riktat mot riskgrupper för dålig tandhälsa. För att minska skillnaderna i barns tandhälsa har Folktandvården Västra Götaland utvecklat det generella samhällsinriktade programmet FRAMM (Flour, Råd, Arena, Mat, Motivation). Programmet börjar med det lilla barnet (ett år) och därefter följer insatser anpassade efter ålder och socioekonomisk status. FRAMM innehåller munhälsobedömningar och samtal om barnets munhälsa med föräldrar vid ett och två års ålder. Programmet riktar sig även till äldre barn där till exempel flourlackning och munhälsolektioner ges i årskurs 6 och 9. Satsningen har resulterat i att skillnaderna i kariesförekomst har minskat mellan socioekonomiska grupper (Bergström 2016).

Dessutom har ett antal samverkansprojekt mellan Folktandvården Västra Götaland och utvalda familjecentraler i Göteborg satsat på att minska skillnaderna i barns tandhälsa. Folktandvården har bland annat gett råd och information om munhälsa på en familjecentral. I andra fall har tandvårdspersonalen kopplats till familjecentralens verksamhet som ordinarie medarbetare. Syftet är att fånga upp alla barn som riskerar sämre tandhälsa. Förhoppningen är att göra det enklare för familjer att komma i kontakt med tandvården (Wretlind et al. 2016). Hälsosamtal på familjecentraler skulle utöver tandhälsa också kunna handla om alkohol, tobak och fysisk aktivitet.

Enligt internationella studier har utökade hembesöksprogram till nyblivna förstagångsföräldrar positiva effekter på såväl kort som lång sikt. Studierna visar att utökade hembesöksprogram har positiva effekter på barnens fysiska och psykiska utveckling och hälsa. Det har även resulterat i mindre språkförseningar och minskad emotionell

sårbarhet (se t.ex. Dodge et al. 2014; Olds et al. 2010; Aronen och Arajärvi 2000; Aronen och Kurkela 1996).

Hösten 2013 startade ett projekt i stockholmsförorten Rinkeby med utökat hembesöksprogram i form av fem extra hembesök till alla nyblivna förstagångsföräldrar, där föräldrarådgivare från socialtjänsten och sjuksköterskor från barnavårdscentraler samverkar. I ordinarie hembesöksprogram är inte socialtjänsten involverad. Rinkeby är ett socioekonomiskt mer utsatt område där barnen inte vaccineras i mindre utsträckning och där övervikt och karies är vanligare än i många andra områden. Interventionen är en form av tidiga insatser, med det förebyggande syftet att minska ojämlikheter i hälsa, som skapar fortsatt kontakt med t.ex. barnhälsovård, socialtjänst, primärvård, tandvård, öppna förskola och bibliotek. Preliminära utvärderingsresultat visar att det är ett högt deltagande och att arbetssättet är uppskattat av både nyblivna föräldrar, sjuksköterskor från barnavårdscentraler och föräldrarådgivare från socialtjänsten (Burström et al. 2017; Marttila et al. 2015). I övriga delar av landet erbjuds hembesök i olika utsträckning. Med anledning av att det utökade hembesöksprogrammet i Rinkeby är relativt nytt finns det ännu inte tillräckliga utvärderingar av dess effekt. Dock talar mycket för att de internationella studiernas resultat av utökade hembesöksprogram bör kunna översättas till svensk kontext.

I samband med att utökat hembesöksprogram tillämpas bör process och effekter på barnens hälsa följas upp och utvärderas som grund för fortsatt utvecklingsarbete.

4.2 Kompetenser, kunskaper och utbildning

Kompetenser, kunskaper och utbildning är ett av Kommissionens föreslagna målområden för att uppnå en god och jämlik hälsa (SOU 2017:4). Det finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Att utveckla människors kompetenser och kunskaper genom lärande och utbildning är centralt för att uppnå en god och jämlik hälsa (SOU 2016:55). Kunskaper och kompetenser förvärvade genom utbildning ger bättre möjligheter till arbete och inkomst, men också till att stärka psykologiska och sociala resurser. Detta utökar handlingsutrymmet vilket i sin tur ger individen möjligheter att påverka sin situation. Genom utbildning utvecklas allmänna kognitiva förmågor. På den mest grundläggande nivån lär utbildning människor att lära. Genom utbildning utvecklas vanor, förmågor och färdigheter som att läsa, att skriva, att fråga, att argumentera och resonera och dra slutsatser. Utbildning blir således inte bara ett medel för att få tillgång till materiella resurser utan påverkar även individens förmåga att använda resurser och hantera problematiska situationer som uppstår. Den genom utbildning inlärda effektiviteten bidrar till att begränsa negativa konsekvenser av utsatta situationer (Mirowsky och Ross 2003).

Utbildning påverkar individers möjligheter till etablering på arbetsmarknaden genom formella kvalifikationer, och blir sedan en bestämningsfaktor för både inkomst och yrkesklass. Därmed är utbildning nyckeln till att få tillgång till materiella resurser, men även till en effektiv användning av tillgängliga resurser. Detta ger utbildning en stor betydelse för hälsa och socioekonomisk position. Livsvillkor, levnadsvanor och andra förhållanden som bidrar till god hälsa är också bättre och mer hälsofrämjande bland personer med högre utbildningsnivå (se avsnitt 4.6).

Genom lärandet utvecklas kognitiva, icke-kognitiva och sociala förmågor. Cunha och Heckman (2010) beskriver exempelvis hur olika typer av kognitiva och icke-kognitiva förmågor samverkar och tillsammans förklarar en stor del av variationen i socioekonomisk framgång. Skillnader i dessa förmågor formas tidigt i människors liv, och flera studier visar att icke-kognitiva förmågor, som attityd och beteende, bidrar till och har en inverkan på kognitiva förmågor (Skol-

verket 2013a). Uthållighet, motivation och samvetsgrannhet spelar t.ex. en direkt roll för individers resultat på tester som prövar kunskap, men påverkar också i sig utvecklingen av den kognitiva förmågan. Skolgång bidrar till att utveckla icke-kognitiva förmågor samtidigt som dessa förmågor bidrar till skolresultaten, detta sker i ett slags ömsesidigt förstärkande positiva spiraler. Skolan har i och med sitt kompensatoriska uppdrag en mycket viktig roll i att möjliggöra och bidra till alla barns lärande och utveckling av både kognitiva och icke-kognitiva förmågor, oavsett individuella förutsättningar och föräldrars bakgrund och utbildningsnivå.

Lärande tidigt i livet påverkar vilja och förmåga att tillgodogöra sig utbildning senare i livet. Kontinuerligt lärande och en lärande inställning gör att den kognitiva förmågan bibehålls eller utvecklas. Lärande och utveckling av kompetenser sker naturligtvis inte bara i skolan, utan i livets alla olika sammanhang. En indelning som används för att kategorisera olika typer av lärande är formellt lärande, icke-formellt lärande och informellt lärande (SOU 2017:18).

Formellt lärande sker i det formella utbildningssystemet under ledning av lärare. Där finns antagningskrav, nivåer och formella kvalifikationer efter genomförd utbildning. Det formella lärandet regleras av lagar och förordningar och kvalitetssäkring sker genom tillsyn och annan granskning som genomförs av myndigheter. Icke-formellt lärande sker i organiserade former utanför det formella utbildningssystemet. Det kan handla om kompetensutveckling i arbetet eller deltagande i kurser och studiecirklar. Informellt lärande är ett ofta oavsiktligt lärande som inte är strukturerat eller organiserat, och som pågår på arbetsplatsen, i hemmet, på fritiden och under ledighet etc. (SOU 2017:18).

På fritiden deltar många i föreningsliv, fritidsaktiviteter, tar del av bibliotek och andra kulturaktiviteter. Vi umgås med familj, vänner och andra sociala nätverk. Via internet och de sociala medierna kan vi umgås och interagera med andra människor. För barn och unga finns fritidshem, fritidsgårdar och kommunala musik- och kulturskolor. I alla dessa olika aktiviteter utvecklas och påverkas olika färdigheter. Fritiden utgör en mycket viktig del av särskilt barns och ungas uppväxtvillkor. Det är också under fritiden som många förverkligar sig själva och får en identitet och på fritiden finns möjlighet att tillägna sig en rad olika kompetenser (Nilsson 1994). I dessa sammanhang kan det också skapas nya möjligheter att lyckas, bygga självkänsla och

öka tilltron till den egna förmågan, vilken kan ha särskilt stor betydelse för dem som har svårigheter i skolan.

4.2.1 Lägesbeskrivning: förutsättningar för att alla ska kunna utveckla kompetenser och kunskaper och tillgodogöra sig en god utbildning

Grundskolan

Enligt Skollagen (SFS 2010:800) ska utbildningen ta hänsyn till barns och elevers olika behov, och en strävan ska vara att uppväga skillnader i barns förutsättningar att tillgodogöra sig utbildningen. Alla barn och elever ska ges stöd och stimulans så att de kan utvecklas så långt som möjligt. Utbildningen syftar också till att i samarbete med hemmen främja barns och elevers allsidiga personliga utveckling till aktiva, kreativa, kompetenta och ansvarskännande individer och medborgare (1 kap. skollagen, SFS 2010:800). Enligt skollagen och läroplanerna innebär likvärdighet att det ska råda lika tillgång på utbildning, att utbildningens kvalitet ska vara likvärdig och att skolan genom sitt kompensatoriska uppdrag ska kompensera för elevers olika förutsättningar. Skolan ska agera kompensatoriskt och därmed hjälpa elever med sämre förutsättningar eller med behov av stöd att klara målen, något som kan ske genom skolans organisation och strukturerad undervisning.

Trots detta spelar föräldrars utbildningsbakgrund och härkomst en stor roll för elevens skolresultat, och sambanden mellan socioekonomisk bakgrund och barns betyg från grundskolan är starka. Barn från en mer privilegierad bakgrund har avsevärt lägre risk att misslyckas i skolan än jämnåriga från familjer med lägre socioekonomisk position. En stor del av det sociala arvet – i bred mening – reproduceras i och genom skolan. I Sverige och i flera andra länder är det föräldrarnas utbildning som har det starkaste sambandet med barnens betyg, medan familjens inkomst har mindre betydelse (Yngwe 2004).

Betydelsen av föräldrarnas utbildningsbakgrund för elevers skolresultat har legat relativt konstant under de senaste decennierna (Holmlund 2016; Holmlund et al. 2014; Böhlmark och Holmlund 2012, 2011). Skolkommissionen (SOU 2016:38) noterar dock tendensen att föräldrar får ta ett allt större ansvar för att stödja sina barn

i lärandet, något som kan påverka barn vars föräldrar har lägre utbildning mer negativt än andra barn. Att skolframgången i ökande utsträckning görs beroende av föräldrars möjligheter att stödja sina barn undergräver förutsättningar för likvärdighet. En annan faktor som kan påverka elevers skolresultat är deras migrationsbakgrund (se t.ex. Skolverket 2016, 2015a; Böhlmark och Holmlund 2011). Särskilt gäller detta elever som invandrat till Sverige efter ordinarie skolstart. Sett till alla invandrade barn observeras en ökning av andelen barn som invandrar till Sverige efter 8 till 9 års ålder (Skolverket 2016b).

Betygen i grundskolans årskurs 9 har avgörande betydelse för möjligheterna och benägenheten att studera vidare. Barn med lägre betyg från familjer med hög socioekonomisk position tenderar dock att i högre utsträckning ta sig vidare i utbildningssystemet, åtminstone till en gymnasieexamen, än andra jämnåriga med motsvarande betyg men lägre socioekonomisk position. Det är också sedan länge känt att de alternativa studievägarna efter grundskolan, Komvux och folkhögskola, i högre grad utnyttjas av mer resursstarka grupper (Berggren 2007).

Barn som växer upp i samhällets vård eller i familjer med återkommande ekonomiskt bistånd lämnar i genomsnitt grundskolan med betydligt lägre betyg än andra barn. Majoriteten av pojkarna i båda grupperna har låga eller ofullständiga betyg från årskurs 9, vilket bara delvis förklaras av skillnader i kognitiv förmåga. I vuxen ålder har de lägre utbildningsnivå än jämnåriga med samma kognitiva förmåga men även jämfört med andra barn med samma betyg från grundskolan. Utsattheten under uppväxten kan ha påverkat möjligheten att tillgodogöra sig utbildning. Dessa barn har också mycket höga överrisker för ogynnsam utveckling över tid även på flera andra områden (Vinnerljung et al. 2010).

En hög förekomst av skolmisslyckanden[31] är en nyckelfaktor för att förklara och förstå dessa samband. Låga eller ofullständiga betyg från årskurs 9 är enligt Socialstyrelsen (2010) den starkaste riskfaktorn för framtida psykosociala problem bland barn i dessa grupper. Skolframgången beror på en interaktion mellan individuella förutsättningar (såsom kognitiva och icke-kognitiva förmågor), skolans förmåga att tillgodose elevernas behov av stöd, skolsystemets utformning men även av faktorer i det omgivande samhället.

[31] Begreppet syftar på misslyckanden på individnivå, på skolnivå och på systemnivå.

Flickor har i genomsnitt bättre skolresultat än pojkar och är i större utsträckning behöriga till gymnasieskolan, men rapporterar i samtidigt i större utsträckning psykisk ohälsa. Enligt undersökningen Skolbarns hälsovanor[32] 2013/2014 (Folkhälsomyndigheten 2014, 2016c) har andelen 13-åringar som uppger att de känner sig stressade över skolarbetet varierat sedan 1997/1998 men i den senaste mätningen ökat påtagligt jämfört med 2009/2010. Ungefär var tredje flicka och var femte pojke rapporterar att de känt sig ganska mycket eller mycket stressade. Andelen som känt stress över skolarbetet är störst bland 15-åringarna där sex av tio flickor och tre av tio pojkar uppger att de upplever sådan stress. Psykisk ohälsa och skolstress hos barn och unga har även ett samband med skolmiljön (Folkhälsomyndigheten 2014, 2016c).

Gymnasieskolan

Grundskolan lägger grunden för vidare studier, och en slutförd gymnasieutbildning har en avgörande betydelse för ungdomars chanser och möjligheter till etablering på arbetsmarknaden. En genomgång gjord av Gymnasieutredningen (SOU 2016:77), baserad på data från Skolverket, visar att andelen elever som lämnar grundskolan utan att vara behöriga till något av gymnasieskolans nationella program har ökat de senaste åren. Andelen obehöriga var 16,9 procent höstterminen 2016, en ökning med 4,6 procentenheter jämfört med 2011. Det finns samband mellan elevernas gymnasiebehörighet och faktorer som kön, föräldrarnas utbildningsbakgrund och födelseland. Den minskande graden gymnasiebehöriga kan enligt Skolverket till stor del förklaras av att andelen elever som invandrat efter sju års ålder (efter ordinarie skolstart) har ökat, och att dessa elevers resultatutveckling är sämre än övrigas. De senaste åren har även antalet ungdomar som invandrar till Sverige i gymnasieåldern ökat. Dessa ungdomar är som regel inte heller behöriga till de nationella programmen och börjar liksom de allra flesta som saknar behörighet i stället på något av gymnasieskolans introduktionsprogram. Endast en liten del

[32] Undersökningen Skolbarns hälsovanor genomförs vart fjärde år, och är en del av en återkommande internationell undersökning om barns och ungas hälsa. Datainsamlingen görs av Folkhälsomyndigheten.

– mindre än en procent – av alla unga påbörjar inte något gymnasieprogram efter att ha avslutat grundskolan (SOU 2016:77).

De flesta unga påbörjar alltså gymnasiestudier, men en betydande andel når inte målen för gymnasieexamen. I Gymnasieutredningens underlag mäts genomströmningen som andelen elever som tagit examen inom tre år efter att de påbörjat ett gymnasieprogram enligt den läroplan som gäller sedan 2011, Gy 2011 (Skolverket 2011a). För högskoleförberedande program var andelen 75 procent år 2015 och för yrkesprogram 69 procent (Skolverket 2015a). Andelen elever på introduktionsprogrammen som tog examen inom tre år var mycket låg, under 7 procent. Elever som nyligen invandrat till Sverige behöver av naturliga skäl ofta längre tid än tre år för att slutföra en gymnasieutbildning (SOU 2016:77).

Av Gymnasieutredningen framgår även att det finns ett tydligt samband mellan elevers studieresultat och föräldrarnas utbildningsbakgrund. Av de elever som gick ett nationellt högskoleförberedande program eller yrkesprogram och vars föräldrar hade eftergymnasial utbildning tog 75 procent examen på tre år. Motsvarande andel för elever med gymnasieutbildade föräldrar var 62,6 procent respektive 34,5 procent för elever vars föräldrar hade högst förgymnasial utbildning (Skolverket 2015a). Skillnader observeras också beroende på elevens bakgrund. Av elever med svensk bakgrund som gick nationella program år 2014 tog 69 procent examen inom tre år, jämfört med 43 procent bland elever med utländsk bakgrund. Omkring en fjärdedel av de elever som inte tar examen saknar dock godkända betyg i endast ett fåtal kurser – detta pekar på vikten av att samlat stärka förutsättningarna för att elever ska få rätt stöd i tid, och nå målen för sin utbildning (SOU 2016:77).

Bristande stöd framhålls i olika sammanhang som den främsta orsaken till avbrutna och ofullständiga gymnasiestudier. När i princip alla unga påbörjar ett gymnasieprogram – nationellt eller introduktion – i kombination med att allt fler går ut grundskolan utan att vara behöriga till gymnasieskolan, innebär det också att fler är i behov av specialpedagogiskt eller andra former av stöd. Skolinspektionen har pekat på brister inom gymnasieskolans arbete med att utreda såväl stödbehov som uppföljning och dokumentation av insatser (SOU 2016:77).

Läs- och skrivsvårigheter bland vuxna

Mellan 2011 och 2012 genomfördes en internationell studie av vuxnas kunskaper och färdigheter inom ramen för Programme for the International Assessment of Adult Competencies (PIAAC). PIAAC beskriver vuxnas färdigheter när det gäller att läsa, räkna och lösa problem med hjälp av dator och internet. En liknande resultatnedgång som visats i Programme for International Student Assessment (PISA) återfinns i PIAAC för de ålderskohorter som deltagit i både PISA och PIAAC (Gustafsson et al. 2014).

För att kunna identifiera och undersöka de svagaste grupperna har de som uppvisat lägst kunskapsnivåer inom områdena läsning och räkning slagits samman till en riskgrupp (Gustafsson et al. 2014). I gruppen finns de som har otillräckliga färdigheter inom läsförståelse och/eller matematik eller låga färdigheter inom båda områdena. Bland personer i åldern 16 till 65 år återfinns 2,1 miljoner människor i denna kategori, vilket motsvarar 35 procent av befolkningen i denna ålder. Mest i riskzonen finns personer med otillräckliga färdigheter inom både läsförståelse och matematik; de utgör tio procent av den vuxna befolkningen medan sju procent har otillräckliga färdigheter inom ett av områdena.

Det finns ett tydligt samband mellan formell utbildning och färdigheter i läsförståelse och matematik. Majoriteten av de med en kort utbildning har otillräckliga eller låga färdigheter medan den övervägande delen av de med eftergymnasial utbildning (minst två år) har goda eller höga färdigheter. Samma mönster observeras när problemlösningsförmåga studeras med hjälp av dator eller internet. I resultaten syns ett tydligt samband mellan färdigheter och betyg från gymnasieskolan. Bland dem som har lägre betyg är det fler som har svårt att läsa och räkna. Vuxna som har otillräckliga färdigheter har i många fall en sämre anknytning till arbetsmarknaden, en sämre social situation och sämre hälsa.

Vuxenutbildning och folkbildning

Svensk vuxenutbildning har en lång tradition och är internationellt erkänd. Vuxenutbildningen är ett kommunalt ansvarsområde, men det finns samtidigt nationella regler som ska följas. Det finns även drygt 150 folkhögskolor, vars allmänna kurser riktar sig främst till de som

saknar grundskole- eller gymnasieutbildning och är ett alternativ till Komvux för att få grundläggande behörighet för högre studier. Folkbildningen kompletterar det formella utbildningssystemet, och utgör en del av det svenska civilsamhället med en stark koppling till landets folkrörelser. Folkbildningen har traditionellt sett bestått av fyra grenar: folkbibliotek, folkhögskolor, föreläsningsföreningar och studieförbund. Folkhögskolorna är öppna för alla vuxna och har en nedre åldersgräns på 18 år för sina allmänna kurser. Undervisningen på folkhögskolorna är kostnadsfri (prop. 2013/14:172).

Vuxenutbildning som är inriktad på icke-akademiska yrken (yrkesutbildningar) är dock tillgänglig i lägre utsträckning än utbildning genom folkhögskolor. För personer med en oavslutad gymnasieutbildning kan det exempelvis vara svårt att få tillträde till yrkesutbildningar.

Fritid, fritidsaktiviteter och föreningsliv

Vid sidan av det formella lärandet i utbildningssystemet har även den fria tiden stor betydelse för individers utveckling av kompetenser och kunskaper. Många unga deltar i olika typer av aktiviteter och värderar också fritiden högt och aktiviteterna kan ge barn och unga möjligheter att utvecklas, lära och uttrycka sin personlighet, visar exempelvis studier gjorda av Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF 2014). Möjligheten att delta i meningsfulla fritidsaktiviteter inom idrott, kultur och föreningsliv har dessutom ett värde i sig.

Möjligheten att delta i fritidsaktiviteter och graden av aktivitet varierar dock. En sammanställning gjord av MUCF (2014) baserad på enkätundersökningar bland unga visar tydliga skillnader mellan olika grupper, och att socioekonomiska förutsättningar kan vara begränsande. Barn i hushåll med svagare ekonomi deltar i lägre grad än andra i organiserade fritidsaktiviteter (SCB 2009). Det är också vanligare att barn i familjer med svagare ekonomi uppger att de skulle vilja delta i någon idrotts-, kultur- eller föreningsaktivitet på fritiden men att de inte har möjlighet att göra det (MUCF 2014). I socioekonomiskt utsatta områden observeras över lag ett lägre deltagande i fritidsaktiviteter, och framför allt flickor i dessa områden uppger i lägre utsträckning än pojkar att de trivs med sin fritid. Barn och unga med

utländsk bakgrund deltar i fritidsaktiviteter i lägre utsträckning än andra barn. Att ha högutbildade föräldrar minskar däremot risken för en lågaktiv fritid – orsaker kan vara både tillgång till ekonomiska resurser och föräldrarnas egna erfarenheter från olika fritidsaktiviteter (MUCF 2014). Även föreningsmedlemskap följer samma mönster – det är vanligare att barn och unga i mer resursstarka familjer är aktiva i föreningar än andra.

MUCF (2014) konstaterar i sin tematiska analys om ungas fritid och organisering att det saknas en nationell helhetsbild av ungas fritid, där olika aspekter på fritiden finns belysta och kan kopplas samman med övriga delar av livet. Det saknas även nationell statistik över ungas öppna mötesplatser och delvis även över landets musik- och kulturskolor.

4.2.2 Inriktning för att alla ska kunna utveckla kompetenser och kunskaper och tillgodogöra sig en god utbildning

Kommissionens bedömning:
Kompetenser och kunskaper utvecklas genom olika former av lärande under livets olika skeden och har ett starkt samband med människors förutsättningar för en god hälsa. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet inriktas på att alla ska få möjlighet att utveckla kompetenser och kunskaper samt tillgodogöra sig en god utbildning. Skolan är en arena som når alla barn och unga och har därmed en grundläggande roll i arbetet för en god och jämlik hälsa, både i sin roll som ansvarig för utbildning, och som plattform för ett hälsofrämjande arbete. Inriktningen bör vara att skolan ska verka för att alla barn och unga kan tillgodogöra sig en utbildning med hög kvalitet oavsett familjebakgrund och ursprungsland. Utbildningssystemet bör omfatta strukturer som möjliggör ett livslångt lärande och som ger de grundläggande förutsättningarna för att utveckla kompetenser och kunskaper under hela livet. Aktiviteter som innehåller olika former av icke-formellt och informellt lärande såsom fritidshem, olika fritidsaktiviteter och föreningsliv bör organiseras med ett systematiskt jämlikhetsfokus, dvs. vara tillgängliga för alla oavsett socioekonomisk bakgrund och kön. Åtgärder bör vidtas för att:

- skapa en god lärandemiljö i skolan med utgångspunkt i det ömsesidiga sambandet mellan hälsa och lärande. I detta ingår att använda skolan som en arena för ett hälsofrämjande arbete,
- skapa ett likvärdigt utbildningssystem,
- motverka skolmisslyckanden genom att tidigt identifiera elever som inte klarar kunskapsmålen eller har andra svårigheter, och tidigt erbjuda adekvat stöd för att säkerställa att barn och unga får möjlighet att nå sin fulla potential i skolan.

Det finns ett ömsesidigt samband mellan hälsa och lärande (eller att förvärva kompetens och kunskap). Människor behöver må bra för att kunna tillgodogöra sig utbildning. Utbildning ger förutsättningar för ett ökat handlingsutrymme och lägger därmed en grund för en god hälsa. Vårt förslag till inriktning syftar till att peka ut viktiga insatsområden för att nå en god och jämlik hälsa genom att alla ska kunna utveckla kompetenser och kunskaper.

En trygg och stimulerande lärandemiljö är en av de viktigaste förutsättningarna för att barn och ungdomar ska kunna inhämta och utveckla kunskaper och värden (prop. 2009/10:165, s. 319). Utbildningen ska enligt skollagen (SFS 2010:800, 5 kap. 3 §) utformas på ett sådant sätt att alla elever tillförsäkras en skolmiljö som präglas av trygghet och studiero.

Skolan har också en unik potential som arena för ett hälsofrämjande och förebyggande arbete i och med att den når alla barn och unga under uppväxtåren(se även avsnitt 4.6). Skolan har exempelvis en viktig roll i att främja fysisk aktivitet vilket görs både genom att ha idrott som skolämne men också genom att det finns en utemiljö som uppmuntrar till rörelse. Goda matvanor etableras både genom att lära ut om goda hälsovanor men också genom att skolmåltiden är god och näringsriktig och serveras i en trygg och trevlig miljö. Skolan har också en viktig roll att lära ut om alkoholens, narkotikans, dopningens och tobakens skadliga effekter.

Skolan har enligt skollagen (SFS 2010:800) också ett grundläggande och viktigt demokratiuppdrag att ge elever kunskap om demokrati och mänskliga rättigheter både i teori och i praktik. Att lära eleverna och ge dem instrument för att kunna vara delaktiga i vårt samhälle är viktigt (se även avsnitt 4.7).

Skolan har även en potential att fungera som en arena för att introducera olika fritidsaktiviteter genom att i samarbete med lokalt föreningsliv, idrottsföreningar, kommunal verksamhet som kultur- och musikskola m.m. informera om olika verksamheter.

En ytterligare resurs i arbetet med att skapa en god lärmiljö i skolan är elevhälsan. Elevhälsan är en del av en *hälsofrämjande skolutveckling*, ett begrepp som innebär att hälsoarbete i skolan ska ses som en del av en långsiktig skolutvecklingsprocess. Elevhälsan ska bl.a. bevaka att skolan bidrar till att skapa goda och trygga uppväxtvillkor och har i det individuellt inriktade arbetet ett särskilt ansvar för att undanröja hinder för varje enskild elevs lärande och utveckling. Detta innebär att elevhälsan ska identifiera inlärningssvårigheter hos enskilda elever och medverka till att åtgärder vidtas (Skolinspektionen 2015). Kommissionen anser att elevhälsan har en mycket viktig roll i att bidra till en god lärandemiljö i skolan och att det är viktigt att ge elevhälsan förutsättningar att arbeta främjande och förebyggande.

Skolans uppdrag är att anpassa den pedagogiska verksamheten efter varje elevs behov samt att skapa förutsättningar för fortsatt lärande (Skolverket 2013b). En av skolans stora utmaningar i dag är dock skilda förutsättningar mellan skolor och en ökande skolsegregation som resulterar i en sortering av elever efter bakgrund. Den enskilda faktor som i högst grad påverkar elevers skolresultat både i grundskolan och i gymnasiet är deras familjebakgrund och föräldrars utbildningsnivå (SOU 2016:38). Av denna anledning menar Kommissionen att det är av stor vikt att säkerställa att skolan har förutsättningar att fullgöra sitt kompensatoriska uppdrag. Utbildningen ska ta hänsyn till barns och ungas olika behov genom att alla elever ges den ledning och stimulans som de behöver i sitt lärande och sin personliga utveckling för att utifrån sina egna förutsättningar kunna utvecklas så långt som möjligt enligt utbildningens mål (SFS 2010:800, 1 kap. 4 § och 3 kap. 3 §).

Många elever klarar i dag inte sina gymnasiestudier och en fullgjord gymnasieutbildning har en avgörande betydelse för ungas möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden. Därför behövs det utbildningsmöjligheter som ger en andra chans att kunna gå vidare i utbildningssystemet trots ett tidigare skolmisslyckande. Dagens arbetsmarknad är föränderlig och människor behöver vara väl rustade med en god utbildning för att kunna ställa om till ett annat jobb, vilket även ställer krav på stöd för sådan omställning (se även i avsnitt 4.3).

Att tidigt upptäcka skolsvårigheter hos elever och ge dem ett verksamt stöd är en viktig hälsofrämjande åtgärd och förebygger skolmisslyckanden på längre sikt. En central utgångspunkt är att se skolmisslyckande som en lång process med olika faser där de första tecknen kan vara bristande motivation, via en med tiden ökande frånvaro, till att vid grundskolans slut inte nå gymnasiebehörighet. I avsnitt 4.1 beskrivs hur de flesta barn och unga följer en utvecklingskurva. Om ett barn hamnar efter i utvecklingen av olika färdigheter riskerar barnet att hamna på efterkälken i skolarbetet om inget görs. Åtgärder bör därför vidtas för att kompensera barn som risker att halka efter och detta är något som behöver ske redan tidigt i livet.

4.2.3 Förslag för att ge alla möjlighet att utveckla kompetenser och kunskaper och tillgodogöra sig en god utbildning

I april 2017 presenterade Skolkommissionen förslag som syftar till höjda kunskapsresultat, förbättrad kvalitet i undervisningen och en ökad likvärdighet i skolan (SOU 2017:35). Även andra utredningar har under det senaste året presenterats inom utbildningsområdet, som t.ex. Gymnasieutredningen (SOU 2016:77) och utredningen Att vända frånvaro till närvaro (SOU 2016:94). Det finns således flera förslag som har bäring på Kommissionens utpekade inriktning. De förslag som lyfts här är inte att betrakta som heltäckande utan utgör ett urval av åtgärder som Kommissionen bedömer skulle kunna bidra till en god och jämlik hälsa.

Skapa en god lärandemiljö i skolan

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- vid beredning och implementering av reformer på skolområdet ta fram hälsokonsekvensanalyser utifrån ett jämlik-hälsa perspektiv,
- inleda ett arbete för att återinföra ämnesbetyg i gymnasieskolan i syfte att öka andelen elever som slutför sina gymnasiestudier och att minska elevers upplevda stress.

Skolhuvudmännen bör

- utveckla skolan som hälsofrämjande arena genom att arbeta främjande och förebyggande med gemenskap och trygghet, måltiden som en del av undervisningen, daglig fysisk aktivitet och rörelse,
- använda skolan som en arena för att introducera fritidsaktiviteter och föreningsliv för barn och unga.

Skolans verksamhet behöver baseras i ett hälsofrämjande arbete för elever som utgår från kunskap om vad som gör att barn och unga utvecklas väl och mår bra. Hälsofrämjande arbete eller åtgärder kan också beskrivas som en process som ger möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den (Skolinspektionen 2014). Syftet är att stärka eller att bibehålla självskattat välbefinnande, såväl fysiskt, psykiskt och socialt, med avsikten att stärka människors möjlighet till delaktighet och tilltro till sin egen förmåga. I skolan kan det hälsofrämjande arbetet t.ex. handla om värdegrundsarbete och insatser som bidrar till att skapa en tolerant, positiv och trygg skolmiljö som främjar goda relationer elever sinsemellan och mellan elever och skolans personal (SOU 2016:94).

Det finns ett samband mellan skolstress och en negativ lärandemiljö i skolan och psykisk ohälsa hos barn och unga. Flera faktorer påverkar den psykosociala ohälsan bland barn och unga, som ligger både inom och utanför skolan. Det är dock nödvändigt att titta närmare på vilka riskfaktorer som finns i skolan, och satsa på förändringar som skolan själv kan påverka och därigenom skapa möj-

ligheter att kompensera för andra faktorer som ligger utanför skolans räckvidd, t.ex. en utsatt familjesituation (Nilsson 2013).

Till riskfaktorerna för skolstress hör också den försämrade ordningen och studieron på många skolor, att en betydande del av undervisningen i vissa ämnen bedrivs av lärare utan behörighet, brister i stöd till elever liksom otydliga kunskapsmål och lärares egen stress (SOU 2016:94). Vidare har faktorer som klasstorlek, lärartäthet och resurser för att stödja elever med särskilda behov en stor betydelse för lärandemiljön.

Skolan har en unik möjlighet att lägga grunden för goda och hälsosamma levnadsvanor hos alla barn och ungdomar. Goda levnadsvanor kan etableras både genom undervisning men också direkt genom skolmåltiden. Genom att servera måltiden i en trevlig och trygg miljö främjas ett positivt förhållningssätt till mat och måltider hos elever och olika former av daglig rörelse främjar fysisk aktivitet. I undervisningen kan också frågor som rör tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel integreras. Kommissionen anser att skolhuvudmännen bör bedriva ett långsiktigt arbeta med att utveckla skolans roll som en hälsofrämjande arena (se även avsnitt 4.6).

I och med att skollagen (SFS 2010:800) började tillämpas under 2011 samlades skolhälsovården, den särskilda elevvården[33] samt de specialpedagogiska insatserna i en samlad elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Syftet var bland annat att öka samverkan och att betona arbetets hälsofrämjande och förebyggande inriktning (prop. 2009/10:165, s. 276–277). Elevhälsans övergripande mål är att skapa så goda förutsättningar som möjligt för varje elevs lärande.

Eleverna har i dag en varierande tillgång till elevhälsa beroende på vilken skola de går på, och alla elever har inte tillgång till elevhälsans lagstadgade professioner. Att vissa personalkategorier saknas på skolor utgör i sig ett hinder för att ett samordnat hälsofrämjande arbete ska kunna bedrivas i enlighet med skollagens intentioner. Den nuvarande variationen av verksamhetens organisation är för stor för att eleverna ska kunna erbjudas en likvärdig tillgång till elevhälsa.

OECD (2012, 2013, 2015) har pekat på brister i de svenska skolornas elevhälsoarbete. Bland annat bedöms förekomsten av skolsköterskor, skolläkare och skolpsykologer på skolor i Sverige vara upp-

[33] Avser psykolog och kurator.

seendeväckande låg. Konsekvensen kan enligt OECD bli att skolorna prioriterar det individuellt inriktade åtgärdande arbetet på bekostnad av det generellt inriktade förebyggande och hälsofrämjande. Intervjustudier med personal i elevhälsan stödjer denna analys (Uppdrag psykisk hälsa 2016b). Skolinspektionens granskningar visar också att elevhälsans personalkategorier lider av tidsbrist, vilket gör att det är svårt att hinna med det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Skolinspektionen (2014) har kritiserat skolor som köpt in elevhälsans kompetenser vid behov. Kritiken har då handlat om att skolan inte kunnat leva upp till kravet på ett förebyggande och hälsofrämjande arbete. Enligt Skolinspektionen kan en tänkbar risk med en elevhälsa som upphandlas vid behov vara att elevhälsan då saknar den närhet och förankring som är nödvändig för att bedriva ett mer långsiktigt förebyggande och hälsofrämjande arbete. Sammantaget visar dessa kartläggningar att barns och ungas tillgång till elevhälsa är ojämlik.

Kommissionen anser att elevhälsan har en central funktion för en god och jämlik hälsa i skolan. Det är ytterst angeläget att det säkerställs en likvärdig tillgång till elevhälsan avseende bemanning och verksamhetens innehåll. Kommissionen ser behovet av ett samlat grepp avseende all hälsovård för barn och unga och föreslår därför att en utredning tillsätts om en samlad barn- och ungdomshälsovård, där elevhälsan ingår (förslaget beskrivs närmare i avsnitt 4.1). Syftet är att ge förutsättningar för en jämlik vård genom att elevhälsans resurser samlas centralt och inte avgörs av varje skola. I denna samlade barn-, elev- och ungdomshälsovård skulle även ungdomsmottagningar ingå. Kommissionen anser även att ungdomsmottagningarnas innehåll, organisation och styrning bör ses över.

Utformningen av skolans betygssystem och provsystem kan vara av betydelse för elevers upplevda stress. Betyg från årskurs 6 och fler nationella prov kan vara motiverande om det förtydligar skolans krav, men kan också leda till ökad skolstress om elever inte upplever att de kan påverka sina resultat eller att de får det stöd de behöver. Förändringar i betygssystemen, framför allt betyget icke godkänt och den stora vikt som i nuvarande system ges åt svaga prestationer kan leda till försämrat självförtroende och sämre studiemotivation hos elever som inte klarar gränsen för godkänt, eller upplever att det är omöjligt att påverka sitt betyg. Detta kan på sikt bidra till psykisk ohälsa. Mot bakgrund av detta har Gymnasieutredningen (SOU 2016:77) har föreslagit att ämnesbetyg bör återinföras i gymnasieskolan och att ett

långsiktigt arbete bör inledas för att utreda hur det kan genomföras. Tillsammans med utredningens övriga förslag på området – sammanhållna skoldagar, garanterad undervisningstid samt att elever får det stöd de har rätt till – bedömer utredningen att en sådan inriktning skulle innebära bättre förutsättningar för att minska elevers upplevda stress. Gymnasieutredningen bedömer även att en återgång till ämnesbetyg i kombination med en ämnesutformad gymnasieskola skulle förbättra förutsättningar för helhet och ökat fokus på fördjupning och långsiktig kunskapsutveckling, samt bidra till att minska fragmentariseringen av gymnasieutbildningen (SOU 2016:77).

Kommissionen stödjer denna analys, och vill understryka vikten av att gymnasieutbildningen och dess bedömningssystem är utformade på ett sådant sätt att de bidrar till att ge elever de bästa förutsättningarna för lärande, med den övergripande målsättningen att alla elever ska påbörja och fullfölja en gymnasieutbildning. Kommissionens bedömning är vidare att ämnesbetyg ger en mer rättvisande bild av elevers samlade kunskaper efter slutförda gymnasiestudier, och därför lämpar sig bättre som instrument för urval till högre studier. Detta kan bidra till att minska risken för tidiga skolmisslyckanden och studieavbrott genom att färre avgörande betyg sätts tidigt i utbildningen. Kommissionen anser att det är motiverat att lyfta denna förändring av betygssystemet med anledning av dess potential att öka andelen elever som slutför sina gymnasiestudier och att minska stress hos gymnasieelever. Förändringen bedöms därmed kunna ge positiva effekter både på elevers psykiska hälsa under gymnasietiden och mer långsiktigt genom att förbättra ungas möjligheter till högre studier och även etablering på arbetsmarknaden.

Utbildningen inom skolväsendet ska främja alla barns och elevers utveckling och lärande samt en livslång lust att lära. Kommissionen vill även peka på att utbildningssystemet behöver vara utformat på ett sätt som gör det möjligt att ställa om, ombilda eller vidareutbilda sig i vuxen ålder, och som möjliggör flexibilitet när det behövs. Det behövs mer flexibla möjligheter att komplettera tidigare ofullständiga studier och att ändra inriktning. Det är exempelvis angeläget att det inrättas fler praktiska yrkesutbildningar med lägre inträdeskrav, inriktade på yrkesliv och som inte kräver gymnasieexamen. Dessa utbildningar skulle vara en andra chans för personer som inte slutfört gymnasiestudierna.

Skolan har enligt skollagen (SFS 2010:800) ett grundläggande och viktigt demokratiuppdrag att ge elever kunskap om demokrati och mänskliga rättigheter både i teori och i praktik. Utredningen för ett stärkt civilsamhälle (SOU 2016:13) konstaterar bl.a. att skolan genom sitt demokratiuppdrag har en möjlighet att introducera deltagande i demokratin genom deltagande i civilsamhället. Skolan kan på så sätt fungera kompensatoriskt för elever som på andra sätt inte får introduktion till civilsamhällets olika delar och organisationer. Samtidigt pekar utredningen på att det finns indikationer på att civilsamhället inte ingår i den utsträckning i skolornas arbete med demokrati och värdegrund som skulle kunna förväntas med tanke på den roll civilsamhället har i demokratin på olika samhällsnivåer. Kommissionen menar att detta bör vara en viktig aspekt av skolans arbete med demokratifrågor i såväl teori som praktik. I detta sammanhang vill Kommissionen också lyfta möjligheten att använda skolan som en arena för att i samarbete med civilsamhället introducera fritidsaktiviteter och föreningsliv för barn och unga.

Skolkommissionen (SOU 2017:35) föreslår att skolans uppdrag att främja elevers hälsa och välbefinnande ska förtydligas i läroplanen för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet och i läroplanen för gymnasieskolan. Kommissionen stödjer detta förslag och vill därtill föreslå att regeringen vid beredning och implementering av reformer på skolområdet tar fram hälsokonsekvensanalyser utifrån ett jämlik-hälsa perspektiv.

Ett likvärdigt utbildningssystem

Kommissionens bedömning:
Kommissionen avstår att lägga enskilda förslag om en likvärdig skola då Skolkommissionen har presenterat ett antal förslag som bildar en samlad strategi i syfte att höja kunskapsresultaten, förbättra kvaliteten i undervisningen och skapa en ökad likvärdighet i skolan. Kommissionen vill dock särskilt peka på att det är angeläget att vid fördelning av resurser till skolor i form av såväl ekonomi som kompetenser ta hänsyn till skillnader i elevsammansättning och de elever som har större behov av kompensatoriska insatser.

En oroande utveckling inom den svenska grundskolan är att kunskapsresultaten enligt internationella undersökningar har sjunkit under flera årtionden (Skolverket 2014). Skolkommissionen (SOU 2016:38) bedömer att det främst är på systemnivå som svagheterna i svensk skola återfinns. Exempel på systemsvagheter som Skolkommissionen har identifierat är: sviktande kapacitet och ansvarstagande hos många skolhuvudmän, brister i resursfördelning, brister i resultatinformation som försvårar kvalitetsarbetet, otillräcklig kompetensförsörjning samt splittrad och över tid oenig nationell styrning av skolan, t.ex. genom en stor mängd statsbidrag.

Studier visar också att skolsegregationen har ökat och den svenska skolan är mer uppdelad än förr. Barnen träffar i större utsträckning andra elever med samma bakgrund. Elever med utländsk respektive svensk bakgrund går till exempel i dag oftare i skilda skolor (Holmlund et al. 2014). Skillnaden i skolresultat mellan skolor har också ökat sedan början av 1990-talet (Holmlund et al. 2014; Böhlmark och Holmlund 2012). Den senaste PISA-undersökningen visar likaså att skillnaderna i resultat mellan skolor har ökat kraftigt i Sverige, även om ökningen i internationell jämförelse skett från relativt låga nivåer (Skolverket 2013c, 2013d, 2012).

De ökade skillnaderna i skolresultat beror till stor del på ökad skolsegregation. Elever vars föräldrar har olika utbildningsbakgrund går i dag i högre utsträckning i olika skolor, vilket medför en ökad segregation vad gäller elevers studieförutsättningar. Detta avspeglar sig i ökade skillnader i resultat mellan skolor (Holmlund et al. 2014). Den ökande skolsegregationen kan huvudsakligen förklaras av tilltagande boendesegregation, men beror till viss del även på elevers val av fristående skolor (Holmlund et al. 2014). Skolkommissionen anser att det finns risk för att denna ökade uppdelning på skolor av elever utifrån deras familjebakgrund kan leda till en försämrad likvärdighet.

Skolsegregationen kan delvis också förklaras av det fria skolvalet. Elever från mer resursstarka familjer gör oftare ett aktivt val av grundskola än andra elever, vilket kan bidra till att dessa barn samlas i vissa skolor. Sannolikheten att gå i en fristående grundskola år 2009 var ungefär dubbelt så stor om eleven hade starkare socioekonomisk bakgrund jämfört med elever med socioekonomiskt svagare bakgrund. Studier tyder även på att friskolor i högre grad tenderar att etablera sig i områden där en större andel av elevernas föräldrar har hög utbildning (Angelov och Edmark 2016).

Kommissionens bedömning är att skolsegregationen, med de stora skillnader mellan elevers förutsättningar som följer, är ett av de största hindren för likvärdighet i det svenska utbildningssystemet. Skolkommissionen har i sitt slutbetänkande (SOU 2017:35) presenterat ett antal förslag i syfte att ge en ökad likvärdighet i skolan. De bedömningar och förslag som utredningen har lagt bildar en samlad strategi för att öka likvärdigheten i den svenska skolan som Kommissionen i allt väsentligt ställer sig bakom.

Motverka skolmisslyckanden genom att tidigt identifiera elever som inte klarar kunskapsnivån och tidigt erbjuda stöd

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- införa en systematisk tidig kunskapsscreening för alla barn med syfte att tidigt fånga upp barn som är i behov av stöd, samt garantera att insatser vidtas. Förutsättningar för utvärdering av skolhuvudmäns arbete med stöd bör förbättras genom nationell insamling av resultat på individnivå från tidig screening samt av obligatoriska bedömningsstöd,
- ge i uppdrag till lämplig skolmyndighet att följa upp implementeringen av stödlagstiftning i skollagen avseende extra anpassningar,
- ge i uppdrag till skolmyndigheterna att utforma riktlinjer och kunskapsstöd för skolors arbete med närvaro, samt en strategi för central uppföljning av detsamma. Skolhuvudmännen bör säkerställa att ett aktivt, tidigt och systematiskt arbete bedrivs för att främja närvaro och för att förebygga skolmisslyckanden.

Resultaten i svensk skola har försämrats under en lång tid och ett problemområde är sjunkande resultat i svenska och matematik. Att ha en god läs- och skrivförmåga samt att ha grundläggande färdigheter i matematik är avgörande för i vilken grad elever lyckas uppnå kunskapsmålen i alla grundskolans ämnen, och för förutsättningarna att lyckas med vidare studier (SOU 2016:59). Att sakna tillräckliga förkunskaper från grundskolan ökar risken för svårigheter att klara gymnasiestudier, och om skolan fortsätter att misslyckas med

att stödja eleven kan konsekvensen till slut bli en avbruten skolgång. En central utgångspunkt är att det *är* möjligt att påverka barnets förutsättningar för lärande genom att tidigt identifiera behov av stöd och sätta in insatser (Västra Götalandsregionen 2016).

Det är viktigt att skolorna tidigt arbetar förebyggande för att eleverna ska slippa misslyckas i läsinlärningen (SOU 2016:59). En alltför passiv pedagogisk hållning inför läs- och skrivsvårigheter kan få negativa konsekvenser, inte minst för elevens självkänsla. Skolan har en stor betydelse för barns psykiska hälsa. Att barn får positiva erfarenheter under sina första år i skolan och lär sig läsa är grundläggande för det fortsatta lärandet och även en viktig grund för psykisk hälsa (Kungliga vetenskapsakademien 2010). Det finns ett dubbelriktat samband mellan svaga skolprestationer och låg självkänsla och psykisk ohälsa. Svårigheter i skolan kan ge låg självkänsla och låg självkänsla kan bidra till svaga prestationer. Skolan behöver därför arbeta diagnostiserande så att möjligheter finns att tidigt identifiera elever som kan tänkas behöva stöd med läsning, skrivning och matematik eller har andra svårigheter (SOU 2016:59). Utredningen om åtgärdsgaranti (SOU 2016:59) har föreslagit en garanti för att säkerställa att elever, som riskerar att inte uppnå kunskapskraven, upptäcks tidigt och får adekvat stöd. Utgångspunkten i åtgärdsgarantin är att alla elever ska genomgå en obligatorisk kartläggning i förskoleklassen och genomföra nationella bedömningsstöd i årskurs 1 och 3. Elever i behov av stöd ska garanteras rätt till tidigt stöd i sin läs-, skriv- och matematikutveckling, samt att personal med specialpedagogisk kompetens deltar i analys, planering och uppföljning av stödåtgärderna.

Kommissionen bedömer det angeläget att det från statlig nivå tas ett samlat grepp för att säkerställa att insatser sätts in tidigt när behov av stöd upptäcks, och stödjer därför förslaget om en tidig kunskapsscreening.

I skollagens (SFS 2010:800) 3 kap. finns skrivningar om stöd i form av extraanpassningar (5 a §) och särskilt stöd (6–12 §§) vars syfte är att fånga upp och ge stöd till de elever som riskerar att inte nå kunskapskraven (stödlagstiftningen trädde i kraft den 1 juli 2014). Exempel på insatser inom ramen för extra anpassningar är: att hjälpa en elev att planera och strukturera skoldagen, ge extra tydliga instruktioner, stöd i att sätta igång arbetet, ledning i att förstå texter, förklaringar av ett ämnesområde på ett annat sätt, lästräning, sär-

skilda läromedel och utrustning och enstaka specialpedagogiska insatser. Intentionen är att extra anpassningar kan ges under en definierad tidsperiod, till exempel under två månader, för att sedan följas upp. Särskilt stöd är insatser av mer ingripande karaktär som normalt inte är möjliga att genomföra för lärare och övrig skolpersonal inom ramen för den ordinarie undervisningen. Vidare innebär anpassad studiegång t.ex. att skolan gör avvikelser för en enskild elev från den timplan, den undervisningstid, eller de ämnen och de mål som gäller för utbildningen.

Skolinspektionen redovisade 2016 en kvalitetsgranskning av hur skolan arbetar med elever i behov av extra anpassningar (Skolinspektionen 2016). Av rapporten framgår bl.a. att det i många fall råder en osäkerhet bland lärarna om vad extra anpassningar kan vara och hur de utförs med god kvalitet. Det framgår också att lärarna sällan samråder med elevhälsan om anpassningarna och att det i flera av de granskade skolorna fortfarande pågår ett implementeringsarbete två år efter att lagen trädde i kraft. Skolinspektionen konstaterar även att det är avgörande att rektorn avsätter resurser i form av tid och kompetens, sätter upp riktlinjer och skapar rutiner för kvalitetsarbete. Ett fungerande arbete med extra anpassningar kräver att rektorn skapar en organisation som möjliggör samverkan mellan lärare och elevhälsan. I annat fall är risken stor att insatser inte genomförs. Skälen till att eleverna inte får de extra anpassningar de har behov av för att uppnå kunskapskraven är enligt Skolinspektionen:

- beslutade anpassningar genomförs inte,
- eleverna behöver mer omfattande eller fler anpassningar än vad som görs,
- anpassningarna är kortsiktiga,
- anpassningarnas effekter följs inte upp,
- anpassningar utgår inte från elevens behov, och
- skolans insatser är inte extra anpassningar.

I en sammanfattande analys av skälen lyfter Skolinspektionen fram de främsta skälen till varför skolorna inte arbetar på ett adekvat sätt med extra anpassningar. Det kan exempelvis handla om att de inte identifierar behov av anpassningar; bristande kunskap om hur an-

passningar kan göras, ibland orsakat av att specialpedagogisk kompetens saknas; en organisatorisk uppdelning mellan enheter som försvårar samverkan; motstånd bland personalen mot ytterligare uppdrag; samt att elevhälsans personal inte finns representerad i inflytelserika grupper i skolan.

Mot bakgrund av detta anser Kommissionen att det finns ett tydligt behov av att rikta uppmärksamhet mot regelverket för stödinsatser, noga följa vilka konsekvenser regeländringar får och hur de implementeras av skolhuvudmännen. Det är därför angeläget att lämplig myndighet får i uppdrag att fortsatt följa upp resultatet av lagändringen om extra anpassningar, samt även att utforma kunskapsstöd för att utveckla och kvalitetssäkra skolors arbete med dessa insatser. Det är centralt att detta arbete bidrar till verksamhetsutveckling på skolorna.

Det är även av stor vikt att skolor bedriver ett aktivt arbete med att minska frånvaron. Elever med återkommande skolfrånvaro löper stor risk att inte uppnå kunskapskraven. En slutsats från utredningen Att vända frånvaro till närvaro (SOU 2016:94) är att många skolor arbetar för att främja närvaro men att variationen är stor. Utredningen konstaterar att alla skolor behöver bedriva ett aktivt hälsofrämjande arbete som bidrar till ökad närvaro. Detta är en viktig förutsättning för att skolorna ska lyckas med att främja närvaro samt förebygga och åtgärda frånvaro. OECD (2015) har visat att elever i Sverige med sämre socioekonomiska förutsättningar uteblir från fler lektioner än motsvarande elevgrupp i övriga OECD-länder. Bristande motivation till skolgång och svårigheter att följa undervisningen är en riskfaktor för frånvaro, vilket kan leda till försämrade resultat och ännu mer frånvaro. Även dåliga relationer mellan elev och lärare kan bidra till frånvaro (Strand 2013) och kan bero på en mängd faktorer som täta lärarbyten, stress hos lärare och stora klasser. För elever med svårigheter eller särskilda behov är kontinuitet i relationer med pedagoger särskilt viktig. SKL pekar i sin guide Vänd frånvaro till närvaro (SKL 2013) särskilt på vikten av goda relationer mellan elever och föräldrar för ett framgångsrikt närvaroarbete (detta är också en faktor som återkommande tagits upp i Kommissionens dialog med olika aktörer).

Det är väsentligt att skolan involverar och engagerar elever, både bland dem som har en god närvaro och bland dem där det finns problem med närvaron, i ett kontinuerligt och systematiskt närvaro-

främjande arbete där elevhälsan är delaktig. Skolan behöver också se föräldrarna som en resurs i närvaroarbetet och göra dem delaktiga, informera om skolans närvarorutiner och respektive elevs närvaro i skolan.

Sammantaget ser Kommissionen ett behov av att utveckla skolors aktiva arbete med närvaro. Kommissionen föreslår därför att skolmyndigheterna får i uppdrag att utforma riktlinjer och kunskapsstöd för skolors arbete med närvaro, samt en strategi för central uppföljning av detsamma. Det är även skolhuvudmännens ansvar att säkerställa att ett aktivt arbete med närvaro bedrivs på skolor, och att skolan registrerar och följer upp obefogad frånvaro med föräldrarna. För att minska risken för skolmisslyckande och avbruten skolgång under gymnasietiden är det också viktigt att skolor erbjuder en fungerande studie- och yrkesvägledning under grundskolans sista årskurser, men även i gymnasieskolan.

Kommissionen anser slutligen att det behövs bättre kunskap om elevers kunskapsutveckling, om stödinsatser och dess effekter. Det finns i dag betydande brister i skolans uppföljnings- och utvärderingssystem på individ- och skolnivå. Det behövs strukturer för datainsamling om resultatutvecklingen för elever som får någon form stöd eller åtgärdsprogram: vilka elever som behöver stöd, vilken typ av insatser de får och vilket resultat insatserna har.

Det saknas i dag nationell statistik över elevnärvaro på individ- och skolnivå. För att möjliggöra systematiskt kvalitetsarbete behöver undervisningens kvalitet kunna bedömas och följas över tid. Reformer som genomförs på skolområdet behöver beredas och utformas på ett sådant sätt att systematisk utvärdering och uppföljning är möjlig. I dag genomförs exempelvis försök med betyg från årskurs 4 utan att systematisk utvärdering kan genomföras.

Mot bakgrund av detta anser Kommissionen att det är angeläget att se över strukturer för systematisk utvärdering, uppföljning och kvalitetssäkring av såväl ordinarie utbildningsverksamhet som kompensatoriska åtgärder och andra insatser som genomförs. Strukturerad dokumentation av elevers kunskaper och behov av stöd är en förutsättning för att rätt åtgärder ska kunna vidtas, och för att övergångar mellan årskurser, skolor och skolformer ska fungera väl (SOU 2017:35).

4.3 Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö är ett av Kommissionens föreslagna målområden för att uppnå en god och jämlik hälsa (SOU 2017:4). Avsaknad av arbete, men även dåliga arbetsförhållanden och brister i arbetsmiljön är faktorer som bidrar till ojämlikhet i hälsa. Förvärvsarbete är för de flesta människor den viktigaste källan till försörjning. Arbete har också stor betydelse för våra möjligheter till delaktighet och inflytande i samhället och att utveckla relationer till andra människor. Arbetet är en viktig bas för människors identitet och sociala liv. Det får därmed effekter också på vår hälsa. På en övergripande nivå är sambandet mellan arbete eller sysselsättning och god hälsa väl belagt i såväl svensk som i internationell forskning (SOU 2016:55). Arbetslöshet påverkar hälsan, men hälsan påverkar också risken för arbetslöshet. Sambandets riktning kan variera beroende på vilka människors som undersöks. Det är dock betydligt fler studier som visar att arbetslösheten leder till ohälsa än att ohälsan leder till arbetslöshet. Översiktligt kan konstateras att arbetslöshet ökar risken för olika former av riskbruk (alkohol, rökning, narkotika etc.), för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar samt att avlida i förtid. Långvarig arbetslöshet är dessutom en tydlig riskfaktor för psykisk ohälsa (Janlert 2016). Sambandet mellan arbete och en god hälsa förutsätter rimliga arbetsvillkor och en god arbetsmiljö – det goda arbetet. Gynnsamma arbetsförhållanden stärker personlig utveckling, hälsa och välbefinnande medan ogynnsamma arbetsförhållanden ökar risken för ohälsa (Albin et al. 2017). Det goda arbetet handlar om att skapa arbetsvillkor och arbetsmiljöer så att människors hälsa inte kommer till skada utan att arbetet tvärtom bidrar både till personlig utveckling och god hälsa.

4.3.1 Lägesbeskrivning: en tudelad arbetsmarknad

För de allra flesta är arbete den primära källan till inkomster och därmed även försörjningsmöjligheter. Arbete är även hjärtat i ett lands ekonomi och en förutsättning för vår gemensamma välfärd, det står för ungefär två tredjedelar av ett lands förädlingsvärde och cirka 60 procent av skattebasen utgörs av skatteinkomster från arbete. En

väl fungerande arbetsmarknad präglas av hög sysselsättning och låg arbetslöshet samt en produktiv användning av människors kunskaper, kompetenser och förmågor. En nyckelfråga blir därmed att matcha de krav som arbetslivet ställer mot de kunskaper, kompetenser och förmågor som finns i arbetskraften. Arbetskraften består av de som arbetar och de som strävar efter att arbeta. De som arbetar definieras i statistiken som sysselsatta och de som söker arbete eller väntar på ett arbete som snart ska påbörjas är arbetslösa. I gruppen arbetslösa ingår även heltidsstuderande som aktivt söker arbete.

I tabell 4.1 redogörs för arbetskraftstalet (arbetskraftens andel av befolkningen), sysselsättningsgraden (andelen sysselsatta av befolkningen) och arbetslöshetstalet för mars 2017. Arbetslösheten bland ungdomar (15–24 år) uppgick vid tidpunkten till 17,8 procent.

Tabell 4.1 Arbetskraftstal, sysselsättningsgrad och arbetslöshetstal för befolknigen (15–74 år) i procent uppdelat på kön, mars 2017

	Kvinnor	Män	Totalt
Arbetskraftstal	70,2	73,9	72,1
Sysselsättningsgrad	65,8	68,8	67,7
Arbetslöshetstal	6,4	7,2	6,6

Källa: SCB, AKU.

Polariseringen på arbetsmarknaden har ökat

Sverige har internationellt sett en väl fungerande arbetsmarknad. Sysselsättningen är hög, och bland kvinnor exceptionellt hög i ett internationellt perspektiv. Arbetsfördelningen mellan könen är dock ojämställd. Exempelvis tar kvinnor ut betydligt mer föräldraledighet än män (75 procent av ledigheten). De tar också ut mer ledighet för tillfällig vård av barn. Kvinnor som grupp utför mer hem- och omsorgsarbete än män. Deltidsarbete är vanligare bland kvinnor, dels på grund av mer omfattande omsorgsansvar, men också i hög utsträckning på grund av ofrivillig deltid vilket genererar en annan problematik med lägre lön och lägre pensioner (Stanfors 2014).

För de allra flesta grupper är arbetslösheten relativt låg. Ungdomsarbetslösheten är visserligen hög men det beror till stor del av att

många unga söker arbete samtidigt som de studerar.[34] Arbetslösheten är framför allt koncentrerad till grupper med svag anknytning till arbetsmarknaden (se t.ex. Finanspolitiska rådet 2016; Arbetsförmedlingen 2016). Arbetsförmedlingen identifierar fyra grupper som särskilt utsatta på arbetsmarknaden:

- saknar gymnasieutbildning,
- är födda utanför Europa,
- har funktionsnedsättning som innebär nedsatt arbetsförmåga, och
- äldre.

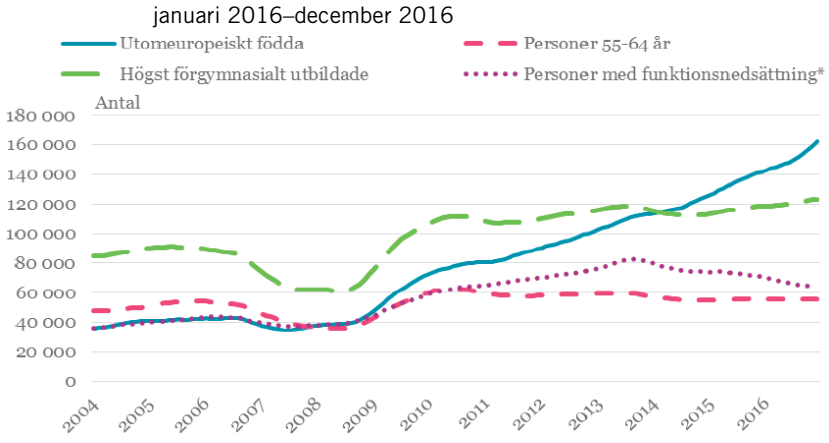
Den tydligaste vattendelaren vad gäller arbetslöshet går mellan de som har en fullgjord gymnasieutbildning och de som saknar en sådan. Sambandet mellan arbetslöshet och utbildningsnivå är mycket tydligt – ju högre utbildning desto lägre arbetslöshet.

Oavsett utbildningsnivå är arbetslösheten betydligt högre för utrikes än inrikes födda. För en given utbildningsbakgrund är arbetslösheten dessutom högre för de som är födda utanför Europa jämfört med de som är födda i Europa. Särskilt problematisk är situationen för personer som är födda utanför Europa och som saknar gymnasieutbildning. Att många av dessa helt eller delvis saknar grundskolekompetens ger dem en särskilt utsatt ställning på arbetsmarknaden. Arbetsförmedlingen konstaterar att denna grupp växer som andel av de inskrivna arbetslösa och att de till liten del har nödvändiga kompetenser då huvuddelen av jobben på arbetsmarknaden kräver längre utbildning (Arbetsförmedlingen 2017b). Till största delen utgörs den här gruppen av personer födda utanför Europa. Närmare sex av tio inskrivna arbetslösa med utsatt ställning på arbetsmarknaden är födda i ett land utanför Europa. En stor andel, 47 procent, av de som är födda utanför Europa och inskrivna vid Arbetsförmedlingen saknar en fullständig gymnasieutbildning. Av dessa saknar i sin tur mer än sex av tio motsvarande en svensk grundskoleutbildning.

[34] Statistiken vad gäller ungdomsarbetslösheten är av denna anledning problematisk. Ett alternativt mått på hur det går för ungdomar är det så kallade NEET-måttet (Not in Education, Employment or Training). Enligt SCB var det motsvarande knappt 80 000 personer i åldrarna 15–24 år som varken arbetade eller studerade år 2015.

I sammanhanget är det också viktigt att påpeka att det ofta finns en koppling mellan att ha en funktionsnedsättning som innebär nedsatt arbetsförmåga (förvärvad eller medfödd) och sakna en fullgjord gymnasieutbildning. Mätt i antal såväl som andel har arbetslösa inskrivna personer med funktionsnedsättning och äldre (55 till 64 år) ökat under det senaste decenniet men inte lika markant som personer födda utanför Europa[35] vilket framgår av figur 4.1.

Figur 4.2 Inskrivna arbetslösa med utsatt ställning fördelat på grupper i utsatta positioner 16–64 år



*som medför nedsatt arbetsförmåga.
Källa: Arbetsförmedlingen.

I Sverige liksom andra jämförbara länder ökar ny teknik och innovationer efterfrågan på högutbildad och specialiserad arbetskraft. Även lägre avlönade arbeten har ökat mer i antal än arbeten med lönenivåer i mellanskiktet. Omställningen till yrken och arbetsuppgifter som kräver längre utbildning är tidsmässigt och ekonomiskt kostsamt för individen. Den minskade tillgången på jobb i mellanskiktet resulterar därför i hög grad i ökad konkurrens om jobben i de lägre segmenten. Våren 2017 kännetecknas arbetsmarknadsläget av två grundläggande drag. Vi har en högkonjunktur som främst drivs av inhemsk efterfrågan och det är brist på arbetskraft i framför allt den offentliga sektorn

[35] Antalet inskrivna arbetslösa personer med en funktionsnedsättning är omkring 67 000 personer medan antalet som är 55 år eller äldre är 56 000 personer.

och i de privata tjänstesektorerna. Antalet lediga jobb ligger på en hög nivå, och arbetsgivare uppger att de har problem att hitta personal med rätt kompetens. Samtidigt är arbetslösheten fortsatt hög särskilt för lågkvalificerade, och då inte minst utrikes födda med låg utbildningsnivå. Ny teknik och innovationer har under långt tid ökat efterfrågan på kvalificerad arbetskraft. Arbetsmarknaden lider således av tydliga matchningsproblem. Detta ställer krav på insatser som förbättrar matchningen mellan de arbetssökande och de tillgängliga jobben, i första hand genom grundläggande utbildning och kompletterande utbildningar inom bristyrken. Det är också angeläget att underlätta möjligheterna till karriärväxling mitt i livet.

Utmaningar för arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Det finns flera sätt att beskriva utvecklingen av arbetsförhållanden och arbetsmiljö på den svenska arbetsmarknaden. Här avgränsar vi oss till att kort diskutera några centrala aspekter.

Svensk arbetsmarknad präglas av dels en horisontell och dels en vertikal uppdelning mellan kvinnor och män. Den *horisontella uppdelningen* visar sig i att kvinnor och män återfinns inom olika branscher, olika yrken och olika arbetsfunktioner. Det finns också klara skillnader när det gäller arbetstid och lön. Det mest kvinnodominerade yrket är undersköterska och sjukvårdsbiträde och det mest mansdominerade yrket är motorfordonsmekaniker och reparatörer. Delegationen för jämställdhet i arbetslivet har studerat könsuppdelningen i yrken på arbetsmarknaden mellan 2000 och 2010 (SOU 2014:81). Analysen visar att könsuppdelningen efter yrke minskat något under perioden. Kvinnor ökar sitt inträde i traditionellt manliga yrken i viss mån, men motsvarande trend kan inte skönjas avseende mäns inträde i traditionella kvinnoyrken. Kommun- och landstingssektorn är kraftigt kvinnodominerad, nästan 80 procent av de som arbetar där är kvinnor. Inom staten är fördelningen jämn. I den privata sektorn är knappt 40 procent kvinnor och drygt 60 procent män.

Den *vertikala uppdelningen* visar sig i olikheterna i kvinnors och mäns möjligheter att göra karriär och avancera till högre positioner i yrkeslivet. På ett systematiskt sätt är det exempelvis fortfarande svårare för kvinnor än för män att avancera till chefstjänster och andra höga tjänster i många branscher.

Sverige har internationellt sett strikta regler för tillsvidareanställning men jämförelsevis flexibla regler för olika former av tidsbegränsade anställningar. Tidsbegränsade anställningar underlättar för arbetsgivarna att anpassa personalstyrkan vid temporära förändringar i efterfrågan på arbetskraft och kan ofta fungera som en språngbräda till tillsvidareanställningar. För den anställde är dock en tidsbegränsad anställning ofta ett sämre och mer osäkert alternativ än tillsvidareanställning. Den vanligaste formen av anställning på den svenska arbetsmarknaden är tillsvidareanställning. Sedan början av 1990-talet har andelen tillsvidareanställningar varierat mellan 66 och 70 procent av samtliga anställningar. Andelen tillsvidareanställningar varierar normalt med konjunkturläget. I högkonjunktur blir en allt större andel av de sysselsatta tillsvidareanställda på heltid och under lågkonjunktur sjunker andelen. Arbetsgivarna blir mindre benägna att tillsvidareanställa personal i osäkra tider. Sett i ett längre perspektiv har andelen tidsbegränsade anställningar ökat. Ökningen inträffade framför allt under första hälften av 1990-talet. Under 1990-talskrisen ökade andelen personer med tidsbegränsade anställningar från 10 till 16 procent. Under 2000-talets första årtionde var andelen tidsbegränsade anställningar relativt stabil och varierade mellan 15–17 procent. I samband med neddragningarna under 2008 och 2009, då Sverige upplevde ett kraftigt fall i sysselsättningen på grund av finanskrisen, sjönk andelen tidsbegränsat anställda. Många neddragningar tycks alltså ha skett genom att tidsbegränsade anställningar inte förlängdes (SCB 2014). Uthyrning av arbetskraft (bemanningsarbete) har växt markant under de senaste decennierna. År 1994 omfattade bemanningsbranschen cirka 5 000 anställda. År 2014 var 172 000 personer anställda i bemanningsbranschen enligt SCB.[36] Andelen med osäkra anställningsvillkor såsom tidsbegränsad anställning varierar med ålder (vanligast bland unga), etnicitet (vanligare bland personer födda utanför Europa) och bland personer med svag ställning på arbetsmarknaden (vanligast bland icke facklärda arbetare). En undersökning av Region Skåne (2013) visar att oro för att förlora arbetet är högst bland de som hade en sådan anställningsform. Samma studie visar att önskan om att byta yrke är lägst bland tjänstemän i högre eller mellan-

[36] Den 1 januari 2013 infördes lagen (2012:854) om uthyrning av arbetskraft. Lagen innebär att uthyrd arbetskraft tillförsäkras minst de grundläggande arbets- och anställningsvillkor som skulle ha gällt om personen hade anställts direkt av kundföretaget.

position, samt bland egna företagare men mer än var tredje icke facklärd arbetare önskar byta yrke (34 procent bland män och 43 procent bland kvinnor). Såväl osäkra arbetsvillkor som att vara i ett oönskat yrke är i uppföljningsstudier förknippat med en ökad risk för nedsatt psykisk hälsa och beräknas i en svensk studie förklara 10 respektive 15 procent av den nedsatta psykiska hälsan bland de yrkesverksamma (Canivet et al., kommande). Osäkra arbetsvillkor är det mest framträdande problemet bland yngre och att vara i ett oönskat yrke det mest framträdande problemet bland äldre.

Arbetsförmåga är en matchning mellan individens förmåga och arbetets krav. Självrapporterad nedsatt arbetsförmåga[37] är starkt prediktiv för utträde från arbetslivet i form av sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning samt arbetslöshet. En nedsatt arbetsförmåga i relation till både arbetets fysiska och psykiska krav är väsentligen vanligare bland de som har en förgymnasial utbildning än de som har en längre utbildning. Gradienten är svagare bland kvinnor än bland män beroende på att även kvinnor med längre utbildning relativt ofta rapporterar nedsatt arbetsförmåga inom vård- och omsorgssektorn. Bland dem som har förgymnasial utbildning rapporterar knappt var femte att de har nedsatt arbetsförmåga. På grund av boendesegregationen ger detta stora lokala variationer i behovet av insatser. Inom Stockholms län varierar exempelvis andelen förvärvsarbetande män och kvinnor som rapporterar nedsatt arbetsförmåga i relation till arbetets fysiska och psykiska krav i olika stadsdelar/kommuner mellan 26 procent respektive 28 procent i Skärholmen och 2 procent respektive 4 procent i Danderyd (Centrum för arbets- och miljömedicin 2016).

Nedsatt arbetsförmåga, sjukdom och sjukfrånvaro är sammankopplade men inte identiska. Under senare år har diskussionen om sjuktal fokuserat på sjukfrånvaro. Men både perioder med sjuknärvaro och perioder med sjukfrånvaro är förknippade med senare nedsatt självrapporterad hälsa och nedsatt arbetsförmåga (Gustafsson och Marklund 2011; Taloyan et al. 2012). I samma grupper finns ofta både en förhöjd förekomst av sjuknärvaro och sjukfrånvaro.

Sjukfallen varierar med utbildningsnivå och position på arbetsmarknaden. År 2014 hade exempelvis ledningsarbete 54 sjukfall (om

[37] Den svarande skattar med den mest använda metodiken, Work Ability Index sin arbetsförmåga i relation till de fysiska och psykiska krav arbetet ställer.

14 dagar eller längre) per 1 000 anställda medan arbete som inte kräver högskoleutbildning hade fler än 100 sådana sjukfall per 1 000 anställda. Det finns också en tydlig könsskillnad med nästan dubbelt så många sjukfall bland kvinnor som bland män (130 respektive 69 per 1 000 anställda). Detta förklaras i stor utsträckning av höga sjuktal inom delar av offentlig sektor, t.ex. vård- och omsorg inom särskilt boende för äldre och personer med funktionsnedsättning (200 per 1 000 kvinnor), förskoleverksamhet (171 per 1 000 kvinnor) och öppna sociala insatser (163 per 1 000 kvinnor). Även långa sjukskrivningar (fler än 90 dagar) är nästan dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män och kvoten är starkt stigande (Försäkringskassan 2016).

Företagshälsovården ska utgöra en oberoende expertresurs till stöd för det förebyggande arbetsmiljöarbetet och för anpassning av arbetet till den anställde.[38] Enligt arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) är det arbetsgivaren som ska svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå.[39] Tillgången till företagshälsovård bland de förvärvsarbetande har emellertid sjunkit kraftigt, mer bland arbetare än bland tjänstemän och mer bland kvinnor än bland män. Tillgången till företagshälsovård är nu markant högre bland tjänstemän än bland arbetare och högre bland män jämfört med kvinnor. Gradienterna i tillgång till företagshälsovård är således nu motsatta de i behov, såväl utifrån fördelningen av kända riskfyllda arbetsmiljöer som utifrån skillnader i behov av expertstöd för rehabilitering (Albin et al. 2017).

[38] I det följande används begreppet företagshälsovård så som det definieras i svensk lagstiftning genom Arbetsmiljölagen: ”Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa" (AML, 3 kap. 2b §). Sverige ratificerade som första land 1986 (prop. 1985/86:141) ILO-konventionen (nr 161) om företagshälsovård och dess rekommendation (nr 171) och har därmed förbundit sig (artikel 3) att successivt bygga ut företagshälsovården för alla arbetstagare. I den mån företagshälsovård ej omfattar alla arbetstagare ska planering ske i samråd med de mest representativa arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna för att det ska kunna genomföras.

[39] Det är arbetsgivaren som har huvudansvaret för att upphandla/anlita företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp. Behovet av tjänster från och uppdrag till företagshälsovården ska behandlas inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet på arbetsplatsen i samråd mellan arbetsgivare och arbetstagare. Baserat på att de tjänster som upphandlas ibland inte motsvarar behoven har arbetsmarknadens parter på nationell nivå, såväl på offentlig som privat sida, utarbetat riktlinjer och checklistor för behovsinventering och behovsanalyser till stöd för de lokala parterna (t.ex. Prevent ”Att köpa arbetsmiljö- och hälsotjänster” framtagen i samarbete mellan LO, PTK och Svenskt näringsliv).

Arbetsmiljöverket genomför regelbundna analyser om arbetsmiljöfaktorer och arbetsorsakade besvär. I den senaste publikationen (Arbetsmiljöverket 2016a) konstateras att drygt var femte sysselsatt (22 procent) hade någon form av besvär till följd av arbetet som gjorde det svårt att arbeta på jobbet eller utföra det dagliga hemarbetet under det senaste året. Drygt var fjärde kvinna (26 procent) hade besvär till följd av arbetet jämfört med var femte man (19 procent). De vanligaste orsakerna till arbetsrelaterade besvär, för både kvinnor och män, var stress och psykiska påfrestningar, påfrestande arbetsställningar samt tung manuell hantering. Närmare 15 procent av kvinnorna och 8 procent av männen hade besvär till följd av stress och/eller psykiska påfrestningar i arbetet under 2016. Under perioden 1998 till 2008 var det mer vanligt förekommande med besvär orsakade av fysiska än psykiska påfrestningar. Från 2010 och framåt ökade psykiska orsaker, särskilt tydligt är detta bland kvinnor. Det finns även en tydlig koppling till sjukskrivning bland dem som rapporterat att de haft besvär till följd av arbetet. Närmare 30 procent av de som hade besvär till följd av arbetet har också varit sjukfrånvarande på grund av besvären. Sett till samtliga sysselsatta var drygt 6 procent sjukfrånvarande från arbetet minst en dag till följd av arbetsorsakade besvär under 2016. Enligt Arbetsmiljöverket (2015) är den viktigaste förklaringen till att kvinnor i högre utsträckning än män drabbas av arbetssjukdomar att det könsmönster som finns i samhället i stort även återspeglas i arbetslivet. I rapporten framhålls att kvinnors arbeten värderas lägre vilket innebär att deras arbetsmiljörisker inte synliggörs och därför inte åtgärdas i tillräckligt hög grad.

Det finns även en tydlig socioekonomisk fördelning av vilka som drabbas av arbetsorsakade besvär. Personer med hög inkomst och med eftergymnasial utbildning drabbas i mindre utsträckning än personer med låg inkomst och kortare utbildning. Gjutare, svetsare, plåtslagare m.fl. är yrkesgrupper där en hög andel sysselsatta har besvär till följd av arbetet. Andra yrken där en hög andel av de sysselsatta har besvär finns t.ex. inom skolväsendet. Bland förskollärare, fritidspedagoger och grundskollärare hade drygt tre av tio arbetsorsakade besvär. Yrkesgrupper där en relativt låg andel av de sysselsatta hade besvär till följd av arbetet är t.ex. verkställande direktörer, verkschefer, kassapersonal m.fl.

Sammanfattningsvis är den svenska arbetsmarknaden både horisontellt och vertikalt könsuppdelad. Tidsbegränsade anställningar

har ökat något över tid och bemanningsbranschen har växt markant, vilket ställer krav på nya modeller för arbetarskydd. Vad gäller arbetsorsakade besvär återfinns en tydlig socioekonomisk fördelning där personer med hög inkomst och eftergymnasial utbildning drabbas i mindre utsträckning än dem med låg inkomst och kortare utbildning. Sammantaget är emellertid underlaget för att beskriva arbetsförhållandena för olika grupper betydligt osäkrare än när vi tittar på vilka grupper som har arbete och vilka som är arbetslösa. Riksrevisionen (2016) har t.ex. pekat på att det saknas en nationell rapportering som samlar tillgänglig data för att allsidigt fånga utvecklingstrenderna och därmed ge ett relevant underlag för en samsyn mellan olika aktörer kring hur arbetsmiljön utvecklas för olika grupper.

4.3.2 Inriktning inom målområdet arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Kommissionens bedömning:
Sysselsättning och ekonomisk trygghet är viktigt för hälsan, och för de allra flesta är arbete den primära källan till inkomster. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet inriktas på att stärka människors egna möjligheter till sysselsättning och därmed möjligheter att agera och generera resurser. Det handlar om att öka sysselsättningsgraden och minska arbetslösheten, att göra det lättare att byta arbete vid behov, samt att stärka arbetsmiljöpolitiken så att arbetsmiljön är god och arbetslivet är hållbart över hela arbetsmarknaden för den som redan har ett arbete.

För att åstadkomma förbättringar för grupper i särskilt utsatta positioner är det centralt att öka sysselsättningen och minska arbetslösheten i dessa grupper. Åtgärder bör riktas mot att:

– stärka humankapitalet, genom utbildningssatsningar, för personer födda utanför Europa men även inrikes födda som saknar gymnasieutbildning,
– motverka diskriminering och minska inträdeshinder för att underlätta för särskilt utsatta grupper att ta sig in på arbetsmarknaden,

– pröva fler former av särskilda arbeten för dem som ändå inte lyckas ta sig in på arbetsmarknaden.

För att åstadkomma förbättringar för de breda grupper som redan är på arbetsmarknaden krävs en sammanhållen arbetsmiljöpolitik med en god kompetensförsörjning, men också utökade möjligheter till arbetsbyte inom och utanför pågående anställning och förstärkt kunskap om arbete och hälsa i rehabiliteringskedjorna. Åtgärder bör riktas mot att:

– stärka uppföljningen och utvärderingen av arbetsförhållanden och arbetsmiljö,
– stärka kompetensförsörjningen (kunskapsförmedling, forskning, utveckling och utbildning) för att i större utsträckning nyttiggöra befintlig kunskap ute på arbetsplatserna,
– förstärka regelarbetet och tillsynen på arbetsmiljöområdet och öppna för fler flexibla lösningar vid behov av arbetsanpassning och arbetsbyten.

Arbetslöshet påverkar människors hälsa negativt. Det finns ett positivt samband mellan att ha ett arbete och en god hälsa. Sambandet förutsätter emellertid gynnsamma arbetsförhållanden (ogynnsamma arbetsförhållanden ökar risken för ohälsa). Detta innebär att arbetslivet bidrar till ojämlikhet i hälsa på två sätt. För det första genom att arbetslösheten är ojämlikt fördelat och för det andra att det bland dem som har ett arbete finns påtagliga skillnader mellan olika grupper i vilken utsträckning som arbetet präglas av rimliga och goda arbetsförhållanden. För att uppnå rimliga och goda förhållanden över hela arbetsmarknaden behöver befintlig kunskap kunna nyttiggöras bättre, såväl genom ett nationellt kunskapscentrum som en bredare kunskapsförsörjning för arbetsplatsens arbetsmiljöarbete. Samtidigt behövs även ett förstärkt regelarbete och tillsyn. Med ett snabbt föränderligt och förlängt arbetsliv ökar också kraven på flexibla lösningar när det befintliga arbetet inte kommer fungera på längre sikt.

Vi noterar att det kan finnas en målkonflikt mellan arbetslöshet och arbetsförhållanden, och i vart fall att de arbeten som på kort sikt skulle kunna ge högre sysselsättning i de grupper som har svårast att etablera sig på arbetsmarknaden riskerar att vara problematiska ur

arbetsmiljösynpunkt. Ur ett jämlik-hälsa perspektiv är det dock inte rimligt att bara byta en sorts hälsorisker mot en annan. Ambitionen på sikt bör snarare vara att öka sysselsättningen genom att öka kvalifikationerna så att fler kan komma in på arbetsmarknaden samtidigt som de goda arbetena blir fler. Genom att ha ett gott arbete stärks människors egna möjligheter att agera och generera resurser som är positiva för hälsan, dessutom gynnar det produktiviteten.

4.3.3 Förslag för att öka sysselsättningen och minska arbetslösheten, samt för goda arbetsförhållanden och en hållbar arbetsmiljö

Förslag för ökad sysselsättning i grupper med en utsatt ställning på arbetsmarknaden

En väl fungerande arbetsmarknad är en arbetsmarknad där hela arbetskraftens potential tas tillvara. Den bidrar till sammanhållningen i samhället och till en mer jämlik hälsa. Arbetslösheten är ojämnt fördelad mellan olika grupper. Arbetsmarknaden präglas av ett stort arbetslöshetsgap mellan de som har och de som inte har goda kunskaper och färdigheter. Växande kunskapsklyftor är en konsekvens av strukturomvandlingar som ökat efterfrågan på utbildad arbetskraft, problem i det svenska skolsystemet och av en hög flyktinginvandring under flera år. Problematiken har ställts på sin spets av det historiskt höga antalet asylsökande under de senaste åren som nu följs av kraftigt stigande antal nyanlända som söker arbete, där en betydande andel har svaga kunskaper och färdigheter i relation till kraven på svensk arbetsmarknad. Kommissionen menar att åtgärder bör riktas mot de som riskerar att hamna långt från arbetsmarknaden. Fokus på att korta tiden till sysselsättning för marginalgrupper som lågutbildade och personer födda utanför Europa samt i viss mån även äldre är centralt för att uppnå jämlik hälsa. På en övergripande nivå finns tre möjliga angreppssätt för att öka sysselsättningen för dessa grupper. *För det första* kan investeringar i utbildning stärka deras färdigheter och kompetenser. *För det andra* kan reducerade inträdeshinder underlätta etableringen på arbetsmarknaden. *För det tredje* kan olika former av särskilda arbeten bli nödvändiga för personer som inte bedöms kunna få reguljära anställningar på den öppna arbetsmarknaden. Nedan följer en indelning av åtgärder enligt denna uppdelning samt

ett antal förslag till åtgärder som Kommissionen identifierat. Förslagen är på intet sätt heltäckande för att öka sysselsättningen och minska arbetslösheten i grupper med en utsatt ställning på arbetsmarknaden, men väl steg på vägen.

Utbildningssatsningar

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- undersöka om det går att utöka utbildningarna vid folkhögskolorna i svenska och samhällsorientering för nyanlända i övre tonåren och unga vuxna,
- öka det arbetsplatsförlagda inslaget i yrkesprogrammen.

Satsningar på utbildning är nödvändiga för att öka kvalifikationerna för personer som saknar gymnasieutbildning. Att ha en gymnasieutbildning är i det närmaste en förutsättning för att få jobb på dagens arbetsmarknad. Flera studier visar att andelen utan fullständig gymnasieexamen har ökat sedan 1990-talet. I avsnitt 4.2 föreslår Kommissionen att ämnesbetygen på gymnasiet bör återinföras, vilket också är motiverat av arbetsmarknadsskäl. Björklund med flera (2010) har visat att införandet av de nya målrelaterade kursbetygen minskade andelen som tog examen på utsatt tid och att effekten var särskilt stor bland elever med svag studiebakgrund. Ett återinförande av ämnesbetyg på gymnasiet kan därför antas minska utslagningen av ungdomar med varierande studiemotivation.

Personer som kommer till Sverige i högre åldrar (18 år och äldre) måste också få rimliga möjligheter att tillgodogöra sig gymnasiekompetens. I februari 2017 tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att undersöka behovet av förändringar i regleringen av vuxenutbildningen (dir. 2017:21), huvudsakligen när det gäller kommunal vuxenutbildning (komvux) och särskild utbildning för vuxna (särvux). Folkhögskolor är en utbildningsform för vuxenutbildningen inom folkbildningen. I Sverige finns det 154 folkhögskolor, 112 av dessa är knutna till olika folkrörelser, ideella organisationer, stiftelser eller föreningar och 42 folkhögskolor drivs av landsting och regioner. År 2012 togs initiativ till det så kallade Folkhögskolespåret, som finan-

sieras av länsstyrelserna.[40] Syftet med projektet är att möjliggöra för landets folkhögskolor att erbjuda boende- och studieformer för ensamkommande ungdomar. Målet är att ungdomarnas väg mot vidare studier eller arbete ska förkortas. Det gäller främst ungdomar i åldrarna 18 till 21 år. I nuläget (maj 2017) har 16 län på något sätt deltagit i arbetet. Regeringen bör ge länsstyrelserna i uppdrag att undersöka om det går att utvidga initiativet att omfatta fler folkhögskolor.

Svenska gymnasieelever kan läsa ett yrkesprogram som skolförlagd utbildning eller som lärlingsutbildning (andelen som går ett yrkesprogram som lärlingar är fortfarande marginell). I den skolförlagda utbildningen ingår minst 15 veckors arbetsplatsförlagt lärande på samtliga yrkesprogram och på den gymnasiala lärlingsutbildningen ska minst hälften av tiden vara arbetsplatsförlagd. I en granskning av Skolinspektionen (2011) konstateras att det arbetsplatsförlagda inslaget i den skolförlagda utbildningen ofta är bristfälligt organiserat och att många elever inte får det minimum av 15 veckors arbetsplatsförlagt lärande som regelverket föreskriver. Konkret arbetslivserfarenhet men även kontakter är avgörande för inträdet på arbetsmarknaden. Därför är arbetsplatsförlagd utbildning viktig för ung och oprövad arbetskraft. Av denna anledning menar Kommissionen att regeringen bör öka det arbetsplatsförlagda inslaget i yrkesprogrammen.

Minskade inträdeshinder

Kommissionens förslag:
Regeringen och arbetsmarknadens parter bör

- fortsätta samtal för att underlätta för särskilt utsatta grupper att ta sig in på arbetsmarknaden,
- verka för att effektivisera formerna för validering och därmed ta bort onödiga kvalifikationskrav.

Regeringen bör

- renodla och förenkla formerna för anställningsstöd.

[40] folkhogskolesparet.se

Att underlätta inträdet på arbetsmarknaden för utrikes födda är avgörande för att dessa grupper ska ta sig in på arbetsmarknaden. Givet att den svenska modellen bygger på avtal mellan arbetsmarknadens parter måste parterna aktivt medverka till att finna lösningar för att reducera inträdeshinder.

Regeringen tillsammans med parterna bör bl.a. verka för att ta bort onödiga formella krav på utbildning för anställning inom vissa sektorer och därmed begränsa sådana krav till de fall när certifiering är absolut nödvändig. I de fall personlig lämplighet eller annan kompetens kan ersätta formella kvalifikationer är det en vinst för såväl arbetgivare som arbetstagare. De senaste åren har ett par initiativ till nationella trepartssamtal (regeringen och arbetsmarknadens parter) tagits för att underlätta för grupper som har det svårt att ta sig in på arbetsmarknaden, vilket resulterat i yrkesintroduktionsavtalen[41] och de så kallade snabbspåren för bristyrken (snabbspåren)[42], båda lovvärda initiativ. Vad gäller snabbspåren pekar SNS Konjunkturråd (Norström Skans et al. 2017) dock på brister i implementeringen. Samordningen mellan arbetsgivare, fackförbund och arbetsförmedlingen på lokal nivå tycks inte ha fungerat. En fungerande infrastruktur på lokal nivå är nödvändig för att de avtal som sluts på nationell nivå ska få genomslag. Landsorganisationen i Sverige presenterade i mars 2017 förslag om utbildningsjobb för att underlätta inträdet på arbetsmarknaden genom tillfälliga avtal särskilt riktade till nyanlända invandrare (LO 2017). I slutändan är det arbetsmarknadens parter som sluter avtal på arbetsmarknaden och Kommissionen tar inte ställning till LO:s förslag eller vilka möjligheter detta förslag har att fungera på lokal nivå, men ser positivt på initiativ riktade mot att öka sysselsättningen särskilt bland nyanlända och utrikes födda från båda parters sida.

En annan central aspekt för att underlätta inträdet på arbetsmarknaden för nyanlända och utrikes födda är att effektivisera formerna

[41] I yrkesintroduktionsanställningar (YA-jobb) kombineras arbete med lärande på arbetsplatsen. Anställningsformen kräver branschspecifika avtal, en utsedd handledare och en individuell plan för handledningen och lärandet. Anställningstiden är på minst sex månader och det ekonomiska stödet ges i maximalt 12 månader.

[42] Ett snabbspår handlar om att i en sammanhållen process erbjuda praktik, språkträning och utbildning. Det är arbetsmarknadens parter och Arbetsförmedlingen som kommer överens om vilka yrken som ska omfattas av ett snabbspår. Snabbspåret består av en kombination av Arbetsförmedlingens olika insatser, som till exempel utbildning i yrkessvenska, praktik, validering, kompletteringsutbildningar och yrkeskompetensbedömning. Den som deltar i ett snabbspår får etableringsersättning eller aktivitetsstöd.

för validering.[43] I detta sammanhang är det viktigt att valideringen omfattar yrkeskunskaper och inte bara formell utbildning. I snabbspåren kombineras exempelvis språkstudier med validering och yrkesspecifik kompletteringsutbildning på arbetsplatser. Det är i linje med tanken om att validering utgör det första steget i en kedja av insatser för att underlätta etableringen, både för att stödja valet av väg och beslut om insatser. Detta ställer emellertid krav på effektivare samverkan mellan olika aktörer än vad som varit fallet. Det kan handla om inledande kartläggning, studie- och yrkesvägledning, kompletterande utbildningsinsatser, praktik m.m.

Regeringens valideringsdelegation överlämnade i mars 2017 ett delbetänkande om en nationell strategi för validering (SOU 2017:18). I delbetänkandet stakas arbetet för ett överblickbart, sammanhållet och kvalitetssäkrat nationellt system för validering ut. Valideringsdelegationens arbete pågår fram till 2019. Kommissionen ser positivt på delegationens arbete och hoppas att strategin kan utgöra ett kraftfullt verktyg för att stärka kvalitet och tillgång till validering på ett sätt som minskar hindren för inträde på arbetsmarknaden.

Arbetsmarknadsekonomiska rådet (2017) framhåller att anställningsstöd för nyanlända, andra utrikesfödda och långtidsarbetslösa är mer effektiva än andra arbetsmarknadspolitiska åtgärder för att öka dessa gruppers sysselsättning. Det finns i dag flera olika former av anställningsstöd. De mest använda är nystartsjobb, instegsjobb och särskilt anställningsstöd.[44] Trots att ersättningarna i programmen är relativt generösa har det visat sig svårt att få några stora volymer. Det finns flera förklaringar till varför arbetsgivarna inte i högre utsträckning än vad som är fallet i dag utnyttjar anställningsstöden. Arbetsmarknadsekonomiska rådet har gjort en arbetsgivarenkät om användning av och attityder till anställningsstöd. Enkäten visar bland annat att två tredjedelar av företagen som haft subventionerade anställningar uppger att de velat ta ett socialt ansvar. Det vanligaste skälet

[43] Med validering avses en strukturerad bedömning och ett erkännande av kunskaper och kompetens som en person har oberoende av hur de har förvärvats. Validering syftar till att individen ska kunna få en kvalifikation, dvs. ett formellt intyg på att kompetensen motsvarar fastställda och erkända kriterier inom utbildning eller arbetsliv.

[44] Nystartsjobb riktar sig till personer som varit borta från arbetsmarknaden en längre tid (minst tolv månader) och subventionerar arbetsgivaravgiften. Instegsjobb kan fås av nyanlända invandrare och subventionerar upp till 80 procent av lönekostnaden (högst 800 kronor per dag), anställningen ska dessutom vara knuten till svenskundervisning genom SFI. Särskilt anställningsstöd riktas till personer som har deltagit i jobb- och utvecklingsgarantin, subventionen är 85 procent av lönekostnaden (dock högst 890 kronor per dag).

till att företag inte anställt med stöd är att de inte tror att de som är stödberättigade har efterfrågad kompetens. Omkring en femtedel av företagen som inte anställt med subvention uppgav att de inte känt till möjligheten. Faktiska och befarade språkproblem tycks vara det främsta hindret för anställningar av invandrare. Både företag som tidigare haft subventionerade anställningar och företag som inte haft det skulle bli mer benägna att ha det i framtiden om Arbetsförmedlingen tog arbetsgivaransvaret (drygt 20 procent), enligt enkäten. Detsamma gäller ifall arbetsgivarnas kontakter med Arbetsförmedlingen skulle bli mindre arbetskrävande. Den viktigaste åtgärden för att få företag som inte använt anställningsstöd att göra det är, enligt enkäten, möjligheter till en provperiod innan avtal ingås om en ”normal” anställning med stöd (även företag som anställt med stöd tycker att det är viktigt). Exempelvis skulle Arbetsförmedlingen kunna ta arbetsgivaransvaret vid stödanställningar genom möjligheter till en provperiod före en ”ordinarie” anställning. Om antalet stödformer reducerades och hela stödsystemet gjordes mer enhetligt skulle dessutom med stor sannolikhet företagen vara mer benägna att använda anställningsstöd. Mot bakgrund av detta stödjer Kommissionen Arbetsmarknadsekonomiska rådets slutsats att regeringen särskilt bör prioritera att förenkla formerna för anställningsstöd.

Särskilda arbeten

Kommissionens förslag:
Regeringen bör pröva fler alternativa former för särskilda (anpassade) arbeten.

Som konstateras i avsnitt 4.4 har en stor andel hushåll försörjningsstöd. För en del personer i dessa hushåll, särskilt äldre långtidsarbetslösa, krävs särskilda anpassade arbeten. Dessa typer av arbeten bör i så hög utsträckning som möjligt inrättas inom ramen för reguljära verksamheter. De särskilda arbetena bör vara meningsfulla för att fungera som en brygga till arbetsmarknaden. För att åstadkomma en högre delaktighet även för personer som i dag står långt ifrån arbetsmarknaden behöver formerna för särskilda arbeten utvecklas. Regeringens tidigare kansli för strategi- och framtidsfrågor diskuterade olika alternativa former av särskilda arbeten (Kansliet för

strategi- och framtidsfrågor 2016). Här finns flera förslag som Kommissionen bedömer även skulle gynna en mer jämlik hälsa. Regeringen har initierat en treårig satsning för sysselsättningsfrämjande insatser genom arbetsintegrerande sociala företag till följd av kansliets arbete, vilket ligger i linje med Kommissionens bedömning om att fler former för särskilda arbeten bör prövas. Inom ramen för detta har Tillväxtverket fått i uppdrag att i samverkan med Arbetsförmedlingen utarbeta och genomföra ett nationellt program med insatser som stimulerar till att fler arbetsintegrerande sociala företag startar och växer för att därigenom öka antalet sysselsatta. Ett annat alternativ är att vidareutveckla verksamheten inom Samhall till att omfatta fler grupper. För den kommunala sektorn föreslog Kansliet för strategi- och framtidsfrågor att regeringen bör undersöka möjligheten att tilldela kommunerna ett statligt arbetsmarknadspolitiskt anslag kopplat till befolkningens storlek i kombination med ett antal sociala faktorer. Kommunen kan sedan 1) inrätta tjänster i den egna verksamheten (till vilka Arbetsförmedlingen anvisar personer), eller 2) köpa in tjänster från arbetsintegrerade sociala företag. Detta bedömer Kommissionen är ett intressant förslag ur ett jämlik-hälsa perspektiv och uppmanar därför regeringen att inleda ett arbete med att se hur en sådan lösning skulle kunna se ut i detalj (se Augustinsson 2016).

Åtgärder för en god arbetsmiljö

Arbetsmarknaden förändras ständigt till följd av förändringar i vår omvärld och på grund av teknologiska förändringar. Detta påverkar såväl arbetsförhållanden som arbetsmiljö på olika sätt. Ett generellt sett senarelagt arbetsmarknadsinträde kombinerat med längre liv för fler människor skapar ett tryck att arbeta längre för att uppnå den pensionsnivå som tidigare bereddes vid 65 års ålder, samtidigt som trösklarna för sjukskrivning och sjukersättning tenderar att höjas. Detta minskar den ekonomiska tryggheten för grupper med stora ohälsotal och ökar kraven på en välunderbyggd och kraftfull arbetsmarknads- och arbetsmiljöpolitik på nationell och europeisk nivå för att främja ett hållbart arbetsliv som bidrar till en mer jämlik hälsa.

Vad gäller arbetsförhållanden och arbetsmiljö ser vi att vissa grupper är mer utsatta än andra. Det ökar behovet av en nationell uppföljning och utvärdering med hög kvalitet och trovärdighet, som ett

underlag för arbetsmiljöpolitiken, samt att utnyttja de verktyg som staten förfogar över vad gäller utbildning, forskningsstöd, regelarbete, tillsyn och offentlig upphandling.

Arbetsmiljölagstiftningen utgår i huvudsak från att arbetsgivaren har kontroll över arbetsmiljön och arbetsplatsen där den anställde arbetar. I en upphandlad verksamhet utformar dock de upphandlande myndigheterna i hög grad förutsättningarna för entreprenörens arbetsmiljö och arbetsmiljöarbete. Offentlig upphandling har en betydande volym inom vissa sektorer (infrastrukturprojekt, transporter, städning, måltidsverksamhet m.m.). Upphandling kan därmed vara ett verktyg för att förebygga arbetsskador och ohälsa genom att reducera risker på arbetsplatsen och på så sätt kan offentlig sektor bidra till en bättre arbetsmiljö inom de upphandlade verksamheterna. I kapitel 5.3 diskuteras offentlig upphandling i bredare bemärkelse.

Trots de genomgripande förändringar arbetslivet historiskt sett genomgått, med en förskjutning från jordbruk, skogsbruk och tillverkningsindustri till tjänstesektor och serviceverksamhet, kvarstår ogynnsam fysisk belastning som den tydligaste förklaringsfaktorn till sociala skillnader i arbetsrelaterad ohälsa så som den avspeglas i förtida utträde från arbetsmarknaden och i sjukskrivning. Det är också här den största utmaningen finns vad gäller att förena god arbetshälsa med ett förlängt arbetsliv. Även skadlig kemisk exponering har en stark socioekonomisk gradient.

Psykosociala arbetsmiljöförhållanden bidrar också kraftigt till den arbetsrelaterade sjukligheten, särskilt i kvinnodominerade sektorer av arbetsmarknaden och bidrar sannolikt påtagligt till de skillnader i sjuktal som tillkommit mellan kvinnor och män. Mellan 2011 och 2016 har antalet sjukskrivningar i psykiatriska diagnoser ökat med 111 procent och utgör nu 45 procent av alla pågående sjukskrivningar rapporterade Försäkringskassan i mars 2017. Statistik från Arbetsmiljöverket (2016b) visar att andelen arbetssjukdomar som lett till psykosociala besvär är högre och ökar snabbare bland kvinnor än bland män.

Den som invandrat till Sverige är i större utsträckning utsatt för de ovan nämnda riskfaktorerna i arbetet och har oftare otrygga anställningar, vilket gör att åtgärder för att upprätta rimliga arbetsvillkor och en säker arbetsmiljö blir särskilt viktiga för hälsa, långsiktig försörjning och integrering med avseende på etnicitet.

Förstärkt uppföljning och utvärdering av arbetsförhållanden och arbetsmiljö

Kommissionens förslag:
Regeringen bör inrätta ett nationellt arbetsmiljöcentrum. Arbetsmiljöcentrets huvudsakliga uppgift bör vara att: 1) med expertis och kunskapsförmedling i ökad utsträckning anpassa och nyttiggöra befintlig kunskap, samt 2) i samverkan med arbetsmarknadens parter utveckla konkreta målsättningar för den nationella arbetsmiljöstrategin.

En god arbetsmiljö kan antas förebygga ohälsa kopplad till arbetet. I regeringens arbetsmiljöstrategi 2016 till 2020 anges att arbetsmiljön ska förebygga ohälsa och olycksfall samt motverka att människor lämnar arbetslivet i förtid (skr. 2015/16:80). Uppföljning och utvärdering med hög kvalitet och trovärdighet är i detta sammanhang en viktig förutsättning, liksom ett ökat statligt engagemang vad gäller utbildning, forskning, regelarbete och tillsyn. Mot bakgrund av att Sverige har en internationellt sett liten statlig inblandning och detaljreglering på arbetsmarknaden, är det också viktigt att dialogen mellan staten och arbetsmarknadens parter kontinuerligt utvecklas. Förändringen i anställningsvillkor behöver följas kontinuerligt med avseende på effekter på försörjning, delaktighet och hälsa, särskilt för sårbara grupper. Branscher med låg organisationsgrad bland anställda kan här vara särskilt angelägna att uppmärksamma eftersom den nordiska modellen förutsätter betydande ansvarstagande och insatser från arbetsmarknadens parter.

För att stärka uppföljningen och utvärderingen av arbetsförhållanden och arbetsmiljö bör ett nationellt centrum inrättas för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljön. Regeringen tillsatte 2015 en utredning med uppdrag att föreslå hur ett nationellt centrum för samling och spridning av kunskap och forskningsresultat om arbetsmiljö och för utvärdering av arbetsmiljöpolitik. Utredningen överlämnade sitt betänkande i mars 2017 (SOU 2017:28). I betänkandet föreslås att centrumet ska ha ett löpande bevakningsuppdrag för kunskapsutveckling inom arbetsmiljöområdet. Utredningen anser att arbetsmiljöcentret ska vara en organisation med både kunskapsspridande och utvärderande uppdrag samt med uppdrag att representera Sverige internationellt. Utredningen har övervägt vilken eller vilka

befintliga myndigheter som skulle kunna lämpa sig för centrumets verksamhet, och lägger två alternativa förslag. Det ena att ett nationellt centrum för kunskapsspridning om och utvärdering av arbetsmiljö skulle kunna placeras på Stockholms universitet som en särskild inrättning med egen instruktion. Det andra förslaget är att en ny myndighet för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö inrättas. Kommissionen anser att det senare förslaget är att föredra då det finns skäl att anta att en ny myndighet säkerställer en självständig roll och långsiktighet avseende ett komplext uppdrag och genomförandet av det. För att verksamheten i allmänhet och utvärderingsuppdraget i synnerhet ska kunna bedrivas på ett så självständigt och effektivt sätt som möjligt behöver organisationen ha rätt förutsättningar. En självständig roll gentemot andra aktörer är särskilt viktigt med tanke på utvärderingsuppdraget. Förutsättningarna att agera självständigt gentemot andra myndigheter är bättre om verksamheten bedrivs i en ny myndighet än inom en befintlig myndighet.

Stärkt kompetensförsörjning – kunskapsförmedling, forskning, utveckling och utbildning

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- stärka forskning, utveckling och utbildning på arbetsmiljöområdet genom att säkra kompetensförsörjning, forskning och utveckling för företagshälsovården,
- stärka utbildningar i arbetsmiljö och hälsa för nyckelpersoner inom arbetsmiljöarbetet.

En sammanhållen arbetsmiljöpolitik förutsätter en stabil kompetensförsörjning, forskning och utveckling samt tillgång till validerade metoder. Tillgången till god företagshälsovård, för såväl förebyggande arbetsmiljöarbete som anpassning av arbetet till den enskildes förutsättningar, är en fråga där en tydlig strategi och utvärdering behöver utvecklas. Prioritet bör ges till högriskbranscher.

Nordiskt arbetsliv har i ett internationellt perspektiv under lång tid präglats av höga krav, men också av god kontroll (handlingsutrymme) för den anställde. Sedan ett par decennier har arbetets krav

tenderat att öka, samtidigt som kontrollen minskat (Albin et al. 2017; Arbetsmiljöverket 2015; Theorell 2006), vilket ger en obalans som påtagligt ökar såväl fysisk som psykisk ohälsa. Att återställa denna balans är viktigt, inte bara för jämlik hälsa, utan också för välfärdssystemens kompetensförsörjning och kostnader. För välfärdssektorn innebär detta att uppdrag, arbetsvillkor och kvalitet på välfärdstjänsterna måste integreras i strategiska val avseende finansiering, styrsystem (inklusive utvärdering) och driftsformer.

För att öka balansen mellan krav och kontroll i arbetet bör regeringen avsätta medel för arbetsplatsnära forskning och utveckling med systematisk prövning av modeller. För att åstadkomma ett effektivt arbetsmiljöarbete på arbetsplatserna behöver företagshälsovården stärkas genom säkrad kompetensförsörjning, där en tillräcklig dimensionering av utbildningarna för de olika personalkategorierna är avgörande. I ett första steg bör staten säkra kompetensförsörjning, samt verka för metodutveckling och forskning inom företagshälsovården. Därefter bör det utvärderas om tillgången till företagshälsovård förändrats så att det finns en rimlig täckning av högriskbranscher och högriskyrken. Utöver detta krävs forskning och utveckling samt tillgång till validerade metoder. Företagshälsovården bör ses som ett multidisciplinärt kunskapsområde och försörjas av forskning, utvärdering och utveckling för sitt specifika behov och sina frågeställningar. Brist på tillräcklig branschspecifik kunskap inom företagshälsovården är ett problem för det förebyggande arbetsmiljöarbetet i vissa branscher. Lösningar för detta bör diskuteras mellan de berörda branschorganisationerna och företagshälsovårdsbranschen. Regeringen bör överväga att initiera ett centralt trepartsorgan för arbetslivsfrågor med deltagande från centrala departement (enligt ILO 187, artikel 4.3) för att ge en fastare ram kring de trepartssamtal som redan förs och för att underlätta departementsövergripande lösningar. Exempel på områden där departementsövergripande lösningar är angelägna gäller företagshälsovårdens kompetensförsörjning (utbildningsplatser samt relevans i utbildning vid landsting, respektive universitet och högskolor), kvalitetssäkring av obligatoriska medicinska kontroller, införande av obligatoriska arbetsmiljökurser för civilingenjörer och civilekonomer (en gemensam ståndpunkt från parterna för att höja blivande chefers kompetens om arbetsmiljöfrågor), finansiering av arbetsplatsnära forskning och utveckling, samt återinförande av obligatorisk kurs i arbetsmiljö på yrkesinriktade utbild-

ningar. Ett sådant organ skulle också kunna täcka upp för de brister som påtalades i Företagshälsovårdsdelegationens slutbetänkande (SOU 2011:79).

För ett fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete på arbetsplatserna behöver vidare arbetsmiljökunskaperna bland nyckelpersoner förbättras. Detta gäller såväl arbetsgivarens som skyddsombudens kunskap. Arbetsmiljökurser i utbildningar som riktar sig till personer i chefspositioner är en åtgärd som dessutom stöds av arbetsmarknadens parter. Skyddsombudens utbildning har försvagats sedan statsbidragen försvann 2007 vilket bör åtgärdas, antingen genom ett återinförande av statsbidrag eller genom arbetarskyddsavgift (arbetsmiljöavgift).

Regelarbete och tillsyn

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- inrätta en nationell mätdatabas för skadliga kemiska faktorer i arbetslivet,
- utreda gränsvärden för fysisk belastning,
- utvärdera effekterna av föreskriften om organisatorisk och social arbetsmiljö.

Teknik- och produktutveckling (t.ex. nanomaterial), samt utsuddade gränser mellan produktion och servicesektor vad gäller användning av reaktiva kemikalier (t.ex. 3D-skrivare och skönhetsbranschen) utmanar regelutveckling och tillsyn. Här behövs ett förstärkt nationellt arbete kring riskbedömning och regelutveckling, med god insyn från arbetsmarknadens parter, vilket också kan medverka till att driva det europeiska regelverket i rätt riktning. Avsaknad av sådana insatser kommer sannolikt att öka hälsoriskerna framför allt i arbetaryrken. Exponering för kemiska hälsorisker har en stark social gradient. En del av den arbetsrelaterade ohälsan som vi ser inom det kemiska området i dag är redan förebyggd (t.ex. genom förbud och reglering av asbestanvändning från 1970-talet och framåt), dock orsakar fortfarande exponering för asbest årligen ett stort antal cancerfall som nu

kan förväntas börja minska i och med att exponeringen minskat kraftigt (men inte helt). Det illustrerar den långa ”bromssträckan” från åtgärd till effekt vad gäller t.ex. cancer orsakad av arbetet och visar hur angeläget det är att regelverket snabbt uppdateras allt eftersom ny kunskap tas fram (Albin et al. 2017). För att utjämna hälsoskillnaderna är en effektiv kontroll viktig. Detta förutsätter emellertid att mätningar görs. För att minska ohälsa till följd av exponering för kemiska faktorer bör regeringen därför ge Arbetsmiljöverket i uppdrag att inrätta en nationell mätdatabas för skadliga kemiska faktorer i arbetslivet. Kompetensen behöver också förstärkas genom en stärkning av mätkompetens och ökad utbildning inom området för arbetsmiljöingenjörer. Vidare bör Arbetsmiljöverkets resurser för regelutveckling på området förstärkas. På så sätt stärks regelarbetet vad gäller skadlig kemisk exponering i arbetslivet.

Lika allvarligt som för höga kemikaliehalter är det att belasta kroppen för mycket. Det leder till utdragna smärttillstånd i muskler och leder och till långa sjukskrivningar. Arbetsmiljöverket kom med en föreskrift om belastningsergonomi år 2012 (AFS:2012:2) med krav att arbetsgivarna ska bedöma risken för belastningar, dock utan fasta gränsvärden. Kommissionen anser att regeringen bör ge Arbetsmiljöverket i uppdrag att utreda och överväga gränsvärden för fysisk belastning.

Brister i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön orsakar också ohälsa hos många arbetstagare i Sverige (antalet anmälda arbetssjukdomar som beror på de här orsakerna har ökat kraftigt). I september 2015 beslutade Arbetsmiljöverket om en ny föreskrift om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4). Föreskriften syftar till att minska den arbetsrelaterade ohälsan och omfattar regler om bland annat arbetsbelastning, arbetstider och kränkande särbehandling. Föreskriften förtydligar att dialog mellan chefer och anställda är i fokus. Föreskriften har nu varit i kraft i cirka ett och ett halvt år och Kommissionen anser därför att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att utvärdera effekterna av föreskriften.

Flexibla lösningar vid behov av arbetsanpassning och arbetsbyten

Kommissionens förslag:
Regeringen bör stimulera arbetsbyten och utnyttja positiva erfarenheter från arbetsgivarringar.

Fysiskt belastande arbete är särskilt problematiskt i senare delen av arbetslivet, eftersom den fysiska styrkan avtar från fyrtioårsåldern. I ljuset av redan genomförda och kommande pensionsreformer behöver en väl fungerande infrastruktur upprättas för en planerad karriärgång inom företagen till mindre krävande fysiskt arbete, liksom för en trygg karriärväxling med byte till annan arbetsgivare. Lägg därtill att även psykosociala problem som exempelvis stress och sjukskrivningar på dagens arbetsmarknad kräver nya former av flexibla lösningar som underlättar arbetsbyten. I detta sammanhang vill Kommissionen därför lyfta de positiva erfarenheterna av s.k. arbetsgivarringar (se von Otter 2010). En arbetsgivarring är en frivillig samverkan mellan arbetsgivare för att kunna öka personalens rörlighet på en lokal arbetsmarknad. I ringen samarbetar företagen för att hjälpa varandra med anställda som behöver byta jobb, arbetsträna eller prova på andra uppgifter, som matchar den personliga förmågan. Arbetsgivarringar har visat sig effektiva för att rehabilitera och hjälpa människor tillbaka till arbetet. De erbjuder möjligheter att prova på nya arbetsuppgifter och ibland arbetsbyten, men också vägledning och kompetensutveckling. Regeringen bör därför tillsammans med arbetsmarknadens parter utnyttja positiva erfarenheter från arbetsgivarringar för att stimulera arbetsbyten och stärka stöd till återgång i arbete.

4.4 Inkomster och försörjningsmöjligheter

Inkomster och försörjningsmöjligheter är ett av Kommissionens föreslagna målområden för att uppnå en god och jämlik hälsa (SOU 2017:4). Inkomster och ekonomiska resurser mer generellt är centrala för människors liv och hälsa genom att skapa ramarna för såväl människors materiella standard som för deras handlingsutrymme (SOU 2016:55). En lägre inkomst kan därför kopplas till hälsa dels direkt via minskad köpkraft, men även mer indirekt via olika psykosociala processer (Lundberg et al. 2010; Fritzell 2016). Rent konkret innebär detta att hälsan påverkas negativt när ekonomin begränsar en persons eller familjs möjligheter att leva hälsosamt, men också att stress kring att få ekonomin att gå ihop eller att av ekonomiska skäl inte kunna delta i samhällsliv och aktiviteter som man önskar.

Det är viktigt att konstatera att det förts en vetenskaplig diskussion kring ett antal frågor rörande sambandet mellan inkomst och hälsa. *För det första* diskuteras ofta betydelsen av inkomstojämlikhet för hälsa utan att skilja på två olika typer av kopplingar mellan inkomstspridning och hälsa. Å ena sidan kan låga inkomster vara länkade till dålig hälsa (för dem som har låg inkomst), å andra sidan kan inkomstojämlikhet *i sig* vara problematiskt för *allas* hälsa. Den senare tanken förknippas kanske främst med Wilkinson och Picketts arbeten (se t.ex. Wilkinson och Pickett 2010). Det vetenskapliga stödet för idén att inkomstojämlikhet i sig är skadligt för allas hälsa är dock relativt omtvistat. Sannolikt är det snarare så att ojämlikhet i ett samhälle drabbar de med mindre resurser mest (Marmot 2015, s. 282). Samtidigt är det avgörande för Kommissionens bedömning att det finns robust stöd för sambandet mellan låga inkomster och dålig hälsa (Deaton 2016).

Detta samband mellan inkomst och hälsa, och i synnerhet mellan inkomst och dödlighet, är *för det andra* utpräglat kurvlinjärt. Det innebär att sambandet är mycket starkt i den nedra halvan av inkomstfördelningen, men sedan flackar av ju högre upp man mäter (Fritzell 2016; Hartman och Sjögren 2017). Mot bakgrund av detta uppnås inte samma hälsovinst av en inkomstökning i de övre inkomstskikten som i de lägre inkomstskikten (Diderichsen et al. 2011). En

slutsats som kan dras av detta är att det framför allt är i den nedre halvan av inkomstfördelningen som sambandet är socialpolitiskt relevant, och att såväl de största generella hälsovinsterna som den största effekten på ojämlik hälsa sannolikt kan uppnås genom insatser för att stärka inkomsterna i den nedre delen av inkomstfördelningen (Fritzell 2016).

För det tredje har det diskuterats hur stor del av sambandet mellan inkomst och hälsa som är ett *orsakssamband*, vilket är en förutsättning för att inkomstskydd och inkomstförstärkning ska vara meningsfullt för att minska ohälsa. Kommissionens tidigare resonemang kring dynamiska samspel mellan olika livsområden över livet pekar på att vad som vid en specifik del av en människas liv är en selektion av sjuka människor till låga inkomster kan vara en del av en mer övergripande kausal process. Om exempelvis bristande försörjning under en period påverkar hälsan negativt i nästa, och den dåliga hälsan i sin tur minskar arbetsförmågan och inkomsten i ett tredje steg, är kausala och selektiva samband hopkopplade i en större process.

Sambanden mellan inkomst och hälsa går därmed i båda riktningarna. Studier som försökt gå runt dessa ömsesidiga beroenden för att studera rena kausaleffekter, exempelvis genom att studera hälsokonsekvenser av lotterivinster, tenderar att visa på mycket svaga samband (Lindahl 2005; Cesarini et al. 2016). Dessa studier kan dock kritiseras för att fånga något annat än reguljära inkomster och hur dessa används i vardagslivet. De som köper lotter eller spelar andra spel avviker från genomsnittet vad gäller exempelvis risktagande, och vinstpengar används oftast på ett annat sätt än den reguljära inkomsten (Hvide och Lee 2015). Studier som använder en mer kvasiexperimentell ansats men ändå i högre grad fångar förändringar i den reguljära inkomsten har dessutom pekat på tydliga hälsoeffekter (Reeves et al. 2017).

Att det tydliga samband som finns mellan inkomst och hälsa respektive dödlighet skulle vara helt och hållet orsakat av selektion (dvs. att sjuka människor får låg inkomst) är därmed ytterst osannolikt. Det är dessutom troligen så att även denna process skiljer sig åt mellan olika socioekonomiska grupper på så sätt att människor med lägre socioekonomisk position tappar förvärvsinkomster snabbare vid allvarlig sjukdom (Elstad och Dahl 2014). Även om det inte är möjligt att säga hur stor del av sambandet som är kausalt, menar vi att det är en tillräckligt stor del för att motivera insatser.

För det fjärde finns förstås frågan om hur det allmänna i så fall kan bidra till inkomstförstärkningar för dem med lägre inkomster utan att motverka andra mål, som exempelvis full sysselsättning. Som framhållits i avsnitt 4.3 är såväl sysselsättning som god arbetsmiljö viktiga för en mer jämlik hälsa, liksom kunskaper och kompetenser är avgörande för sysselsättning (avsnitt 4.2). Eftersom lönebildningen sköts av arbetsmarknadens parter har vi valt att fokusera på de verktyg som staten direkt förfogar över där olika socialförsäkringar och andra inkomsttransfereringssystem står till buds. Studier har pekat på att såväl täckningsgrad som ersättningsnivåer i olika socialförsäkringar är kopplade till bättre hälsa framför allt bland dem med kortare utbildning (Ferrarini et al. 2014; Sjöberg 2017), liksom att nivån på ersättningarna i grundtrygghetssystem är kopplade till bättre hälsa (Nelson och Fritzell 2014). Dessa system blir därför i fokus i det följande.

4.4.1 Lägesbeskrivning: ökade ekonomiska klyftor

Gapet mellan de allra rikaste och fattigaste har ökat i Sverige under de senaste decennierna. Flera rapporter visar emellertid att de ökande skillnaderna i första hand inte gäller lönerna (se t.ex. Finanspolitiska rådet 2016). Gruppen allra högst upp i inkomstskalan har ryckt ifrån till stor del på grund av kapitalvinster. Mellan olika inkomstgrupper i stort har inkomstspridningen före skatter och bidrag varit relativt konstant de senaste decennierna. De växande skillnaderna gäller i stället hushållens disponibla inkomster, alltså vad man har kvar till sitt förfogande efter skatt och eventuella bidrag. Där har spridningen ökat markant, särskilt under senare delen av 1990-talet men även därefter. En förklaring som lyfts bland annat av OECD (2017) är budgetsaneringenen efter krisen i början på 1990-talet då staten minskade värdet på olika bidrag och socialförsäkringsförmåner.

Ett sätt att mäta inkomstskillnaderna inom ett land är genom den s.k. Gini-koefficienten.[45] Gini-koefficienten presenteras för olika inkomstmått. Vanligast är dock disponibel inkomst efter skatter och

[45] Gini-koefficienten är det vanligaste nyckeltalet som beskriver inkomstskillnader. Ju högre värde Gini-koefficienten får desto ojämnare är inkomsterna fördelade. Gini-koefficientens högsta möjliga värde är 1. Då får inkomsttagaren med de största inkomsterna alla inkomster. Gini-koefficientens lägsta möjliga värde är 0, då inkomsterna för alla inkomsttagare är lika stora.

transfereringar. Måttet används framför allt för att jämföra länder med varandra. De samlade inkomstskillnaderna, mätt som Gini-koefficienten, har ökat i Sverige under de senaste 20 åren. Mellan 1995 och 2015 ökade Gini-koefficienten från 0,227 till 0,317. Det innebär att inkomstskillnaderna mätt på detta sätt ökade med 40 procent.

Hur har då inkomstutvecklingen varit för dem på den nedre halvan av inkomstfördelningen? Finansdepartementet konstaterar i den senaste fördelningspolitiska redogörelsen (2017) att den ekonomiska standarden för de svenska hushållen har utvecklats positivt för de allra flesta, men att gapet mellan de allra rikaste och fattigaste samtidigt ökat.[46] En starkare inkomsttillväxt i inkomstfördelningens övre del och en svagare tillväxt i den nedre delen har lett till att den samlade inkomstfördelningen har dragits isär (prop. 2016/17:100, bilaga 2). Hushållens reala disponibla inkomster tenderar samtidigt att stiga för nästan alla över tiden, bl.a. till följd av kontinuerlig produktivitetstillväxt i samhället. Mellan åren 1995 till 2015 ökade hushållens reala ekonomiska standard med 74 procent. År 2015 hade gruppen sammanboende utan hemmaboende barn högst standard. Lägst standard hade grupperna utrikes födda med kort vistelsetid i Sverige, ensamstående kvinnor och ensamstående pensionärer.

Inkomstökningarna har varit lägst för grupper med låga inkomster

Sett till olika inkomstgrupper har den ekonomiska standarden ökat för alla grupper under perioden 1995 till 2015. Det framgår om alla individer i befolkningen varje år rangordnas efter inkomst, och därefter delas in i tio lika stora grupper. Den mest påtagliga ökningen har dock skett i den yttersta toppen av fördelningen. Hundradelen med högst inkomster 2015 hade i genomsnitt nästan tre gånger högre ekonomisk standard än hundradelen med högst inkomster 1995. Detta förklaras till stor del av realiserade kapitalvinster, räntor och

[46] Finansdepartementets fördelningsanalyser fokuserar på fördelningen av disponibel inkomst erhållen under ett kalenderår och justerad för försörjningsbörda. Den disponibla inkomsten är sammansatt av ett antal olika komponenter: inkomst från arbete, kapital och näringsverksamhet samt skattepliktiga och skattefria transfereringar, med avdrag för direkt skatt. Inkomsterna räknas samman på hushållsnivå och justeras försörjningsbörda med hjälp av en s.k. ekvivalensskala. Det beräknade måttet kallas disponibel inkomst per konsumtionsenhet, eller hushållets ekonomiska standard. Individerna i hushållet tilldelas olika vikt utifrån tanken att kostnaderna per person är mindre om flera bor tillsammans.

utdelningar för denna grupp. Utvecklingen för den yttersta inkomsttoppen beror alltså i huvudsak på att kapitalinkomsterna ökat kraftigt under de senaste decennierna.

Under samma tidsperiod har inkomsterna i den nedre delen av inkomstfördelningen ökat relativt långsamt. En orsak till detta är att ersättningar från socialförsäkringsförmåner utgör en större andel av inkomsterna i de lägre inkomstskikten än i de högre. Det har skett en minskning av ersättningsnivåer i socialförsäkringsförmåner som ofta är bestämda i fasta belopp eller kopplade till prisutvecklingen och därmed inte ökat lika snabbt som lönerna.

Det finns flera definitioner av ekonomisk utsatthet eller fattigdom. Direkta mått bygger på observationer av den faktiska levnadsstandarden. Indirekta mått baseras i stället på ekonomiska data. En vanligt förekommande indirekt ansats är att betrakta dem vars ekonomiska standard ligger under en given gräns som individer med låg ekonomisk standard.

De indirekta (inkomstbaserade) måtten kan vara både absoluta och relativa. En absolut inkomstgräns innebär att inkomstgränsen låses för ett visst år och därefter bara skrivs upp med prisutvecklingen. Med en relativ gräns höjs gränsen som avgör vilken inkomst som krävs för att en person inte ska betraktas som ekonomiskt utsatt när medianinkomsten i ett samhälle ökar. Det senare måttet betyder att fattigdom ställs i relation till det samhälle som beskrivs. Att på det sättet befinna sig i relativ fattigdom kan medföra att individer inte fullt ut kan delta i sociala relationer och sammanhang.

Andelen ekonomiskt utsatta mätt med absolut låginkomstgräns (60 procent av 1995 års prisjusterade medianinkomst) har minskat stadigt under de senaste decennierna. Orsaken är att de reala inkomsterna ökade (om än förhållandevis lite) även för dem med låga inkomster. Andelen ekonomiskt utsatta mätt med relativ låginkomstgräns (60 procent av medianen varje år) har fördubblats sedan mitten av 1990-talet (prop. 2016/17:100, bilaga 4, s. 14). Den reala inkomstökningen i mitten av inkomstfördelningen har gradvis höjt den relativa låginkomstgränsen. Eftersom inkomstökningarna har varit svagare för grupper i den nedre delen av inkomstfördelningen har andelen med inkomster under gränsen ökat.

Enligt Finansdepartementet (prop. 2016/17:100, bilaga 2, s. 19) accelererade utvecklingen mellan 2006 och 2010, vilket bl.a. berodde på att den successiva utbyggnaden av jobbskatteavdraget och de

sänkta ersättningarna i arbetslöshets- och sjukförsäkringen förstärkte skillnaden mellan förvärvsarbetande i mitten av inkomstfördelningen och icke förvärvsarbetande i den nedre delen av fördelningen. Därtill valde åtskilliga personer att lämna arbetslöshetskassorna 2007 och 2008 till följd av höjda avgifter, och i samband med finanskrisen 2008 stod flera därför utan tillräckligt skydd mot den förlorade arbetsinkomsten.

Risken för låg ekonomisk standard samspelar med ålder och arbetsmarknadsanknytning. Om ingen i hushållet arbetar heltid är risken för låg ekonomisk standard betydande. Bland unga vuxna, 20 till 29 år varav många studerande, är andelen med låg ekonomisk standard betydligt högre än för personer i åldern 30 till 64 år. Andelen sjunker med stigande ålder fram till och med pensionering, därefter ökar andelen med stigande ålder. Bland pensionärer skiljer det sig mellan ensamstående och sammanboende, som ensamstående pensionär är risken för låg ekonomisk standard betydligt högre. Bland ensamstående kvinnor över 75 noteras en särskilt hög andel. Ser vi till personer i förvärvsaktiv ålder, 20 till 64 år, är ensamstående kvinnor med barn en grupp där andelen med låg ekonomiskt standard är relativt hög. Slutligen är andelen med låg ekonomisk standard jämförelsevis hög bland utrikes födda personer. Denna grupp präglas av lägre sysselsättningsgrad och högre arbetslöshet än inrikes födda och löper därmed betydligt större risk att drabbas av ekonomisk utsatthet än inrikes födda. Samtidigt är denna grupp heterogen i olika avseenden och sannolikheten att ha låg ekonomisk standard samvarierar med ursprungland och vistelsetid i Sverige (prop. 2016/17:100, bilaga 2).

Minskning av ersättningsnivåer i socialförsäkringsförmåner över tid

Den generella välfärden såväl som socialförsäkringen är centrala delar i den nordiska modellen. Det grundläggande syftet med socialförsäkringar är att trygga försörjningen när man inte kan arbeta, till exempel vid sjukdom, föräldraledighet eller arbetslöshet.[47] Inkomstbortfallsprincipen är grunden i det svenska socialförsäkringssystemet.

[47] I Sverige räknas arbetslöshetsförsäkringen inte in i socialförsäkringen. I texten omfattar termen *socialförsäkring* även arbetslöshetsförsäkringen.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) gjorde 2014 en genomgång av utvecklingen av socialförsäkringsförmåner sedan 1990-talet (ISF 2014). Rapportens syfte var dels att analysera hur de nominella och reala nivåerna av olika socialförsäkringsförmåner har utvecklats samt att analysera hur ersättningar skulle ha utvecklats om de hade följt pris- eller löneutvecklingen i samhällsekonomin.[48] Kompletterande ersättningar (avtalsförsäkringar) analyserades inte, vilket vi återkommer. Rapporten visar att socialförsäkringsförmånerna inte har följt pris- eller löneförändringar efter den ekonomiska krisen i början av 1990-talet då förmånsnivåer låstes eller sänktes för att genomföra besparingar och öka incitament till arbete.

Maximala ersättningar (taken) från *sjukförsäkringen* och de ersättningar i *föräldraförsäkringen* som baseras på den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) räknas årligen upp med prisbasbeloppet och har därför i stort följt prisutvecklingen. Taken i dessa försäkringar har dock släpat efter *löneutvecklingen* vilket fått till följd att en växande andel av befolkningen har inkomster som överstiger takbeloppen. År 2010 hade omkring hälften av männen och en fjärdedel av kvinnorna, i åldergruppen 16 till 64 år, en inkomst som översteg taket på 7,5 prisbasbelopp i *sjukförsäkringen*. År 1992 hade endast 14 procent av männen och 2 procent av kvinnorna, i samma åldersspann, en inkomst som översteg taket. Regeringen har aviserat att taket i sjukförsäkringen höjs 1 juli 2017 med 0,05 prisbasbelopp (187 kronor per månad före skatt per år med 2017 års prisbasbelopp, prop. 2016/17:1).

Vad gäller *arbetslöshetsförsäkringen* var ersättningstaket 1992 högre än medianlönen och 2014 lägre än den lägsta tiondelens heltidslön. I september 2015 höjde regeringen taket i arbetslöshetsförsäkringen från 18 700 kronor till 25 000 kronor. Samtidigt var medellönen 2015 (båda könen, alla sektorer) 32 000 kronor[49] vilket innebär att trots en substantiell höjning av taket ligger det fortfarande lägre än 1992.

Vårdbidraget är indexerat med prisbasbeloppet och har därmed följt förändringar av konsumentpriserna sedan 1990-talet. De flesta

[48] De delar av socialförsäkringen som analyserades var föräldraförsäkringen, sjukförsäkringen, arbetslöshetsförsäkringen, barnbidraget, bostadsbidraget, underhållsstödet, vårdbidraget, adoptionsbidraget samt även försörjningsstödets riksnorm (eftersom att det är välfärdssystemets yttersta skyddsnät och träder in när inkomster från arbete och socialförsäkringen inte ger en skälig levnadsnivå).
[49] www.mi.se

andra socialförsäkringsersättningar anges i kronor och räknas inte automatiskt om med förändrade priser eller inkomster.

Barnbidraget har höjts ett antal gånger sedan 1990-talet så att den reala nivån (köpkraften) är ungefär densamma i dag som i början av 1990-talet. Flerbarnstillägget i barnbidraget höjdes med 126 kronor per månad för det tredje barnet den 1 januari 2017.

Däremot har det reala värdet av *underhållsstödet* har minskat med 14 procent sedan början av 1990-talet. Regeringen har för avsikt att höja underhållsstödet för äldre barn (1 år och äldre) genom en differentiering av underhållstödets belopp, höjningen planeras till den 1 januari 2018.

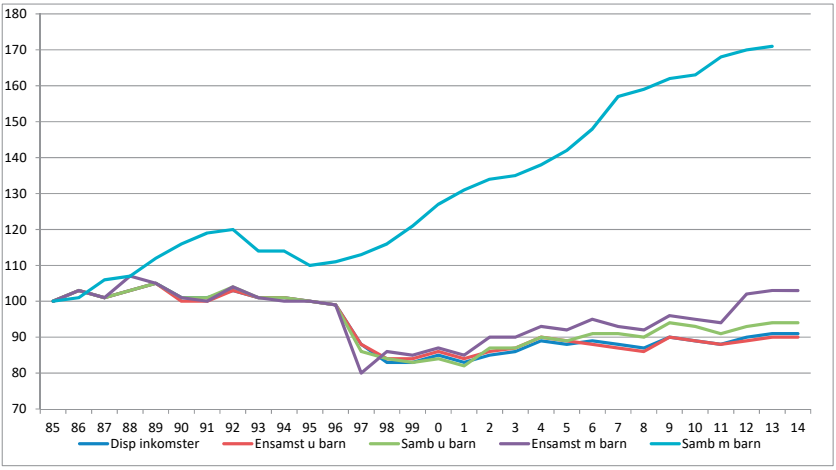
Bostadsbidraget har höjts ett antal gånger sedan 1990-talet vilket inneburit en ökning av det reala bostadsbidraget. Inkomstgränsen för maximalt bostadsbidrag var emellertid oförändrad under perioden 1996 till 2016. I januari 2017 höjdes inkomstgränsen från 117 000 kronor till 127 000 kronor för ensamstående.

*Adoptionsbidraget*s nominella nivå höjdes kraftigt 2001 men har varit oförändrat sedan dess. Den reala nivån på adoptionsbidraget är fortfarande högre än under 1990-talet. Adoptionskostnaderna har ökat mycket kraftigare än priser eller löner i Sverige. Regeringen har i budgetpropositionen för 2017 (prop. 2016/17:1, utgiftsområde 12) aviserat sin avsikt att höja adoptionsbidraget till 75 000 kronor, men inte specificerat när det ska ske.

Det ekonomiska biståndets nominella nivå har minskat kraftigt under de senaste decennierna och den reala nivån minskat något. Under 1985 uppgick normen för en ensamstående förälder med två barn till 4 270 kronor i månaden. Under 2014 var motsvarande belopp 8 220 kronor (4 029 kronor i 1985 års penningvärde). Om normen hade följt de disponibla inkomsternas utveckling hade summan för 2014 i stället varit 15 150 kronor.[50] I figur 4.2 nedan illustreras utvecklingen av de disponibla inkomsterna i relation till socialbidragsnormens nivå under perioden 1985 till 2014 för ett antal olika hushållstyper.

[50] Här tas dock inte hänsyn till de förändringar av normkonstruktionen som genomfördes 1997 och 1998. Räknar vi in de reduktioner som skedde i samband med dessa omläggningar skulle en inkomstbunden norm för 2014 i stället landa på cirka 13 700 kronor.

Figur 4.3 Disponibel inkomst per konsumtionsenhet och nationell socialbidragsnorm för olika hushållstyper 1985–2014. Index: 1985=100, fasta priser



Källor: SCB och Socialstyrelsen.

I ISF-rapporten (2014) presenteras också förändringen av de reala disponibla inkomsterna mellan 1992 och 2012 för ett antal olika familjer med barn. De typfall som presenteras exemplifierar hur utvecklingen av socialförsäkringsförmåner, löner och skatter över en lång tidsperiod påverkar de disponibla inkomsterna för familjer med olika ekonomiska förutsättningar.[51] I korthet visar beräkningarna att hushåll där de vuxna har arbetsinkomster har haft en positiv utveckling av de reala disponibla inkomsterna mellan 1992 och 2012. Detta beror till största del på högre reallöner, men också t.ex. på jobbskatteavdraget. För vissa hushåll som saknar arbetsinkomster har frysta ersättningsnivåer påverkat deras reala disponibla inkomster negativt under samma tidsperiod. Ett sådant exempel är hushåll där den ensamstående föräldern får sjukersättning på garantinivå eller deltar i arbetsmarknadspolitiskt program utan inkomstrelaterad ersättning.

Vi har så långt beskrivit utvecklingen av socialförsäkringsförmåner sedan 1990-talet och konsterat att de inte följt pris- eller löneförändringar. Utvecklingen kan antas ha effekt på såväl *gradient*- som

[51] Disponibel inkomst avser hushållets nettoinkomst efter avdragen skatt och alla bidrag från socialförsäkringen, förutom ekonomiskt bistånd.

marginalgrupper. I och med att ersättningsnivåerna inom den offentliga socialförsäkringen de facto sjunker övergår inkomstbortfallsprincipen till en form av grundtrygghetsskydd för de individer som har inkomster över taken. Utvecklingen riskerar att skapa en skiljelinje mellan låginkomsttagare och höginkomsttagare, vilket kan leda till minskade incitament för höginkomsttagarna att vilja stanna inom samma institutionella struktur som låginkomsttagarna. En växande andel individer med inkomster över taken innebär därför en risk att tilltron och betalningsviljan till det offentliga socialförsäkringssystemet minskar (ISF 2015). Ett tecken på att detta är på väg att ske är framväxten av olika former av avtalsförsäkringar.

En följd av att socialförsäkringen, som beskrivits, i realiteten inte längre följer inkomstbortfallsprincipen är att fackförbunden valt att komplettera den offentliga försäkringen med avtalsbaserade försäkringar (Sjögren Lindquist och Wadensjö 2011). Avtalsförsäkringarnas utformning skiljer sig mellan de fyra stora avtalsområdena (privat anställda arbetare, privat anställda tjänstemän, statsanställda respektive kommun- och landstingsanställda) men har en gemensam strävan att upprätthålla den inkomstbortfallsprincip som den offentliga försäkringen inte klarar av att upprätthålla. Avtalsförsäkringarna gäller för alla anställda hos arbetsgivare som tecknat kollektivavtal oberoende av fackligt medlemskap (det finns dock tilläggskrav som kan gälla anställningstid eller ålder). Kollektivavtalen omfattar samtliga offentliganställda, 78 procent av de privatanställda tjänstemännen och 94 procent av de privatanställda arbetarna (ISF 2015). Dessa försäkringar blir dock ofta dyrare (och tär mera på löneutrymmet) för de lågavlönade eftersom riskerna för arbetslöshet och sjukdom vanligtvis är större bland dessa grupper. Samtidigt förlorar det som höginkomsttagare betalar över taken sin karaktär av försäkringspremie, det blir i stället allmän skatt. Effekten blir att för tilläggsförsäkringar ovanför taken betalar höginkomsttagare dubbelt ur sina löneutrymmen (Hedborg 2016). Eftersom avtalsförsäkringarna är olika uppbyggda, beroende på avtalsområde, skiljer sig försäkringsskyddet åt mellan olika grupper i samhället. Det gäller särskilt för individer med inkomster över taket. Om inga förändringar genomförs kommer andelen individer med inkomster över taket att fortsätta öka och med tiden nå de lägre inkomstskikten. Som följd av att ersättningsnivåerna sjunker över tid övergår den tidigare bärande principen om inkomstbortfall till en slags grundtrygghet för individer med inkomster

över taken. En sådan utveckling kan skapa en skiljelinje mellan låginkomsttagare och höginkomsttagare, vilket kan leda till minskade drivkrafter för höginkomsttagarna att vilja stanna inom samma institutionella struktur som låginkomsttagarna. En växande andel individer som har inkomster över taken innebär därför att tilliten och tilltron till systemet urholkas och betalningsviljan bland dessa grupper riskerar att minska. Med ökande betydelse för avtalsförsäkringarna förändras även riskdelningen inom försäkringen genom att mindre mer homogena grupper delar på riskerna, vilket i sin tur kommer att direkt missgynna i första hand mer utsatta grupper. Det är också viktigt att påpeka att inte alla har en avtalsförsäkring, eftersom inte alla arbetsplatser inom den privata sektorn omfattas av kollektivavtal. På sikt riskerar utvecklingen att urholka idén om ett gemensamt system för alla, en idé som sannolikt också bidrar till högre tillit till socialförsäkringssystemet likväl som till samhället i stort.

4.4.2 Inriktning inom målområdet inkomster och försörjningsmöjligheter

Kommissionens bedömning:
Människors ekonomiska och sociala trygghet är viktiga för hälsan. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet inriktas på att stärka människors egna möjligheter till sysselsättning och därmed möjligheter att agera och generera ekonomiska resurser (se avsnitt 4.3) men också på att stödja människor när deras egna ekonomiska resurser inte räcker till.

- för att åstadkomma förbättringar för grupper i särskilt utsatta situationer är det centralt att få till stånd förstärkningar av de ekonomiska resurserna för dem med knappa ekonomiska marginaler. Det handlar om att lyfta grupper längst ned i inkomstfördelningen,
- för att motverka utvecklingen mot ett grundtrygghetssystem på socialförsäkringsområdet är det viktigt att slå vakt om inkomstbortfallsprincipen, vilken har en sammanhållande karaktär mellan olika grupper i dessa system och därmed bidrar till en mer jämlik hälsa.

Ekonomisk utsatthet påverkar människors hälsa negativt. Jämlik hälsa handlar ytterst om mer jämlika livsvillkor mellan olika socioekonomiska grupper. I första hand handlar det därför om att stärka människors egna möjligheter att agera och generera ekonomiska resurser, i andra hand att stödja människor när deras egna resurser inte räcker till. Genom trygga inkomst- och försörjningsmöjligheter stärks människors egna möjligheter att agera och generera resurser som är positiva för hälsan.

Som vi beskrivit har utvecklingen på socialförsäkringsområdet karaktäriserats av åtminstone två tendenser av betydelse för jämlik hälsa. *För det första* har breda grupper fått ett sämre inkomstbortfallsskydd från de offentliga socialförsäkringarna i takt med att taken inte följt med i reallöneutvecklingen. Detta kan påverka inkomststandarden direkt för vissa grupper av människor, men på sikt också indirekt via ett gradvis skifte mot ett grundtrygghetssystem som dels riskerar att bli innehållsmässigt sämre för de grupper som löper störst risk för arbetslöshet och sjukdom, dels riskerar att påverka den allmänna tilliten till samhällsinstitutioner på olika sätt. *För det andra* har de längst ner i inkomstfördelningen, i synnerhet de som är beroende av försörjningsstöd, successivt kommit att ligga på ersättningsnivåer som är allt längre från genomsnittet. För barnfamiljer i denna situation är det ekonomiska läget i många fall mycket svårt. Våra förslag avser att hantera dessa två huvudproblem.

4.4.3 Förslag för att stärka de ekonomiska resurserna för de sämst ställda

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- indexera riksnormen i det ekonomiska biståndet med en årlig ändring i inkomstindex,
- dra bort barnbidraget från inkomstunderlaget för prövning för ekonomiskt bistånd,
- höja inkomstgränsen för prövning av bostadsbidrag till 170 000 kronor per år.

Utifrån resursperspektivet och de samband som redovisats mellan inkomst och hälsa är det rimligt att anta att en förbättring av de ekonomiska resurserna inom den lägre halvan av inkomstfördelningen på sikt också skulle vara positivt för folkhälsan och minska hälsoklyftorna. I FN:s Agenda 2030 finns ett mål som avser om minskad ojämlikhet (mål 10 är att minska ojämlikheten inom och mellan länder). Det första delmålet inom detta målområde är ”att till 2030 successivt uppnå och upprätthålla en högre inkomsttillväxt än det nationella genomsnittet för de 40 procent av befolkningen som har lägst inkomst”.[52] Denna målformulering ligger väl i linje med den inriktning som Kommissionen pekar ut för att åstadkomma en mer jämlik hälsa inom detta målområde. I budgetpropositionen för 2017 framgår att regeringen har för avsikt att ta fram en handlingsplan för att nå detta mål och att följa utvecklingen utifrån denna (prop. 2016/17:1, s. 49). Kommissionen ser positivt på regeringens initiativ att konkret arbeta med hur detta mål ska uppnås och vill lyfta vikten av att handlingsplanen beaktar ett jämlik-hälsa perspektiv.

I samarbete med olika experter har Kommissionen diskuterat ett antal mer konkreta förslag i det kortare perspektivet för att utjämna hälsoskillnaderna inom målområdet inkomster- och försörjningsmöjligheter. Förslagen har särskilt syftat till att nå barnfamiljer med låg ekonomisk standard. Som konstateras i avsnitt 4.1 visar en stor mängd studier att det finns goda skäl att särskilt fokusera på barn, sambanden mellan familjeekonomi och barns kognitiva utveckling är väl belagda och utgör ett starkt argument för att bekämpa barnfattigdom och socioekonomisk marginalisering av barnfamiljer. De policyområden som diskuterats inom Kommissionen är barnbidrag, ekonomiskt bistånd, bostadsbidraget för barnfamiljer och skattekrediteringar (för barnfamiljer där föräldern eller föräldrarna arbetar). För att nå de ekonomiskt utsatta kan konstateras att behovsprövade bidrag mer träffsäkra än generella bidrag som barnbidrag. Vi väljer här att lyfta fyra förslag som bedömts som mest träffsäkra och kring vilka det förelåg konsensus. Åtgärderna är på intet sätt heltäckande för att stärka de ekonomiska resurserna för de sämst ställda men väl ett steg på vägen. I bilaga 3 finns en redovisning av konsekvensberäkningar av dessa tre förslag som Kommissionen låtit göra i SCB:s mikrosimuleringsmodell FASIT.

[52] globalamalen.se

I Kommissionens första underlagsrapport (Bergmark 2016) diskuteras mer i detalj det ekonomiska biståndets utveckling över tid. I korthet visar rapporten att antalet hushåll som mer stadigvarande försörjer sig på ekonomiskt bistånd i dag är större än någon gång under modern tid, samtidigt som ersättningsnivåernas relativa värde minskat påtagligt. Vad som skett i Sverige under en period på 30 år är en växande social och ekonomisk marginalisering av människor med ekonomiskt bistånd. För att bryta denna utveckling bör åtgärder i första hand vidtas för att öka möjligheterna till sysselsättning för dessa grupper (se avsnitt 4.3 och Bergmark 2016). Samtidigt behövs insatser för att motverka en fortsatt minskning av det ekonomiska biståndets nivå i relation till utvecklingen av de disponibla inkomsterna. Därför föreslår Kommissionen att regeringen indexerar riksnormen i det ekonomiska biståndet med en årlig ändring i inkomstindex. Detta innebär att dagens modell för årlig uppräkning av normen för ekonomiskt bistånd ersätts med ett system där nivån automatiskt räknas upp med hänsyn taget till hur löner och hushållens allmänna konsumtionsutrymme utvecklas. Om nuvarande konstruktion när det gäller normens nivå och omgivande regelverk förblir oförändrad riskerar avståndet – och därmed även hälsogapet – mellan personer som har försörjningsstöd och gemene man att fortsätta växa (Bergmark 2016).

Det andra förslaget riktar sig särskilt till barn i ekonomiskt utsatta hushåll. Kommissionen föreslår att barnbidraget inte bör räknas in vid prövning av ekonomiskt bistånd. En sådan åtgärd bedöms vara särskilt träffsäkert för att nå barn i ekonomiskt utsatta hushåll.

Det tredje förslaget berör bostadsbidraget. I januari 2017 höjde regeringen inkomstgränsen för prövning av rätten till bostadsbidrag från 117 000 kronor till 127 000 kronor för ensamstående (58 500 kronor till 63 500 kronor för makar och sambor). Då många barn med låg ekonomisk standard lever i hushåll som är mottagare av bostadsbidrag är det fördelningspolitiskt träffsäkert att höja inkomstgränsen. Regeringens justering av inkomstgränsen är därför ett steg i rätt riktning. Enligt Kommissionens beräkningar skulle en höjning av denna inkomstgräns 2017, om den följt inkomstutvecklingen i den lägsta inkomstdecilen sedan 1990, motsvara ungefär 170 000 kronor per år. Mot bakgrund av detta föreslår Kommissionen att regeringen bör gå längre och därmed höja inkomstgränsen för prövning av rätten till bostadsbidrag till 170 000 kronor per år. I detta sammanhang finns det även anledning att rikta uppmärksamhet mot pensionärer med

låg inkomst. Pensionärer med låg inkomst och begränsade tillgångar kan ansöka om statligt bostadstillägg för pensionärer (BTP). Utredningen om en nationell kvalitetsplan för äldrevården (SOU 2017:21) stödjer i sitt betänkande ett förslag om höjt tak för bostadsutgiften avseende bostadstillägg för pensionärer från Utredningen om bostäder för äldre (SOU 2015:85) men påpekar samtidigt att förslaget inte berör det särskilda bostadstillägget för pensionärer (SBTP) och äldreförsörjningsstödet. Då de här tre stöden har ett samband menar utredningen om en nationell kvalitetsplan att det bör tillsättas en utredning som ser över en höjning av taket för bostadsutgiften, som även omfattar om nivåerna för skälig bostadskostnad inom ramen för SBTP och äldreförsörjningsstödet också behöver förändras. Kommissionen stödjer utredningen om en nationell kvalitetsplan för äldrevårdens inriktning och förslag i detta avseende.

Stärk inkomstbortfallsprincipen i socialförsäkringen

Kommissionens förslag:
Regeringen bör återställa ersättningsnivån i den offentliga socialförsäkringen så att den säkerställer inkomstbortfallsprincipen.

En grundbult i den svenska socialförsäkringen är inkomstbortfallsprincipen, dvs. att den arbetsbaserade förmåner i stort ska vara proportionella mot inkomsten. Det finns bred politisk enighet om att denna princip även framgent ska utgöra grunden för socialförsäkringen (Parlamentariska socialförsäkringsutredningen, SOU 2015:21). I lägesbeskrivningen redogörs för en utveckling där denna princip försvagats. Medan reallönerna stigit med omkring 50 procent har flera socialförskringsförmåner legat i stort sett stilla, vilket i praktiken innebär att systemet befinner sig i ett läge mellan inkomstbortfall och grundtrygghet. Kommissionen bedömer att för att motverka den nuvarande utvecklingen mot grundtrygghet inom centrala delar av socialförsäkringssystemet bör regeringen återställa ersättningsnivån i den offentliga socialförsäkringen så att den säkerställer inkomstbortfallsprincipen. Denna princip är bärande för legitimiteten för systemet i och med att den haft en sammanhållande karaktär mellan olika grupper och därmed bidragit till en mer jämlik hälsa. Framväxten av

avtalsförsäkringar leder *för det första* till ökade skillnader i försäkringsskydd mellan grupper i samhället och till att vissa grupper står utan kompletterande skydd, eftersom inte alla privata arbetsgivare tecknar kollektivavtal. Utjämningen mellan riskgrupper minskar också, och den politiska auktoriteten över försäkringens incitamentsstrukturer försvagas. *För det andra* medför existensen av två parallella system att de administrativa kostnaderna ökar och det blir svårare för individen att överblicka sin försäkring och därmed få ut den ersättning man har rätt till.

En slutsats som bland annat lyfts av Molander (2017) är att framväxten av avtalsförsäkringarna kan tolkas som att det finns en stark efterfrågan på en socialförsäkring baserad på inkomstbortfall. Efterfrågan är så stark att löntagarkollektivet har avstått löneutrymme för att för att fylla ut det gap som uppstått mellan faktisk och önskad ersättningsnivå. Slutsatsen som dras av detta är att en mer rationell ordning är att återställa den efterfrågade ersättningsnivån inom den offentliga försäkringen för huvuddelen av försäkringstagarna genom en höjning av taket och att finansiera denna höjning med en avgiftsväxling från avtalsförsäkringarna till det offentliga systemet (se t.ex. Molander 2017; Hedborg 2016).

4.5 Boende och närmiljö

Boende och närmiljö är ett av Kommissionens föreslagna målområden för att uppnå en god och jämlik hälsa (SOU 2017:4). Kommissionen lyfte fram ett antal aspekter av boende och närmiljö av särskild betydelse för jämlik hälsa i första delbetänkandet SOU 2016:55.

Att ha ett bra boende är ett av de grundläggande livsvillkoren, dessutom samspelar boende och närmiljön med invånarnas och befolkningens hälsa. En integrerad, trygg och hälsofrämjande boendemiljö främjar hälsa på såväl individ-, som områdes- och befolkningsnivå. På motsatt sätt påverkar hemlöshet, eller otrygga boendeförhållanden, trångboddhet, en segregerad och otrygg boendemiljö hälsan, tilliten och den sociala sammanhållningen negativt i ett område och i en stad (Kölegård 2012).

Vid brist på bostäder blir konsekvenserna särskilt påtagliga för grupper som är nya på bostadsmarknaden eller har en svag ekonomisk situation. Med en brist på ekonomiskt överkomliga bostäder har de ojämlika möjligheterna till inträde på bostadsmarknaden också förstärkts. Därför är insatser för att påverka människors etablering på arbetsmarknaden och inkomster nära sammanbundna med förutsättningar för att kunna efterfråga ett bra boende (se avsnitt 4.3 och 4.4).

4.5.1 Lägesbeskrivning av boende och närmiljöns betydelse för jämlik hälsa

Kommissionen vill särskilt belysa förutsättningarna för att ha tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad. Det handlar både om att ha ekonomiska möjligheter att efterfråga en bostad och den faktiska tillgången till bostäder med god kvalitet som motsvarar olika behov för alla människor oavsett t.ex. socioekonomi, ålder och funktionsförmåga. Vidare diskuterar Kommissionen hur sambandet ser ut mellan boendesegregation, grannskap och jämlik hälsa. En tredje aspekt av boende och närmiljö är utomhusmiljöns betydelse för en god och jämlik hälsa, vilket omfattar bland annat buller, luftkvalitet och tillgång till grönområden.

Bostadsbristens konsekvenser

Sverige har genom internationella åtaganden om mänskliga rättigheter förbundit sig att säkerställa människors rätt till bostad och enligt regeringsformen ska det allmänna trygga rätten till bostad. Enligt lagen om kommunernas bostadsförsörjningsansvar (SFS 2000:1383) ska varje kommun skapa förutsättningar för att alla kommuninvånare ska kunna leva i goda bostäder och främja att ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen förbereds och genomförs. Förutsättningarna för att tillgodose lagkravet påverkas av flera faktorer som brist på bostäder och låg rörlighet inom det existerande bostadsbeståndet (Eklund 2016). Av landets 290 kommuner bedömer 240 att det finns ett underskott på bostäder enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2016.[53] Boverket har uppskattat att det behövs 710 000 bostäder de kommande tio åren, vilket ger ett nybyggnadsbehov på 88 000 bostäder per år (Boverket 2016a).

Byggtakten ökade under 2014 och 2015. År 2015 färdigställdes 35 000 bostäder och 48 000 påbörjades vilket kan jämföras med åren från mitten på 1990-talet fram till 2014 då cirka 20 000 bostäder per år färdigställdes (Eklund 2016). Boverket gör dock bedömningen att takten inte är tillräcklig för att möta existerande och framtida behov och rapporterar om trångboddhet, otillräcklig sanitet och hygien, svarta kontrakt och rättslöshet bland annat för många nyanlända, vilket naturligtvis påverkar förutsättningar för en god och jämlik hälsa (Boverket 2015a; Boverket 2015b).

Bostadsbristen påverkar också sysselsättning och kompetensförsörjning för arbetsmarknaden med svårigheter att rekrytera personal på grund av bostadsbrist, vilket är särskilt påtagligt i Stockholm, Göteborg och Malmö (Boverket och Tillväxtverket 2016).

I Sverige bor ungefär hälften av befolkningen i villa eller småhus som de själva äger. En knapp femtedel bor i bostadsrätter, medan ungefär 30 procent av alla invånare i Sverige hyr sin lägenhet.[54] Av alla hyreslägenheter ägs ungefär hälften av privata hyresföretag och hälften av Sveriges kommuner genom den s.k. Allmännyttan.[55] Det har skett omfattande förändringar gällande upplåtelseformer i Sverige sedan slutet av 1990-talet. Mellan 1997 och 2012 minskade antalet

[53] boverket.se
[54] scb.se
[55] sabo.se

hyresrätter med cirka 100 000 samtidigt som antalet bostadsrätter ökade med över 200 000 (SOU 2012:88). Detta påverkar grupper som inte har ekonomiska förutsättningar att kunna köpa en bostad.

En utgångspunkt för bostadsförsörjningen är att få utbud och efterfrågan på bostäder att mötas vid en pris- och hyresnivå som är rimlig. Även om behovet av nya bostäder är stort är inte köpkraften lika stor (Eklund 2016). Boverket har analyserat etableringshinder och pekar på att bristen på hyresrätter med låg hyra framstår som det mest betydande hindret. Det näst viktigaste är svårigheten att låna pengar till bostadsköp och det tredje viktigaste är olika krav som hyresvärdar ställer. Personer med låga inkomster har svårigheter att köpa bostadsrätter eller hus och är heller inte attraktiva som hyresgäster då krav ofta ställs på fast inkomst, en årsinkomst tre gånger hyran är vanligt – ett krav som cirka 1,3 miljoner svenskar inte uppfyller. Detta påverkar boendesegregationen då gapet mellan låginkomsttagare med låg boendestandard och boende med höga inkomster och hög boendestandard vuxit. Det fjärde viktigaste hindret för etablering är reavinstbeskattningen som utgör ett hinder för flyttmönster (Boverket 2014).

Bokriskommittén[56] pekar på tre utmaningar att hantera: 1) öka bostadsbyggandet, 2) förbättra rörligheten i det existerande beståndet och 3) att få fler hushåll att ha råd med bostäder av god kvalitet. För att åstadkomma detta pekar flera på behovet av att bostadspolitiken behöver reformeras för att få en mer sammanhållen politik som främjar byggande, rörlighet på bostadsmarknaden och socialt boende. Åtgärder för att åstadkomma detta kan inkludera förändringar av skattesystemet som ökar rörligheten på marknaden för ägda bostäder, förändringar av hyresreglering och att de kommunala planprocesserna blir mer effektiva (Bokriskommittén 2014; Eklund 2016; Lindbäck 2016). Ytterligare en aspekt som hämmar byggtakten är att Sveriges byggkostnader är höga och behöver moderniseras och standardiseras samtidigt som konkurrensen behöver öka (dir. 2014:75).

Under 1960-talet fanns en bostadsbrist liknande den vi har i dag. Som en lösning byggdes det under en tioårsperiod en miljon bostäder, det så kallade miljonprogrammet, primärt med statliga medel.

[56] Bokriskommittén var en expertgrupp som under åren 2013 och 2014 tog fram ett åtgärdsprogram för att lösa bokrisen på uppdrag av Stockholms Handelskammare, Västsvenska Handelskammaren, Sydsvenska Handelskammaren och Fastighetsägarna Sverige.

Miljonprogrammen löste det dåvarande bostadsbristproblemet och gav en möjlighet att relativt snabbt hitta en bostad till rimlig hyra (Lind 2016). Det var möjligt genom att regeringen använde statens sparande till bostadsbyggande. I dag diskuteras behovet av att staten initierar processer så att bostäder byggs för hushåll med de lägsta inkomsterna (Boverket 2015a; Lind 2016).

Hemlöshet och trångboddhet

Konsekvenserna av bristen på bostäder är särskilt påtaglig för grupper som är nya på bostadsmarknaden såsom unga, nyanlända och för grupper i särskilt utsatta situationer som de som saknar anställning, har låga inkomster, är skuldsatta eller har ohälsoproblem som psykisk ohälsa eller missbruksproblem. Enligt Hyresgästföreningen anger färre än hälften av de unga vuxna (20 till 27 år) att de bor i egen bostad och 353 000 skulle vilja ha en egen bostad (Hyresgästföreningen 2015). Andelen unga som bor i osäkra upplåtelseformer ökar och kostnaderna för sådant boende har ökat markant senare år (Eklund 2016).

Personer som befinner sig i hemlöshet är ingen homogen grupp[57] och gruppens sammansättning har förändrats. Socialstyrelsen (2011a) har visat att allt fler blir hemlösa på grund av låga inkomster och dålig förankring på bostadsmarknaden snarare än på grund av sociala problem. År 2011 uppskattades 34 000 personer som hemlösa, men här ryms ett stort mörkertal.

År 2016 genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av hemlöshet och utestängning på bostadsmarknaden i Sveriges kommuner (91 procent av kommunerna svarade). Kartläggningen visade på stora skillnader mellan hur kommuner arbetar mot hemlöshet; 17 procent hade en aktuell övergripande plan för att motverka hemlöshet och i 23 procent av kommunerna fanns en aktuell rutin för att förhindra att barnfamiljer vräks (Socialstyrelsen 2016a).

[57] Socialstyrelsen kartlägger hemlöshet utifrån följande fyra olika situationer som personer kan befinna sig i för en kortare eller längre tid: 1) En person är hänvisad till akutboende, härbärge, jourboende eller är uteliggare. 2) En person är intagen/inskriven särskilt boende på grund av kriminalitet eller behov av vård. 3) En person bor i en av kommunen ordnad boendelösning på grund av att personen inte får tillgång till den ordinarie bostadsmarknaden. 4) En person bor tillfälligt och kontraktslöst hos kompisar/bekanta, familj/släktingar eller har ett tillfälligt (kortare än tre månader efter mätperioden) inneboende- eller andrahandskontrakt hos privatperson.

Det är kommunerna som genom socialtjänstlagen (SFS 2001:453) är ansvariga för att hemlösa personer i Sverige får stöd och hjälp. Bostadsbristen innebär många gånger dyra lösningar för kommuner med kostnader för hotell och tillfälliga lösningar. Särskilt för barnfamiljer i hemlöshet får dessa tillfälliga lösningar stora konsekvenser för barnens hälsa och välbefinnande. Täta adressbyten och brutna kontaktnät leder dessutom ofta till försämrade skolresultat och försvårar för kamratrelationer och fritidssysselsättningar (Knutagård 2012).

På senare tid har trångboddhet uppmärksammats som ett ökande problem, särskilt i storstäderna Stockholm, Malmö och Göteborg. Generellt är trångboddhet fyra gånger så vanligt bland låginkomsthushåll jämfört med hushåll med höga inkomster och är vanligare bland de som bor i hyresrätt eller är ensamstående med barn, samt bland utrikesfödda. Baserat på lägenhetsregistret beräknas 10 procent av de som bor i bostadsrätt, och 16 procent av de som bor i hyresrätt, vara trångbodda enligt norm två[58] (Boverket 2016b). Trångboddheten är mycket hög i vissa områden och gäller framför allt barnfamiljer. I Storstockholms mest trångbodda områden (Spånga-Tensta och Flemingsberg) är över 50 procent av barnen trångbodda. I Malmö är andelen för motsvarande områden (Fosie respektive Husie) kring 40 procent, medan den är omkring 20 procent i Göteborg (Boverket 2016b). I synnerhet påverkas barn och ungas uppväxtvillkor då trångboddhet försvårar möjligheterna att sköta skolarbetet och sociala kontakter. Här kan kompensatoriska åtgärder som tillgång till mötesplatser, fritids- och kulturaktiviteter, läxhjälp m.m. spela en viktig roll (Albin et al. 2012). Trångboddhet är i vissa områden också förknippad med undermåligt underhåll av bostäderna som påverkar hälsoaspekter som bl.a. astma, trötthet och huvudvärk (Oudin et al. 2016).

Lagen om eget boende (EBO-lagen), kallas en klausul i lagen om mottagande av asylsökande m.fl. (SFS 1994:137), beskrivs ofta som en bidragande faktor till att trångboddheten ökat senaste åren. Enligt EBO-lagen har personer som har sökt asyl i Sverige möjlighet att välja om de vill bo hos släkt och vänner eller i boende anordnat av Migrationsverket (anläggningsboende, ABO). Detta har förstärkt trycket på bostadsmarknaden för kommuner där boendesituationen

[58] Enligt norm två, formulerad 1967, är gränsen för trångboddhet högst två personer per rum. Dessutom ska det finnas ett kök och ett vardagsrum (Boverket 2016b).

redan är ansträngd av att personer bor trångt och där det finns risk för växande handel med svarta kontrakt och trångboddhet och (Aldén och Hammarstedt 2016; Boverket 2015a).

Allmännyttan

De allmännyttiga bostadsföretagen spelar en central roll för att även ekonomiskt svaga grupper får sina bostadsbehov tillgodosedda (Länsstyrelserna 2015a). År 2011 trädde lagen om allmännyttiga kommunala bostadsaktiebolag (SFS 2010:879) i kraft där det slås fast att de allmännyttiga bostadsaktiebolagen ska verka i ett allmännyttigt syfte och bedriva verksamheten enligt affärsmässiga principer. I det allmännyttiga syftet ingår ett samhällsansvar och det är kommunen som ska klargöra avsikten med ägandet och vilken nytta det förväntas tillföra kommunen och dess invånare samt de grundläggande ekonomiska, sociala och ekologiska utgångspunkterna för verksamheten. Ett allmännyttigt kommunalt bostadsaktiebolag ska varje år lämna skriftliga uppgifter till länsstyrelsen om bolagens ekonomi (Salonen 2015).

Det dubbla uppdraget med samhällsnytta på affärsmässiga grunder är omdiskuterat och kan ses om en motsättning. I forskningsöversikten *Nyttan med allmännyttan* framhålls att det inte är en motsättning utan snarare en förutsättning, dvs. för att nå sociala mål behöver verksamheten bedrivas på affärsmässiga villkor. När det gäller allmännyttans bidrag till bostadsförsörjningen och socialt ansvarstagande förefaller det finnas ett behov av förtydligande och utveckling bland annat för att komplettera traditionella bokslut och årsredovisningar med metodik som förmår följa upp de samhällsnyttiga insatserna (Salonen 2015).

Boendesegregation och hälsa

Eftersom individers sociala och etniska bakgrund är starkt sammankopplad med typ av boendeområde kan olika områdesegenskaper bidra till hälsoojämlikhet. Det handlar i stor utsträckning om processer kring hur resurser fördelas och effekterna av dessa (Kölegård 2012; Diez Roux och Mair 2010). Områdets materiella och infrastrukturella resurser som t.ex. olika miljöfaktorer, bebyggelse, grön-

område, kvalitet och utbud av mat, rekreation, service och bostäder har en påverkan på trygghet/otrygghet, sociala relationer, normer och värderingar. Tillgången till naturliga mötesplatser, kultur- och fritidsutbud kan ha betydelse för vilken typ av möten och social interaktion som sker inom grannskapet. Detta i sin tur påverkas av individfaktorer såsom materiella resurser, psykologiska och biologiska faktorer. Dessa faktorer, eller resurser, påverkar våra hälsorelaterade beteenden och exponering för riskfaktorer. Ytterligare en faktor som påverkar dynamiken i ett område är dess rykte, dvs. uppfattningar hos personer utanför området, vilket kan påverka investerare och servicefunktioner att etablera sig i ett område (Dock et al. 2012; Kölegård 2012).

Det är svårt att studera i vilken mån bostadsområdets eller boendeortens egenskaper orsakar ohälsa, dvs. om det är området i sig som påverkar sjukdomsrisken eller om individer med högre sjukdomsrisk eller med sociala problem selekteras in i vissa områden. Sammantaget talar dock den empiriska forskningen för att vissa typer av kontexter påverkar livslängd och sjukdomsrisk. Att leva i ett socioekonomiskt svagt bostadsområde är kopplat till sämre hälsa som ökad dödlighet, sämre självskattad hälsa, ökad förekomst av psykiska besvär och större risk för insjuknande av kroniska sjukdomar. Däremot är inte effekten av kontextuella faktorer densamma för oss alla. Vissa individer blir på grund av individuella förutsättningar mer sårbara för påverkan av negativa omgivningsfaktorer, medan andra kan ha personella och finansiella resurser som gör de mindre påverkade av samma negativa omgivningsfaktorer. Situationen kan vara det omvända där exempelvis tillgång till fritidsaktiviteter och kulturutbud, goda skolmiljöer och fria skolmåltider kan kompensera för bristande förutsättningar i familjen (Kölegård 2012).

Luftkvalitet, buller och tillgång till grönområde

En ytterligare aspekt av boende och närmiljö som Kommissionen särskilt vill lyfta fram, är samhällsplaneringens betydelse för att planera för miljöer som underlättar hälsosamma levnadsvanor. Att ha närhet till grönområden och natur nära bostaden (inom cirka 300 meter) förefaller vara en skyddande faktor för hälsan. Trivseln i bostadsområdet ökar och den skillnad som annars finns i rapporterad trivsel i bostadsområdet mellan boende i eget hus (högre trivsel) och i fler-

familjshus (lägre trivsel) är påtagligt mindre vid tillgång till grönområde (Björk et al. 2008). En brittisk studie har visat att sociala skillnader i hälsa är mindre i områden där tillgången till grönområden är bättre (Mitchell och Popham 2008).

Att ha tillgång till grönområden tillsammans med trygga och säkra cykel- och gångvägar är förknippat med mer vardagsmotion och har en gynnsam effekt på hälsan (van den Berg et al. 2015; Weiman et al. 2015; Maas et al. 2006). Tillgången till en skolgård och förskolegård med tillräcklig yta, en miljö som stimulerar till både lek, fysisk aktivitet och samtal är viktig för barnens motoriska och kognitiva utveckling. Detta är särskilt viktigt för de barn som inte i övrigt har tillgång till en god fysisk utemiljö. Det finns dessutom studier som talar för att det är särskilt viktigt för pojkars inlärning (Fritz 2017).

Andra faktorer i utomhusmiljön som påverkar hälsan är luftkvalitet och buller. Trafik är en gemensam källa till såväl luftföroreningar som buller och effekterna av exponeringen förefaller adderas till varandra (Stansfeld 2015). Det finns även studier som talar för att en gradient i sårbarhet för luftföroreningar är kopplad till socioekonomiska faktorer (Wheeler och Ben-Shlomo 2005). Mekanismerna för detta är inte klarlagda men både förekomst av sjuklighet, såsom diabetes och dietfaktorer, kan ha betydelse (Schwarz et al. 2011).

4.5.2 Inriktning för boende och närmiljö som främjar god och jämlik hälsa

Kommissionens bedömning:
Att ha tillgång till en god och ekonomiskt överkomlig bostad i ett område som ger samhälleliga förutsättningar för social gemenskap bidrar till trygghet, tillit och en god och jämlik hälsa. Samhällsplaneringen bör motverka segregation och exponering för skadliga miljöfaktorer. Med ett jämlik-hälsa perspektiv inom samhällsplanering kan förändringar åstadkommas som påverkar människors levnadsvillkor och minskar ojämlikhet i hälsa. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet inriktas på:

– förutsättningar för att alla ska ha tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad,

– bostadsområden som är socialt hållbara – som motverkar boendesegregation och främjar trygghet, tillit och en god och jämlik hälsa,
– sunda boendemiljöer på jämlika villkor; förbättrad luftkvalitet, minskat trafikbuller och tillgång till grönstruktur samt likvärdig tillgång till en god förskole- och skolmiljö.

Kommissionen menar att det behövs ett bredare grepp över bostads- och samhällsplaneringspolitiken för att få till stånd de förändringar som behövs för att bättre kunna bidra till att sluta hälsogapen. Boende och närmiljö omfattas av många komplexa frågor. Åtskilliga statliga utredningar och forskning har beskrivit problemen på bostadsmarknaden och det saknas heller inte förslag på åtgärder. Kommissionen gör inte anspråk på att lämna förslag som är heltäckande för att hantera alla bostadspolitiska utmaningar, utan tar fasta på några faktorer som är särskilt angelägna ur ett jämlik-hälsa perspektiv. Vi menar samtidigt att strategier för en långsiktigt hållbar samhällsplanering och bostadspolitik bör prioriteras, i synnerhet eftersom boendet och närmiljön är centrala delar av människors vardag och livsvillkor med påtagliga konsekvenser också för jämlik hälsa. Den nuvarande situationen med bostadsbrist bidrar sannolikt till att öka ojämlikheten i hälsa snarare än att minska den. Det finns dessutom en potential i att använda stads- och samhällsplanering och fysiska förändringar för att nå sociala mål. Därför är det angeläget att inkludera jämlik hälsa som ett perspektiv i samhällsplaneringen, dvs. att stadsplanering på strategisk och operativ nivå för både stat, region och kommuner tar som en utgångspunkt att främja ekologiska, ekonomiska och sociala mål som leder till en mer jämlik hälsa och därmed hållbar utveckling. Det förutsätter en långsiktigt hållbar bostadspolitik som präglas av ett socialt investeringsperspektiv.

För att åstadkomma detta krävs åtgärder på statlig, regional och kommunal nivå med olika samhällsektorers involvering; offentlig sektor, näringsliv och civilsamhälle. Dialog och involvering med medborgare är angeläget för att åstadkomma förändring (Abrahamsson et al. 2016). Kommunerna har med sitt planmonopol möjligheter att bjuda in till processer där civilsamhälle, näringsliv och forskning kan ta del och medverka till långsiktigt hållbara lösningar (SOU 2015:88), men det är avgörande att detta sker på ett sätt som inte ökar ojäm-

likhet. I det följande redovisar Kommissionen sina förslag vilka utgår från förutsättningar som bör råda, identifierade hinder som behöver överbryggas på nationell, regional och kommunal nivå samt tar fasta på goda exempel.

4.5.3 Förslag för boende och närmiljö som främjar en god och jämlik hälsa

Förslagen omfattar tre områden av särskild betydelse för jämlik hälsa. *För det första* presenteras förslag som berör förutsättningar för att alla ska kunna ha en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad. Det finns ett omfattande underlag från statliga utredningar och forskningsrapporter med förslag på åtgärder som kan vidtas för att komma till rätta med bostadsbristen. Detta är ett komplext område och Kommissionen har därför valt att särskilt fokusera på åtgärder som ökar förutsättningarna för socioekonomiskt svaga grupper att komma in på bostadsmarknaden.

För det andra omfattar förslagen aspekter för att kunna motverka bostadssegregation och främja trygga boendemiljöer, delaktighet och social sammanhållning som förutsättning för jämlik hälsa. Det omfattar bland annat att blanda upplåtelseformer, överbrygga barriärer och gränser i den byggda strukturen. *För det tredje* presenteras förslag på stadsplaneringens roll för att åstadkomma sunda boende- och närmiljöer på jämlika villkor. Det omfattar bland annat närhet till grönområden och samhällsplaneringens roll för att stimulera goda levnadsvanor som fysisk aktivitet och att minska skadliga miljöfaktorer, luftföroreningar och trafikbuller.

Alla ska ha tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

– ge länsstyrelserna i uppdrag att se över rutinerna för hur de allmännyttigt kommunala bostadsbolagen årligen rapporterar sin ekonomi, för att på ett tydligare sätt efterfråga en redovisning av effekter av samhällsuppdraget.

Kommuner bör

- vid markanvisningar i möjligaste mån verka för att tillgodose bostadsbehov hos de med svag ställning på bostadsmarknaden och nå sociala mål genom att använda sociala klausuler i offentlig upphandling (se vidare kapitel 5),
- skärpa ägardirektiv till kommunala bostadsföretag som betonar den allmännyttiga rollen och företagens roll för bostadsförsörjningen i kommunen,
- arbeta fram strategier mot hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden,
- intensifiera och effektivisera vräkningsförebyggande arbete genom samverkan och skriftliga rutiner samt stärka sitt tillsynsarbete för att säkerställa goda boendemiljöer särskilt i områden med hög trångboddhet.

Att ha tillgång till en fullgod och ekonomiskt överkomlig bostad är ett av de centrala livsvillkoren och en förutsättning för en god och jämlik hälsa. För att åstadkomma detta behövs åtgärder för att påverka både efterfrågan och utbudet av bostäder, samt att bostäderna är ekonomiskt överkomliga.[59]

Bostadstillgången är självfallet grundläggande för att kunna tillgodose rätten till ett bra boende. Rådande situation på bostadsmarknaden baserat på analyser, från bland annat Bokriskommittén (2014), pekar på behovet av ett långsiktigt reformprogram över flera mandatperioder som främjar byggande, rörlighet på bostadsmarknaden och socialt boende. Flera av de flaskhalsar och hinder som pekats ut såsom reavinstbeskattning, hyresreglering och de kommunala planprocesserna är frågor som är alltför omfattande för att kunna behandlas närmare inom ramen för Kommissionens arbete.

Vi anser också att det är angeläget att se till förutsättningarna för att kunna efterfråga en bostad och i avsnitt 4.3 föreslår Kommissionen en höjning av inkomstgränsen för prövning av bostadsbidrag. Tillgången på hyresrätter med låg hyra, svårigheten att låna

[59] Intentionen överensstämmer med Agenda 2030, mål 11; Senast 2030 säkerställa tillgång för alla till fullgoda, säkra och ekonomiskt överkomliga bostäder och grundläggande tjänster samt rusta upp slumområden.

pengar till bostadsköp och höga krav från hyresvärdar att uppvisa inkomst för att kunna vara aktuell som hyresgäst är aspekter som påverkar inträdet på bostadsmarknaden för personer med låga inkomster. Inkomstgränsen för maximalt bostadsbidrag har varit oförändrat mellan 1996 och 2016. I januari 2017 höjdes inkomstgränsen från 117 000 kronor till 127 000 kronor för ensamstående. Kommissionens bedömning är att då många barn med låg ekonomisk standard lever i hushåll som är mottagare av bostadsbidrag är det fördelningspolitiskt träffsäkert att ytterligare höja inkomstgränsen.

Enligt lagen om kommunernas bostadsförsörjningsansvar (SFS 2000:1383) ska varje kommun skapa förutsättningar för att alla kommuninvånare ska kunna leva i goda bostäder. Kommunerna ska också främja att ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen förbereds och genomförs. Ur ett jämlik-hälsa perspektiv är det en viktig förutsättning att ha kunskap om vilka särskilda behov som finns i respektive kommun för att tillgodose bostadsbehoven hos de grupper som har en svag ställning på bostadsmarknaden. Utgående från behoven skapar detta ett underlag för att använda de verktyg som står till buds för att påverka bostadssituationen. Att använda sig av sociala klausuler i offentlig upphandling och vid markanvisningar etc. är verktyg för att styra mot sociala mål (se vidare kapitel 5) och verka för att tillgodose bostadsbehov hos de med svag ställning på bostadsmarknaden.

De allmännyttiga bostadsföretagen har med sitt samhällsansvar också en viktig roll att spela. Hur företagen tar sig an byggande och renovering påverkar bostadssituationen för ekonomiskt svaga grupper. I direktiven till allmännyttan bör vikten av social hållbarhet betonas för att motverka diskriminering och segregation samt att bolagen bör medverka till att skapa tillgänglighet, jämställdhet, integration och trygghet i bostadsområden (Salonen 2015; Länsstyrelserna 2015a).

De allmännyttiga bostadsbolagen rapporterar årligen till länsstyrelserna om bolagens ekonomi. Om effekter av samhällsuppdraget efterfrågas på ett tydligare sätt, kan detta ge incitament för att stärka det samhällsnyttiga insatserna. Salonen (2015) pekar i rapporten *Nyttan med allmännyttan* på verktyg som sociala investeringskalkyler och andra metoder för att mäta och beskriva insatser som utgår från bostadsbolagens samhällsansvar.

En annan aspekt för att kunna efterfråga en bostad är de krav som ställs på de som vill hyra bostad, dvs. vilken uthyrningspolicy bostadsföretagen har. Detta påverkar möjligheterna för hushåll med svag ekonomi men med betalningsförmåga att kunna få en bostad. Krav ställs ofta på fast inkomst, en årsinkomst tre gånger hyran är vanligt – ett krav som cirka 1,3 miljoner svenskar inte uppfyller. I dagsläget är det få låginkomsttagare som kan efterfråga bostad i det privatägda bostadsbeståndet (Annadotter och Blomé 2014). Kommissionen anser att det vore angeläget att även privata fastighetsägare ser över sin uthyrningspolicy och öppnar upp för att sänka kraven på inkomstnivån och på så sätt ge fler förutsättningar att kunna bli aktuella som hyresgäster.

Åtgärder för att minska hemlöshet och trångboddhet hänger samman med ökad tillgång på bostäder, ökad rörlighet på bostadsmarknaden och åtgärder för att kunna efterfråga en bostad. Ett aktivt arbete för att minska hemlöshet och trångboddhet är särskilt viktigt för barnfamiljer då tillfälliga lösningar får stora konsekvenser för barns hälsa och välbefinnande (Knutagård 2012). Socialstyrelsens kartläggning av hur kommuner arbetar med hemlöshet (2011a) uppvisade stora skillnader. Endast 17 procent av Sveriges kommuner hade en aktuell övergripande plan för att motverka hemlöshet och 23 procent hade en aktuell rutin för att förhindra att barnfamiljer vräks. Det är viktigt att i sammanhanget påpeka att omfattningen av hemlöshet skiljer sig mellan kommuner samtidigt som de allra flesta kommunerna, 240 av 290, uppger att de har ett underskott på bostäder.[60]

Att ha kunskap om hur hemlöshetssituationen ser ut och ha strategier som förebygger hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden bör finnas i alla kommuner som uppger att de har bostadsbrist. Vidare är ett fungerande samarbete mellan socialtjänsten och det allmännyttiga bostadsföretaget en nyckelfaktor i arbetet med att motverka hemlöshet och underlätta inträdet på bostadsmarknaden för ekonomiskt svaga hushåll (Länsstyrelserna 2015b). I arbetet för att mildra konsekvenserna av hemlöshet och trångboddhet spelar också samverkan mellan privata fastighetsägare, och det civila samhället roll. Ett exempel från Malmö är att det kommunala fastighetsbolaget MKB valt att fördela 100 lägenheter till hemlösa barnfamiljer. Vid fördelningen av lägenheter har kommunen utgått från

[60] Boverkets bostadsmarknadsenkät 2016, boverket.se

barnfamiljer som haft dyra, osäkra och långvariga boendelösningar som till exempel lägenhetshotell, vandrarhem eller lägenheter som kommunen själva hyr (Malmö stad 2016b; Fastighetsnytt 2014).

Inomhusmiljö påverkar människors hälsa på olika sätt. Dålig ventilation kan leda till försämrad luftkvalitet, med damm och andra oönskade ämnen, vilket kan resultera i allergiska besvär och besvär med andningsorganen. Skadedjur såsom t.ex. kackerlackor kan, förutom att påverka den psykiska hälsan, även orsaka allergier. Problem i inomhusmiljön är ofta relaterade till varandra, exempelvis kan undermålig ventilation leda till både problem med fukt och inomhustemperatur. Kommunerna har enligt plan- och bygglagen (SFS 2010:900) visst ansvar för att bedriva tillsyn över att ägare tar sitt ansvar att underhålla sina fastigheter. Av denna anledning vill Kommissionen trycka på vikten av ett aktivt tillsynsarbete, särskilt i områden med hög trångboddhet.

Möjligheten till eget boende för asylsökande genom den s.k. EBO-lagen beskrivs också som en bidragande orsak till att trångboddheten ökat de senaste åren. Detta förstärker trycket på bostadsmarknaden för kommuner där boendesituationen redan är ansträngd och personer bor trångt (Aldén och Hammarstedt 2016). Det vore därför möjligen påkallat att se över utformningen av EBO-lagstiftningen och dess konsekvenser för bl.a. trångboddhet.

Bostadsområden som är socialt hållbara – som motverkar segregation och främjar trygghet, tillit och jämlik hälsa

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- tillse att relevanta myndigheter finns närvarande och bidrar till att lyfta utsatta områden, motverka segregation och stödja kommuner i arbetet att främja socialt hållbara boendemiljöer,
- verka för att sociala konsekvensanalyser med indikatorer för socioekonomiska aspekter och effekter på jämlik hälsa används i regionala och nationella infrastruktursatsningar för att främja rumslig, ekonomisk och social integration och knyta samman olika delar av städer och stad och landsbygd,

– ge Boverket och Folkhälsomyndigheten i uppdrag att sammanställa och sprida kunskap och erfarenheter om sociala konsekvensanalyser i samhällsplanering på regional och kommunal nivå.

Kommunerna och landstingen bör

– verka för att det finns en likvärdig tillgång till privat och offentlig service i alla livsskeden, utifrån behov och oavsett människors resurser såsom skola, gemensamhetslokaler, butiker och närhet till kultur- och fritidsutbud,
– verka för blandade upplåtelseformer och överbrygga barriärer i den fysiska strukturen,
– inkludera ett jämlik-hälsa perspektiv i regionala utvecklingsstrategier och utveckla sociala konsekvensanalyser i regional och kommunal planering.

Stads- och samhällsplaneringen spelar stor roll för att motverka konsekvenserna av bostadssegregation och skapa hälsofrämjande, trygga miljöer som främjar delaktighet och social sammanhållning. Det omfattar inte minst att blanda upplåtelseformer, men kan även handla om att överbrygga barriärer och gränser i den byggda strukturen för att åstadkomma kontakter mellan olika delar av en stad.

Boverket definierar ett integrerat bostadsområde som ett område som har jämlika förutsättningar till service, skola, kollektivtrafik, grönområde och tillgång till rekreation (Boverket 2010). Kommunerna bör verka för likvärdig tillgång till privat och offentlig service i alla livsskeden för barn, ungdomar, yrkesverksamma och äldre. En avgörande faktor för integrerade bostadsområden är placering och utveckling av väl fungerande skolor (Healthy cities 2017; Kölegård 2012). Tillgång till andra samhällsfunktioner som sjukvård, bibliotek, socialtjänst, polis och annan service som affärer, kultur och fritidsmöjligheter är förutsättningar för trivsel, trygghet och hälsa. Staten bör vidta åtgärder som medför att viktiga statliga verksamheter som arbetsförmedling, försäkringskassa, polis och annan central samhällsservice finns i de områden där behoven är som störst. Att det därutöver finns naturliga mötesplatser och tillgång till kultur- och fritidsmöjligheter har betydelse för vilken typ av möten och social inter-

aktion som sker i grannskapet (Emmelin och Eriksson, 2012). Här vill Kommissionen särskilt lyfta betydelsen av jämlika och jämställda platser för både kvinnor och män, flickor och pojkar.

Att säkerställa att samhällsfunktioner som behövs i olika livsskeden är tillgängliga för medborgare oavsett bostadsområde i såväl stad som på landsbygd kan vara svårt att åstadkomma. Just därför är det avgörande för samhällsplaneringen både på den kommunala, regionala och nationella nivån att verka för integrerade bostadsområden. En viktig del i detta är att skapa likvärdiga förutsättningar för en boende- och närmiljö som främjar en god och jämlik hälsa.

För att minska segregation krävs insatser på flera nivåer. Regeringen har presenterat ett reformprogram som ska sträcka sig under perioden 2017 till 2025. Det finns också ett beslut om att inrätta en ny myndighet – *Delegationen mot segregation* (dir. 2017:33). Myndigheten ska ha som uppgift att bidra till att lyfta socialt utsatta områden och bryta segregationsmekanismer strukturellt. Åtgärdsprogrammet ska bland annat fokusera på att bekämpa brottsligheten, minska långtidsarbetslösheten och bostadssegregationen. Det behövs insatser såväl inom den generella välfärdspolitiken som lokala åtgärdsprogram. Kommissionen ser positivt på det långsiktiga reformprogrammet som har presenterats av regeringen och att arbetet görs i nära dialog med kommuner och regioner som berörs.

Ett stort antal insatser som gjorts för att minska segregation har fokuserat på områdesbaserade interventioner. Som exempel kan nämnas Storstadssatsningen på 1990-talet med sociala insatser i 24 utsatta bostadsområden inom de tre storstadsregionerna med fokus på att minska segregation, arbetslöshet och bidragsberoende. Dessa satsningar har resulterat i positiva förändringar, men haft begränsad varaktighet och även om de mildrat konsekvenserna av segregation har inte dessa selektiva lokala insatser brutit segregationen i sig (Kölegård 2012). Kommissionen menar att en mer genomgripande och varaktig effekt uppnås om bakomliggande orsaker till segregationen kan hanteras. De bakomliggande orsakerna motsvaras av de sju andra målområden som Kommissionen föreslår (SOU 2017:4).

Det talas oftast om utsatta områden i segregationssammanhang, men det är snarare så att en polarisering drivs av att den resursstarka delen av befolkningen bor åtskilt. Det är därmed staden i sin helhet som är segregerad, inte enskilda områden. Det är då avgörande att olika välfärdsinstitutioner som skola och hälso- och sjukvården finns

närvarande och fungerar väl i alla områden. Med en medveten samhälls- och stadsplanering kan även förändringar i den byggda miljön påverka förutsättningar för mer sammanhållna integrerade städer och samhällen.

Sociala konsekvensanalyser är ett verktyg som använts det senaste decenniet inom bostadsplanering. De senaste åren har flera initiativ tagits i kommuner för att använda sociala konsekvensanalyser eller hälsokonsekvensanalyser i utformningen av beslutsunderlag i detaljplaner och översiktsplaner (Healthy cities 2017; Tahvilzadeh 2015; Statens folkhälsoinstitut 2009a, 2010b). Kommissionen ser positivt på att kommuner använder sociala konsekvensanalyser i planprocesser, i såväl i översiktsplanering som i detaljplaner, där hälsofrämjande aspekter och risk för ojämlikhet i hälsa finns med som indikatorer. För att sammanställa och sprida kunskap om hur sociala konsekvensanalyser kan användas föreslår Kommissionen att Boverket tillsammans med Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att sammanställa och sprida kunskap och erfarenheter om sociala konsekvensanalyser i planprocesser.

På den regionala nivån menar Kommissionen att den regionala utvecklingsplaneringen kan utgöra underlag för att främja social hållbarhet och jämlik hälsa, vilket redan görs i en del län. Utgångspunkten för den regionala planeringen är förordningen om regionalt tillväxtarbete (SFS 2007:713) med bestämmelser om de regionala utvecklingsprogram (RUP) som regionerna, samverkansorganen och länsstyrelserna ska ta fram (flertalet regioner använder begreppet regional utvecklingsstrategi – RUS). Dessa ska utgöra en samlad strategi för det regionala tillväxtarbetet i ett eller flera län. De upprättas utifrån en analys av utvecklingsförutsättningarna i länet, anger mål, prioriteringar, plan för uppföljning och utvärdering för att ligga till grund för samverkan med kommuner, landsting, statliga myndigheter, näringsliv och organisationer. Utgångspunkten för det regionala arbetet är också den antagna nationella strategin för hållbar regional tillväxt och attraktionskraft, 2015 till 2020. Fyra samhällsutmaningar beskrivs i strategin: 1) demografisk utveckling, 2) globalisering, 3) klimat, miljö och energi samt 4) social sammanhållning (Näringsdepartementet 2015).

Det regionala utvecklingsprogrammet är ett verktyg för långsiktig planering i det regionala utvecklings- och tillväxtarbetet. Att inkludera ett jämlik-hälsa perspektiv i redan befintliga sammanhang såsom

i arbetet med RUP och RUS ser Kommissionen som en möjlighet för ett långsiktigt arbete som både kan ha effekt på tillväxt och främja bostadsområden som är socialt hållbara. Tillväxtstrategin för Halland 2014 till 2020 är ett exempel på en strategi med ett fördjupat perspektiv på social hållbarhet med fokus på integration samt för en god och jämlik hälsa (Region Halland 2015).

Sunda boendemiljöer på jämlika villkor

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- låta utreda hur Boverkets allmänna råd om friyta för lek och utevistelse vid fritidshem, förskolor och grundskolor kan få ett starkare genomslag för att därigenom säkerställa tillgång till bra utemiljöer för alla barn och unga,
- ge länsstyrelserna ett tydligare uppdrag att i sin regionala hälsorelaterade miljöövervakning följa exponering för riskfaktorer som buller och luftföroreningar, men även hälsofrämjande miljöer, med koppling till socioekonomi.

Kommunerna bör

- i planarbete prioritera tillgång till, samt underhåll av grönområden med god kvalitet nära bostäder utan tillgång till egen trädgård och där de boende har begränsade resurser till kompensatoriskt utnyttjande av andra utemiljöer,
- säkerställa att Boverkets allmänna råd för friytor och goda utemiljöer i anslutning till fritidshem, grundskolor och förskolor följs,
- i de större städerna följa exponering för riskfaktorer som buller och luftföroreningar, men även hälsofrämjande miljöer, med koppling till socioekonomi. Målsättningar med tidsplan för insatser som minskar buller och luftföroreningar bör sättas upp för att eliminera systematiska skillnader i dessa faktorer.

Samhälls- och stadsplaneringen spelar en stor roll för att skapa sunda boende- och närmiljöer på jämlika villkor. Det handlar bland annat om att säkerställa tillgång till grönområden, naturvärden och att med gång- och cykeltrafik stimulera vardagsmotion, lek och fysisk aktivitet. Det handlar också om att minska skadliga miljöfaktorer, luftföroreningar och trafikbuller.

Att ha närhet till grönområden och natur nära bostaden är en skyddande faktor för hälsan. Det ökar trivsel och trygghet och främjar vardagsmotion. Sociala skillnader i hälsa förefaller vara mindre där tillgången till grönområden är bättre (Mitchell och Popham 2008).

Vid förtätning av städer anser Kommissionen att det är angeläget att prioritera bevarande av, tillgänglighet till, samt underhåll av grönstruktur med god kvalitet. Det är särskilt viktigt nära bostäder utan tillgång till egen trädgård och där de boende har begränsade resurser till kompensatoriskt utnyttjande av andra miljöer. Dessa aspekter bör vägas in när ny infrastruktur planeras, samt undvika att infrastruktur med negativ miljöpåverkan hamnar i de områden som redan är hårt belastade. Här bör de prioriterade målgrupper som fastställs i Agenda 2030:s delmål 11.7 vara en utgångspunkt. Delmålet lyder: ”Senast 2030 tillhandahålla universell tillgång till säkra, inkluderande och tillgängliga grönområden och offentliga platser, i synnerhet för kvinnor och barn, äldre personer och personer med funktionsnedsättning”.[61]

Ur ett jämlik-hälsa perspektiv är det viktigt att barn har likvärdig tillgång till goda utemiljöer. Barnens väg mellan hem och förskola och grundskola bör inbjuda till cykling och promenad på ett säkert sätt. Vid planering av nya områden, samt större omstrukturering av befintliga områden är det angeläget att förskolor och grundskolor planeras in på ett tidigt stadium så att en tillräckligt stor gårdsyta med ostört läge säkras liksom att de har god luftkvalitet.

Det finns en målkonflikt mellan behov av utbyggnad av förskolor och skolor och förtätning av städer som riskerar att medföra en försämrad fysisk utemiljö för barn och unga. En skolgård och förskolegård med tillräckligt stor yta, en miljö som stimulerar till både lek, fysisk aktivitet och samtal är viktigt för barns motoriska och kognitiva utveckling, särskilt för de barn som inte i övrigt har tillgång till en god fysisk miljö. Boverket har gett ut allmänna råd (BFS 2015:1)

[61] globalamalen.se

om friyta för lek och utevistelse vid fritidshem, förskolor, grundskolor eller liknande verksamhet. I dessa rekommenderas att friytans storlek, utformning och säkerhet särskilt ska beaktas för att bedriva en ändamålsenlig verksamhet[62]. I detta sammanhang ser Kommissionen ett behov av att utreda hur Boverkets allmänna råd om friyta för lek och utevistelse vid fritidshem, förskolor, grundskolor kan få ett starkare genomslag för att säkerställa tillgång till bra utemiljöer för alla barn och unga. Utredningen bör också hantera hur de målkonflikter som berörts kan överbryggas.

Det finns ett samband mellan socioekonomi och exponering av riskfaktorer som buller och luftföroreningar (SOU 2016:55). Av denna anledning finns det behov av att i de större städerna följa befolkningens exponering för riskfaktorer som buller och luftföroreningar på ett sådant sätt att det går att koppla till olika indikatorer på socioekonomisk situation (områdens inkomstnivå, utbildningsnivå och bostadstyp). För att eliminera systematiska skillnader vad gäller dessa riskfaktorer behöver målsättningar och åtgärdsplaner utarbetas.[63]

Detta förslag bör också följas på regional och nationell nivå och utgöra underlag för till exempel planering av nationella infrastruktursatsningar. På regional nivå har länsstyrelserna uppdrag att bedriva hälsorelaterad miljöövervakning och på nationell nivå har Naturvårdsverket och Folkhälsomyndigheten motsvarande uppdrag. Länsstyrelsernas uppdrag bör förtydligas vad avser att följa exponering för riskfaktorer som buller och luftföroreningar avseende på socioekonomi (inkomst, utbildning, bostadstyp), och även Naturvårdsverkets och Folkhälsomyndighetens arbete borde kunna ha en tydligare socioekonomisk profil.

[62] Friytan bör kännetecknas av goda sol- och skuggförhållanden, god luftkvalitet samt god ljudkvalitet. Ett rimligt mått på friyta anges vara 40 kvadratmeter per barn i förskolan och 30 kvadratmeter per barn i grundskolan. Med ändamålsenlig verksamhet avses att friytan kan användas till lek, rekreation samt fysisk och pedagogisk aktivitet för den verksamhet som friytan är avsedd för. Friytan bör vara så rymlig att det utan svårighet eller risk för omfattande slitage går att ordna varierande terräng- och vegetationsförhållanden (BFS 2015:1).

[63] Detta är i linje med Agenda 2030:s delmål 11.6 att till 2030 minska städernas negativa miljöpåverkan per person, bland annat genom att ägna särskild uppmärksamhet åt luftkvalitet.

4.6 Levnadsvanor

Levnadsvanor är ett av Kommissionen föreslagna målområden för att uppnå en god och jämlik hälsa (SOU 2017:4). Tobaks-, narkotika och alkoholvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor och sömnproblem är välkända riskfaktorer för att insjukna i våra stora folksjukdomar som cancer och hjärt- och kärlsjukdomar. Hälsan påverkas direkt av individens levnadsvanor, vilka i sin tur påverkas av inlärda beteenden och sociala sammanhang. På detta sätt är området levnadsvanor nära sammankopplat med alla de andra målområden som Kommissionen pekat ut. En bra start i livet, en trygg och stimulerande boendemiljö, möjlighet till försörjning samt goda arbetsvillkor är bara några exempel på faktorer som ökar våra förutsättningar att göra hälsosamma val och leva hälsosamma liv. Undersökningar om svenskars levnadsvanor kopplade till hälsa visar att de konsekvent skiljer sig och är mer ogynnsamma för den som har en lägre socioekonomisk position till exempel utifrån yrke, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar. I Kommissionens första delbetänkande (SOU 2016:55) liksom i avsnitt 4.7 beskrivs närmare hur skillnader i handlingsutrymme mellan olika grupper påverkar ojämlikhet i hälsa.

4.6.1 Lägesbeskrivning av levnadsvanor i befolkningen

Tobaksrökning

Alla som röker skadas av sin rökning och rökning har effekt på i stort sett alla kroppens organsystem. Varannan rökare dör i förtid och förlorar i genomsnitt tio år av sin förväntade livslängd. Vart tionde dödsfall i Sverige uppskattas vara kopplat till tobaksrökning. Sambandet mellan rökning och lungcancer är tydligt och ungefär 90 procent av alla lungcancerfall i Sverige beror på rökning. Rökning är också förknippat med stora risker att drabbas av hjärtinfarkt, stroke och är huvudorsak till kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL (Cancerfonden 2016).

Enligt den nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor[64] har andelen svenskar som röker dagligen minskat, men det finns tydliga skillnader i rökning mellan olika grupper. Kvinnor röker i något större utsträckning än män (10 respektive 8 procent) men andelen som röker varierar främst mellan grupper med olika socioekonomisk position. Bland personer med eftergymnasial utbildning är det betydligt färre som är dagligrökare[65] (5 procent) än bland personer med endast förgymnasial utbildning (12 procent) och personer med arbetaryrken röker i större utsträckning än tjänstemän.

Tobaksrökning är skadligt inte bara för rökaren själv utan också för den som exponeras för andras tobaksrök, så kallad miljötobaksrök eller passiv rökning. Sedan rökning förbjudits på allt fler offentliga platser är det huvudsakligen i hemmet sådan exponering sker och små barn är särskilt känsliga. Exponeringen för miljötobaksrök ökar risken för infektioner och astma hos barnet. Det förefaller också öka risken för allergi och påverkar lungornas utveckling. Denna påverkan är bestående. Riskökningarna är relativt höga (cirka 30 till 50 procent om en av föräldrarna röker).

Det finns tydliga sociala skillnader i hur vanligt det är att barn exponeras för föräldrarnas rökning. Barnens miljöhälsoenkät (Institutet för miljömedicin 2013) visar att mellan 2003 och 2011 har andelen barn vars föräldrar röker dagligen, i eller utanför hemmet, minskat från redan låga nivåer bland föräldrar med universitets- eller gymnasieutbildning. Bland barn till föräldrar med högst grundskoleutbildning ligger andelen kvar på en oförändrad högre nivå. I 2011 års mätning var det över 30 procent av barn till föräldrar med grundskoleutbildning, mot 5 procent av barn till föräldrar med universitetsutbildning, vars föräldrar var dagligrökare. I avsnitt 4.1 berörs ytterligare hur barn, inklusive foster, exponeras för rökning och hur det påverkar deras hälsa.

[64] Resultaten från folkhälsoenkäterna finns tillgängliga på folkhälsomyndigheten.se
[65] Röker en eller fler cigaretter om dagen.

Alkoholkonsumtion

Berusningsdrickande är förknippat med flera negativa hälsoeffekter. Riskbruk av alkoholbruk har starka samband med alla våra folksjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och cancer.[66] Alkohol används ofta för att dämpa ångest, men en hög konsumtion av alkohol ökar risken för både depression och ångest. Förutom direkta hälsofaror kan alkohol kopplas till en stor andel av våldsbrott, drunkningsolyckor, bränder, fall och trafikolyckor. Alkoholberoende och missbruk kan också få omfattande negativa sociala konsekvenser som förlust av familj och försörjning. Dessa har i sin tur negativa konsekvenser för hälsan, vilka slår olika hårt mot olika grupper i samhället.

Att kvinnor dricker alkohol under en graviditet kan leda till ett brett spektrum av fosterskador, från hyperaktivitet och lägre IQ till svåra skador, så kallat fetalt alkoholsyndrom (FAS). Även efter födseln är barn till föräldrar som riskkonsumerar alkohol extra utsatta ur hälsosynpunkt. Dessa barn har en klar överrisk för självmord, olyckor, våld och eget missbruk i vuxen ålder. Enligt den Nationella folkhälsoenkäten dricker 17 procent av Sveriges befolkning så mycket alkohol att det medför en ökad risk för fysiska, psykiska och sociala skadeverkningar, så kallad riskkonsumtion. Andelen riskbrukskonsumenter är högre bland män (20 procent) än bland kvinnor (13 procent). Sedan 2004 har alkoholkonsumtionen bland yngre minskat samtidigt som den ökat något hos äldre. Riskkonsumtion av alkohol är trots det fortfarande vanligast bland personer mellan 16 och 29 år. Långa arbetstider är också förknippat med att riskkonsumera alkohol (Virtanen et al. 2015).

Medelintaget av alkohol är högre i grupper med hög socioekonomisk position men alkoholrelaterad dödlighet och missbruk är vanligare bland grupper med lägre socioekonomisk position (Socialstyrelsen 2009). I en omfattande europeisk översiktsstudie (Probst et al. 2015) med syfte att analysera alkoholbruket och dess fördelning avseende kön och socioekonomi finner forskarna att alkoholrelaterade dödsorsaker är vanligare bland män med lägre socioekonomisk position.

[66] folkhalsomyndigheten.se

Narkotikabruk och dopning

Personer med ett narkotikamissbruk är oftast i en ytterst utsatt position. Dödligheten bland narkotikamissbrukare är långt högre än i den övriga befolkningen.

Cannabis är det mest använda narkotikapreparatet i Sverige i dag. Cannabis är beroendeframkallande och kan vara skadligt på flera sätt. Omfattande bruk i tonåren har i en del studier kopplats till ökad risk att utveckla schizofreni eller andra psykotiska tillstånd. Det finns också viss evidens för att långvarig regelbunden cannabisrökning kan leda till hjärtinfarkt och stroke hos unga. Det vanligaste sättet att inta cannabis är via rökning, vilket i sig har negativa hälsoeffekter, som till exempel bronkit. Inga fall av dödlig överdos av cannabis har dock rapporterats.[67] Enligt den årliga folkhälsoenkäten har 2,7 procent av Sveriges befolkning använt cannabis det senaste året. I gruppen 16 till 29 åringar stiger siffran till 7,7 procent och bruk av cannabis är därmed vanligare i denna åldersgrupp än i de andra åldersgrupperna. Användning av cannabis är något vanligare bland män än kvinnor i alla åldersgrupper. I 2016 års mätningar syns dock inga tydliga mönster gällande utbildning eller inkomstnivå.

Anabola androgena steroider (AAS) är ett dopningsmedel som medför många hälsorisker, både fysiskt och psykiskt, till exempel aggression, depression, och hjärt- och kärlsjukdomar. AAS har spritt sig även utanför elitidrotten till främst unga män som regelbundet styrketränar (Statens folkhälsoinstitut 2011).

Tyngre missbruksproblematik är nära förknippat med en utsatt situation. Denna grupp är ofta socialt marginaliserad genom t.ex. hemlöshet och obefintliga kopplingar till arbetsmarknaden. Bland tyngre missbruk är också smittspridning av till exempel hepatit C och andra allvarliga sjukdomar ett stort problem (CAN 2014).

Åtgärder för att minska narkotikarelaterad ohälsa och dödlighet är som mest effektivt om det sker på flera nivåer samtidigt. Förebyggande arbete i form av narkotikaprevention är avgörande för att så få som möjligt ska hamna i missbruksproblematik. Samtidigt bör satsningar också göras för att förebygga vidare konsekvenser hos redan drabbade individer. Ett exempel är sprututbytesprogram, som syftar

[67] can.se

till att minska spridningen av allvarliga sjukdomar hos personer i en redan utsatt situation.

Spel om pengar

Ett överdrivet spelande har en koppling till både psykisk och fysisk ohälsa. År 2016 hade 4 procent av Sveriges befolkning ett riskabelt spelande, enligt den nationella folkhälsoenkäten. Riskabelt spelande[68] är vanligast bland män. Enkäten visa också att låg utbildningsnivå och socioekonomisk position verkar samvariera med risken att utveckla spelproblem.

Riktningen i sambandet mellan problemspelande och socioekonomi är inte entydig. Både individens utbildning och ekonomi kan påverkas av spelproblematiken. En omfattande studie om svenskarnas spelvanor (Statens folkhälsoinstitut 2013) visar dock att individens socioekonomiska position under uppväxten spelar roll för senare problemspelande. Låg utbildningsnivå hos mamman och att växa upp under socioekonomiskt svaga förhållanden ökar risken för att utveckla ett problematiskt spelande.

Uppväxtvillkor tycks alltså ha betydelse för vem som löper risk att utveckla spelproblem. Utöver det arbete som redan bedrivs av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen vill Kommissionen av denna anledning lyfta behovet av insatser för jämlika uppväxtvillkor (se avsnitt 4.1).

Fysisk aktivitet och matvanor

Låg fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor har koppling till de flesta folksjukdomar och fysisk aktivitet har även ett samband med psykiskt välbefinnande. Låg fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor är vanligare bland grupper med låg socioekonomisk position. Skillnaderna i fysisk aktivitet och matvanor får genomslag i stora skillnader i livslängd och risk för kronisk sjukdom. Fetma återfinns bland de fem främsta riskfaktorerna i världen för förlorade levnadsår (WHO 2015a).

[68] Kategorin ”riskabelt spelande” omfattar individer som har ett spelberoende eller ligger i riskzonen för att utveckla spelproblem.

Ungefär hälften av Sveriges befolkning uppskattas i dag lida av övervikt eller fetma (Folkhälsomyndigheten 2017). Folkhälsomyndighetens årliga enkät visar att andelen personer i Sverige med fetma har ökat något under de senaste tio åren och var cirka 15 procent bland både kvinnor och män 2016.[69] Ökningen har skett i de äldre åldersskikten. Förekomsten av fetma skiljer sig åt beroende på socioekonomisk position utifrån både utbildning och inkomstnivå. Bland låginkomsttagare är fetma nästan dubbelt så vanligt som bland höginkomsttagare (19 respektive 10 procent). I enkäten mäts också fysisk aktivitet och matvanor, vilka presenteras var för sig nedan.[70]

Fysisk aktivitet

Folkhälsomyndighetens totala bedömning av befolkningens fysiska aktivitetsnivå, utifrån självrapporterade data, är att ungefär halva den vuxna befolkningen når den rekommenderade fysiska aktivitetsnivån för att upprätthålla en god hälsa.[71] Var tionde person tillhör en högriskgrupp vad gäller avsaknad av ett fysiskt aktivt liv. Ytterligare 40 procent har en riskabelt låg fysisk aktivitetsnivå.

Även stillasittande i sig har på senare tid uppmärksammats som en stor hälsorisk. Andelen med en stillasittande fritid[72] har legat på omkring 13 till 15 procent under den senaste tioårsperioden för personer 16 till 64 år. De med låg utbildningsnivå är i högre utsträckning stillasittande på sin fritid jämfört med högutbildade och detsamma gäller för arbetare respektive mellan- och högre tjänstemän. Forskning tyder på att de som har en arbetssituation som karakteriseras av höga krav och låg kontroll (så kallad job-strain) oftare är fysiskt inaktiva (Fransson et al. 2012).

I Centrum för idrottsforsknings (CIF) årliga uppföljning av statens idrottsstöd framkommer att barn med högskoleutbildade föräldrar idrottar i större utsträckning än barn till föräldrar med

[69] För att mäta övervikt och fetma brukar måttet BMI (Body Mass Index) användas. Måttet uttrycker en relation mellan längd och vikt. BMI mellan 25–30 innebär övervikt, om det överstiger 30 klassas det som fetma.
[70] folkhalsomyndigheten.se
[71] Individer över 18 rekommenderas att vara fysisk aktiva minst 150 minuter i veckan med måttlig intensitet (75 minuter vid hög intensitet). Aktiviteten bör spridas ut över veckan i pass om minst 10 minuter.
[72] En stillasittande fritid innebär att man ägnar sig åt en stillasittande sysselsättning, promenerar, cyklar eller rör sig på annat sätt mindre än två timmar i veckan.

endast gymnasieutbildning. Likaså idrottar barn i tjänstemannahushåll i större omfattning än barn i företagar- eller arbetarhushåll. Barn till ensamstående idrottar i mindre utsträckning än barn till sammanboende föräldrar. Flickor med invandrarbakgrund är den grupp som idrottar i minst utsträckning (CIF 2015).

Matvanor

De nordiska näringsrekommendationerna har sammanställts av över hundra ledande experter och forskare. De innehåller rekommendationer om att äta mer av bland annat frukt, bär, grönsaker och baljväxter och begränsa intaget av bland annat livsmedel och drycker med tillsatt socker.[73] Livsmedelsverket har gjort en litteratursammanställning från år 2000 och framåt om sambanden mellan socioekonomisk position och matvanor med fokus på svenska förhållanden (Livsmedelsverket 2016). I rapporten konstateras att det finns en positiv association mellan hög socioekonomisk position och mer hälsosamma matvanor[74] som delvis kan förklara skillnader i sjukdomsförekomst och dödlighet mellan olika socioekonomiska grupper. Föräldrarnas, speciellt mammans, utbildning har betydelse för barnens matvanor. Matvanor påverkas i stor utsträckning av kostnader, de med lägre inkomster tenderar att äta mer av energitäta, näringsfattiga livsmedel och mindre av hälsosamma livsmedel som t.ex. grönsaker och fisk. I den nationella folkhälsoenkäten ställs bland annat frågor om konsumtion av frukt och grönsaker. Resultaten visar att det finns skillnader i konsumtion utifrån utbildningsnivå. Jämfört med personer med enbart förgymnasial utbildning är de med eftergymnasial utbildning tre till fyra gånger så benägna att äta grönsaker (oftare än en gång per dag). För frukt ses liknande men inte lika stora skillnader.

Att äta för mycket socker är skadligt för hälsan och enligt Livsmedelsverket bör särskilt drycker med tillsatt socker undvikas. Drycker med tillsatt socker leder inte till samma mättnadskänsla som fast mat, vilket ökar risken att få i sig för mycket. Ändå dricker 21 procent av alla kvinnor och 35 procent av alla män i Sverige sock-

[73] livsmedelsverket.se
[74] Rapporten sammanställer olika undersökningar med olika metoder för att mäta hälsosamma matvanor, till exempel beräknat intag av näringsämnen eller nivå av näringsämnen i blodet.

rade drycker minst två gånger i veckan. Personer med högst förgymnasial utbildning (36 procent) dricker sockrade drycker oftare än personer med eftergymnasial utbildning (22 procent) och det är vanligare bland personer med arbetaryrken än bland tjänstemän.

Stress- och sömnstörningar

Stress kan beskrivas som en obalans mellan de krav som ställs på oss och vår förmåga att hantera dem. Stress och sömnstörningar har visat sig nära kopplade till en rad psykiska besvär och psykiatriska tillstånd som utmattningssyndrom och depression. Stress kan ge upphov till såväl nedsatt psykiskt välbefinnande som värk. Akut och kronisk stress brukar särskiljas där den senare är särskilt kopplad till sjukdomsrisk. Låg socioekonomisk position är framför allt kopplad till kronisk stress, dels på grund av en mer utsatt livssituation och dels på grund av lägre tillgång till sociala och psykologiska resurser för att hantera stress av olika slag. Långvarig stress kan bland annat leda till försämrad prestationsförmåga, kronisk trötthet, olust, minnesstörningar och sömnproblem. Därtill är stress en oberoende riskfaktor för somatisk sjukdom och död, särskilt vad gäller att insjukna och dö i hjärtinfarkt (Steptoe och Kivimäki 2013). Stressrelaterade besvär har blivit vanligare och fler människor upplever sitt arbete som stressigt och psykiskt ansträngande. Stress är också den vanligaste orsaken till sjukskrivning (Försäkringskassan 2016b). Allra störst risk att sjukskrivas för stress löper kvinnor som arbetar i kvinnodominerade yrken.

En viktig orsak till kronisk stress är bristande återhämtning för vilket sömnen är en central faktor. Sömnstörningar är således nära kopplat till stress och drabbar en tredjedel av befolkningen. En nyligen publicerad forskningsöversikt visar att bristande sömn är betydligt vanligare bland dem med lägre socioekonomisk position och sannolikt en betydelsefull bidragande faktor till sociala skillnader i hälsa (Jackson et al. 2015).

4.6.2 Inriktning för att främja jämlika förutsättningar att etablera hälsosamma levnadsvanor

Kommissionens bedömning:
En god och jämlik hälsa inom området levnadsvanor uppnås genom främjande av människors handlingsutrymme och möjligheter till goda levnadsvanor. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet inriktas på att stärka människors möjligheter att etablera hälsosamma levnadsvanor. Åtgärder bör så långt som möjligt ta hänsyn till hur olika sociala grupper påverkas av insatser på området. I annat fall riskerar åtgärder att befästa eller i värsta fall öka ojämlikheten. Kommissionen är positiv till att den nationella strategin på ANDT-området för åren 2016 till 2020 innehåller ett tydligt mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation.

Ett strategiskt arbete på området levnadsvanor bör utgå från nedanstående punkter. Arbetet bör både syfta till att stärka människors egna möjligheter att etablera hälsosamma levnadsvanor (första och andra punkten) och till att komplettera med resurser när dessa möjligheter är begränsade (sista punkten). Åtgärder bör vidtas för att:

- begränsa tillgängligheten till hälsoskadliga produkter,
- öka tillgängligheten till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter och
- stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med levnadsvanor i välfärdens organisationer, till exempel skola och hälso- och sjukvård, för att utjämna sociala skillnader i hälsa.

I kapitlets inledande resonemang kring olika typer av insatser pekade vi på två huvudtyper av åtgärder, nämligen sådana som inriktas på att stärka människors egna möjligheter att agera och generera resurser, och sådana som är inriktade på att komplettera och addera resurser där människors egna inte räcker till. När det gäller att minska ojämlikhet i hälsa genom att minska de negativa effekterna av olika levnadsvanor och förstärka de positiva kan båda dessa typer av åtgärder användas. När det gäller att stödja människors eget handlande för att främja goda levnadsvanor och förebygga sådant som är sämre för häl-

san ligger ett starkt fokus på tillgänglighet av olika slag för att underlätta hälsosamma beteenden.

Att *begränsa tillgängligheten till hälsoskadliga produkter* är en förebyggande åtgärd. Bestämmelser för hur, när och till vem varor såsom alkohol och tobak får säljas är ett klassiskt sätt att skapa samhälleliga förutsättningar för att minska bruk, och i synnerhet riskbruk. Ett annat beprövat instrument för att styra människors handlande mot att konsumera mindre alkohol och tobak är prissättningen, dvs. att med punktskatter få upp priset. Detta har i olika internationella studier visats vara det som i första hand påverkar socioekonomiska skillnader i bruk. Ett tredje sätt är att reglera var och när man får bruka alkohol och tobak.

Samtidigt kan samhälleliga förutsättningar för goda levnadsvanor också främjas genom att *öka tillgängligheten till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter.* Även här handlar det om både fysisk och ekonomisk tillgänglighet. Grönområden, idrottsanläggningar och matserveringar kan påverkas via stadsplanering, och konsumtionen av hälsosamma matvaror som frukt och grönsaker kan ökas med riktade subventioner.

Att komplettera eller addera resurser genom att *stärka samhällets välfärdstjänster* kan handla om såväl främjande som förebyggande insatser. Exempel på hälsofrämjande arbete inkluderar bl.a. kvaliteten på maten och måltidens roll som en del av arbetet inom skolväsendet och hälso- och sjukvården, men även att arbeta med rörelse och fysisk aktivitet inom dessa verksamheter. Exempel på mer förebyggande arbete är screening för riskkonsumtion bland blivande mödrar och småbarnsföräldrar inom mödra- och barnhälsovården. Flera av de förslag som rör levnadsvanor och riktar sig mot samhällets välfärdstjänster finns presenterade i andra avsnitt (se särskilt avsnitt 4.1, 4.2 och 4.8).

Inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet (ANDT) finns sedan 2011 en strategi för regeringens arbete där målet är ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk (skr. 2015/16:86). I korthet bygger strategin på ambitionen att jämlikhets- och jämställdhetsperspektiven ska genomsyra ANDT-arbetet mot bakgrund av regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Strategin innehåller sex mål som tillsammans ska bidra till att uppnå det övergripande målet.

Målen handlar om att 1) minska tillgången, 2) reducera antalet som utvecklar skadligt bruk bland unga och äldre, 3) mer individanpassat stöd till dem som utvecklat beroende, 4) minska antalet dödsfall samt, 5) att verka för en folkhälsobaserad syn på ANDT inom EU och internationellt.

Strategin tar tydligt utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer och betonar att ett strukturerat, långsiktigt, målinriktat, tvärprofessionellt och sektorsövergripande arbete på samhällets alla nivåer krävs för att nå målet. Inom ramen för arbetet med ANDT-strategin har regeringen även ställt sig bakom målet om ett Rökfritt Sverige 2025, ett opinionsbildningsprojekt som syftar till att kraftigt minska rökningen till 2025. Kommissionen är positiv till det arbete som bedrivs inom ramen för strategin och pekade i sitt andra delbetänkande (SOU 2017:4) på just ANDT-strategin som förebild i vårt förslag att ta fram liknande strategier även på övriga av Kommissionen utpekade målområden.

Begränsa tillgängligheten till hälsoskadliga produkter

Att begränsa tillgängligheten till hälsoskadliga produkter som alkohol, tobak och livsmedel med hög sockerhalt kan åstadkommas på olika sätt. Prishöjningar är ett instrument som visat sig framgångsrikt för att minska hälsoklyftorna. Forskning tyder på att prisförändringar är särskilt effektivt på grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar (Blakely et al. 2015; Folkhälsomyndigheten 2015; Pisinger et al. 2011). Att begränsa tillgången till skadliga produkter genom prisökning bedöms därför som särskilt effektivt för att utjämna ojämlikhet i hälsa. En prishöjning på hälsoskadliga varor måste givetvis kompletteras med stödjande åtgärder för rökavvänjning eller behandling av alkoholberoende för individer som trots viljan har svårt att sluta på egen hand. Sådana åtgärder handlar om att komplettera med resurser när individers egna inte räcker.

Sedan 2012 omräknas skatten på tobak med konsumentprisindex (KPI) i syfte att realvärdesäkra skattesatserna.[75] År 2015 höjdes skatten på tobak utöver den årliga omräkningen för cigaretter, cigaril-

[75] Mellan 1994 och 1998 justerades punktskatten på alkohol och tobak med KPI-utvecklingen. Fr.o.m. 2012 justeras återigen punktskatten på samtliga tobaksprodukter med KPI-utvecklingen.

ler och röktobak med 6 procent (Finansdepartementet 2014). Kommissionen ställer sig positiv till den reala prisökning som det innebar. Ökad smuggling framförs ibland som en oönskad konsekvens av höjda tobaksskatter, ett samband som det finns få belägg för (Statens folkhälsoinstitut 2010b). Kommissionen ställer sig i allt väsentligt bakom de åtgärder mot smuggling som presenteras i Tobaksutredningen (SOU 2016:14) och bedömer risken att måttligt höjd tobaksskatt påverkar smugglingen som låg.

Till skillnad från tobaksområdet omräknas inte skatterna på alkohol årligen med KPI. Fram till 1998 indexerades punktskatten årligen med förändringen med KPI men togs därefter bort. Därefter har punktskatten på alkohol höjts vid fyra tillfällen (2008, 2014, 2015 och 2016). Den senaste höjningen trädde i kraft den 1 januari 2017 och innebar en ökning på 1 procent på sprit och 4 procent på öl och vin. Alkoholskatten utgör ett viktigt alkoholpolitiskt instrument och Kommissionen är positiv till användandet av höjd punktskatt för att minska alkoholkonsumtionen.

Alkoholpolitik, skattenivåer och konsumtionsmönster i Sverige påverkas av omvärldens sätt att hantera alkoholfrågan. Undersökningar tyder på att Europa är den del av världen där alkoholbruket leder till den största sjukdomsbördan och flest antal dödsfall (WHO 2014; Ramstedt 2004). WHO:s ramkonvention för tobaksförebyggande åtgärder kan tjäna som inspiration för ett motsvarande europeiskt arbete inom alkoholområdet.

Att använda prissättningen för att begränsa tillgängligheten till vissa hälsoskadliga livsmedel skulle sannolikt också motverka ojämlikheten i hälsa. I en rapport från WHO:s europaregion (WHO 2014) bedöms att skatteförändringar på ohälsosamma livsmedel är effektiva och har gynnsamma effekter på jämlik hälsa. I en rapport utifrån en global kontext pekar WHO (2015b) specifikt på att det finns klara bevis för att en skatt på sockrade drycker leder till minskad konsumtion. Även här påpekas att prisförändringar särskilt påverkar konsumtionen (och därmed hälsan) hos socioekonomiskt svaga grupper.

Tillgängligheten till ohälsosamma livsmedel kan också begränsas fysiskt. I detta sammanhang vill Kommissionen peka på vikten av att samarbeta med civilsamhället. Exempelvis kan konsumentorganisationer, patientföreningar och föräldraorganisationer i samverkan med kommunala aktörer ta initiativ till att lyfta frågor om

t.ex. överexponering vid utgångskassor. Kampanjer mot att placera godishyllor vid kassorna i livsmedelsbutiker är ett bra exempel på liknande samverkan som underlättar för individen att göra hälsosamma val.

Även exponeringen av tobaksprodukter kan begränsas i samma syfte. Exponeringsförbud av tobaksrelaterade produkter är ett av Tobaksutredningens (SOU 2016:14) förslag för att minska konsumtionen. Kommissionen bedömer att ett exponeringsförbud är ett effektivt sätt att begränsa tillgången och underlätta för människor att göra mer hälsosamma val.

Slutligen är begränsningar i var det är tillåtet att bruka till exempel alkohol och tobak ytterligare en metod för att minska användningen och dess skadeverkningar. I dag finns flera begränsningar för var tobaksrökning och konsumtion av alkohol är tillåtet och i Tobaksutredningen föreslås ytterligare rökförbud på gemensamma utrymmen (SOU 2016:14). När förbud mot tobaksrökning infördes på till exempel restauranger visade det på positiva hälsoeffekter för bl.a. personalen (se t.ex. Bharadwaj et al. 2014). Utökade begränsningar av alkoholkonsumtion på platser och tillfällen (till exempel på idrottsevenemang) skulle sannolikt minska risken för alkoholrelaterade skador och ha en positiv effekt på folkhälsan.

Öka tillgängligheten till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter

Utöver att begränsa tillgången till hälsoskadliga produkter finns det ett behov att öka tillgängligheten till hälsofrämjande produkter, miljöer och aktiviteter för att främja ökad fysisk aktivitet och hälsosamma kostvanor. Även detta kan ske med både ekonomiska medel och fysisk planering. WHO har framhållit att sänkt skatt på frukt och grönsaker skulle bidra till att öka konsumtionen och att det, på samma sätt som med en punktskatt på socker, har störst inverkan på socioekonomiskt mindre gynnade grupper (WHO 2015b).

Tillgänglighet till promenadstråk, cykelvägar och grönområden kan sänka trösklarna till fysisk aktivitet i vardagen. Tillgången till fysisk aktivitet behöver även bli mer jämlik. Detta gäller till exempel föreningsidrott, där det finns en socioekonomisk skillnad i vilka barn och unga som idrottar på fritiden. Eftersom det statliga lokala aktivitetsstödet och många andra föreningsbidrag fördelas efter antalet

deltagare förstärks dessa skillnader ytterligare. Centrum för idrottsforskning (CIF 2015) har visat att bidragen till största del tillfaller socioekonomiskt starka områden. Kommissionen vill därför framhålla vikten av en jämlik fördelning av resurserna för att utjämna hälsoskillnaderna. Riksidrottsförbundet har här en central roll att bredda rekryteringen till den frivilliga idrotten och nå grupper av unga där nivån av fysisk inaktivitet är hög. I vissa fall är antalet platser till en idrottsverksamhet begränsat vilket leder till antagningssystem som riskerar att missgynna barn och unga med svag socioekonomisk position. Anmälningssystem som bygger på såväl kötid som principen först till kvarn är beroende av föräldrars resurser och förstärker ojämlikheten i tillgång till fritidsaktiviteter. I avsnitt 4.7 diskuteras ett mer jämlikt deltagande i civilsamhällets organisationer.

Stärk välfärdens hälsofrämjande och förebyggande arbete med levnadsvanor för att utjämna sociala skillnader i hälsa.

När människors egna resurser att göra hälsosamma val inte räcker till är det välfärdens uppgift att kompensera för skillnader i handlingsutrymme och möjligheter bland befolkningen. Eftersom levnadsvanor baseras på inlärda beteenden som ofta grundas redan i unga år vill Kommissionen särskilt lyfta välfärdstjänster som riktar sig mot barn och unga. Här spelar till exempel skolväsendet och barn- och ungdomshälsovården stor roll. Av samma anledning är även mödrahälsovård och stöd till föräldrar viktiga insatser för att minska ojämlikhet i hälsa. I avsnitt 4.1 föreslås att en utredning tillsätts för att utforma en sammanhängande barn-, elev- och ungdomshälsovård för att underlätta både främjande och förebyggande arbete.

Främjande

Kommissionen vill särskilt betona skolans viktiga roll. I och med att alla barn går i skolan har skolan stora möjligheter att minska sociala skillnader i resurser och handlingsutrymme. Nedan beskrivs skolans roll för att främja just hälsosamma levnadsvanor. Skolans betydelse som arena för en mer jämlik hälsa diskuteras mer utförligt i avsnitt 4.2.

Vi har tidigare beskrivit hur fysisk aktivitet skiljer sig mellan sociala grupper. Utöver detta visar en nyligen genomförd undersökning att svenska barn rör sig mindre än i övriga nordiska länder, omkring 68 procent av barn i åldrarna 7 till 12 år är inaktiva i Sverige (Matthiessen et al. 2016). Bunkefloprojektet visar tydligt vilka positiva effekter fler timmar i idrott och hälsa kan medföra. I projektet fick en studiegrupp av elever (födda åren 1991 och 1992) 45 minuters fysisk daglig aktivitet från det att de började grundskolan till och med årskurs 9. Elevernas utveckling följdes och jämfördes med en kontrollgrupp som fått idrottsundervisning vid två tillfällen i veckan. Resultaten visade att daglig idrott inte bara förbättrade barnens motorik utan också deras skolprestationer (Ericsson och Karlsson 2012). Ytterligare studier visar att ökad fysisk aktivitet har en positiv effekt på ungdomars självkänsla (t.ex. Liu et al. 2015).

I november 2016 gav regeringen Skolverket i uppdrag att ”se över behovet av mer rörelse under skoldagen och lämna förslag som syftar till mer rörelse under skoldagen för alla elever i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan” (U 2016/04956/S). Uppdraget innefattar att: 1) redovisa relevant forskning på området, 2) beskriva i vilken omfattning kommuner redan i dag erbjuder daglig fysisk aktivitet under skoldagen och 3) analysera vilka åtgärder som behövs för att alla elever ska erbjudas mer rörelse under skoldagen och komma med förslag som syftar till detta. Förändringar i eller tillägg i läroplan och andra förordningar, som avser ett ansvar för skolan att i utbildningen inkludera inslag som leder till ökad rörelse bland eleverna, ska övervägas.

Skolan har även en viktig roll när det gäller främjande av goda kostvanor. Skolverket lyfter till exempel upp fördelarna med schemalagda luncher. Stressen kring måltiden minskar när den inte är kopplad till en rast. Skollunchen är betydelsefull för elevernas möjligheter att ta till sig undervisningen och skolledningen har ett ansvar för att skapa hälsosamma attityder kring måltiden (se även avsnitt 4.2).

Förebyggande

I det förebyggande arbetet har hälso- och sjukvården en viktig roll i mötet med patienter som behöver stöd i sina levnadsvanor. Det framgår inte minst i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjuk-

domsförebyggande metoder där samtal om mat, rökning, riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet är viktiga delar. Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ger god kunskap i effektiva samtalsmetoder för vården (Socialstyrelsen 2011b). Hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser vad gäller levnadsvanor bör dock stärkas ytterligare (se vidare avsnitt 4.8).

Barn påverkas i stor utsträckning av sina föräldrars levnadsvanor. På kort sikt utsätts många barn för till exempel miljötobaksrök och alkoholens skadliga effekter. På lång sikt är föräldrars levnadsvanor avgörande för vilka attityder och vanor barnet själv utvecklar. Att vara nybliven förälder innebär för många en öppenhet mot att förändra sina levnadsvanor. Insatser från välfärdens organisationer för att förebygga ohälsosamma levnadsvanor riktas därför med fördel mot föräldrar. I avsnitt 4.1 beskrivs hur mödrahälsovårdens alkoholscreening och motiverande samtal riktat mot gravida kvinnor har gett goda resultat för barnens hälsa.

4.6.3 Förslag för att främja jämlika förutsättningar att etablera hälsosamma levnadsvanor för hela befolkningen

Levnadsvanor har koppling till många av de andra målområden som Kommissionen föreslår. Utöver förslagen som följer i detta avsnitt föreslås i övriga avsnitt flera åtgärder som syftar till att ge människor jämlika förutsättningar att etablera hälsosamma levnadsvanor. Dessa presenteras i tabellen nedan.

Tabell 4.2 Förslag från andra målområden med anknytning till levnadsvanor

Målområde	Förslag
Det tidiga livets villkor	Kommissionen rekommenderar landsting att verka för att personalen inom mödra- och barnhälsovården har tillräckliga kompetenser och förutsättningar för att identifiera ohälsosamma levnadsvanor.
	Regeringen bör utreda hur en sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård kan skapas.
Kunskaper, kompetenser och utbildning	Skolhuvudmännen bör utveckla skolan som hälsofrämjande arena genom att arbeta främjande och förebyggande med gemenskap och trygghet, måltiden som en del av undervisningen, daglig fysisk aktivitet och rörelse.
	Skolhuvudmännen bör använda skolan som en arena för att introducera fritidsaktiviteter och föreningsliv för barn och unga.
En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård	Landstingen bör stärka och skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete dels vad gäller rådgivning till patienter om levnadsvanor, dels uppsökande insatser till vuxna befolkningsgrupper i vissa åldersgrupper såsom i Västerbotten.

Förslagen i tabellen motiveras och utvecklas i respektive avsnitt.

I det följande presenteras ett antal åtgärder inom målområdet levnadsvanor. Dessa är framtagna mot bakgrund av lägesbeskrivningen och inom ramen för den ovan föreslagna inriktningen men är på intet sätt heltäckande. Kommissionen har valt att fokusera på tobaksrökning, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och matvanor eftersom dessa levnadsvanor tillsammans anses ligga bakom 80 procent av alla hjärtsjukdomar och stroke, såväl som 30 procent av alla cancerfall (Socialstyrelsen 2011b). Åtgärdsförslag gällande dessa fyra levnadsvanor är en viktig startpunkt i det strategiska arbetet, men åtgärdsinriktningen är inte begränsad till dessa.

Tobaksrökning

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- höja skatten på tobak regelbundet utöver justeringen för konsumentprisindex (KPI),
- införa exponeringsförbud av tobaksrelaterade produkter liksom ett utvidgat rökförbud på vissa allmänna platser i enlighet med förslag i SOU 2016:14.

Det enskilt mest effektiva sättet att förebygga tobaksrökning är sannolikt att höja skatten på tobaksrelaterade produkter. Vi har tidigare visat att en ökning av priset bedöms som särskilt effektivt för att motverka rökning hos grupper med lägre socioekonomisk position. Genom att höja skatten utöver den årliga justeringen säkerställs en gradvis realprishöjning, en åtgärd som rekommenderats av WHO (2003) med flera (se t.ex. Statens folkhälsoinstitut 2010).

Regeringen har tagit flera viktiga steg i arbetet för att minska tobaksbruket. I maj 2016 antog riksdagen en ändring av tobakslagen (SFS 2016:353). Ändringen innebär ett genomförande av EU:s tobaksdirektiv (dir. 2014/40/EU). Direktivet reviderades med anledning av WHO:s ramkonvention för tobaksförebyggande åtgärder och syftar till att effektivisera det tobaksförebyggande arbetet. Den nya lagen innehåller bland annat regleringar kring försäljning av cigaretter och andra tobaksrelaterade produkter, med krav på hälsovarningar och rapporteringsskyldighet för tobaksindustrin. Lagändringen baserades på Tobaksdirektivsutredningens delbetänkande (SOU 2015:6). I samma utrednings slutbetänkande (SOU 2016:14) föreslås ytterligare åtgärder för att minska användningen av och illegal handel med tobak.[76] Mot bakgrund av den ovan presenterade åtgärdsinriktningen vill Kommissionen särskilt lyfta utredningens förslag om exponeringsförbud och utvidgat rökförbud på vissa allmänna platser som viktiga för att minska tobaksrökning (SOU 2016:14).

Exponeringsförbudet innebär att det ska vara förbjudet att förvara tobaksvaror och deras förpackningar synliga för kunder på försäljningsställen. Utredningen hänvisar till ett flertal studier som

[76] Slutbetänkandet remitterades under 2016.

visar att exponering av tobaksprodukter har liknande effekter som marknadsföring. Exponering av tobaksprodukter ökar tobaksrökningen, både vad gäller antalet individer som röker och hur mycket de röker. I länder där exponeringsförbud införts syns en minskning i rökningen. Framför allt för unga minskar ett exponeringsförbud risken att börja röka.

Tobaksutredningens förslag till ett utvidgat rökförbud på vissa allmänna platser omfattar uteserveringar, entréer till lokaler och andra allmänna utrymmen, t.ex. utomhusområden som är avsedda för den som reser med färdmedel i inrikes kollektivtrafik, inhägnade platser utomhus huvudsakligen avsedda för idrottsutövning samt lekplatser som allmänheten har tillträde till. Den omedelbara tillsynen föreslås utövas av kommunen. I dag finns möjlighet att avvisa en person som trots tillsägelse röker på en plats där rökning inte är tillåten. Denna möjlighet föreslås utvigdas även till de allmänna platser som ingår i det utvidgade rökförbudet. Att utöka rökförbudet motiveras främst av att ingen ofrivilligt ska behöva utsättas för passiv rökning (miljötobaksrök). Det finns enligt en undersökning gjord av Folkhälsomyndigheten ett starkt stöd bland allmänheten för ett utökat förbud i vissa avseenden.[77]

Alkoholkonsumtion

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- överväga att återinföra årlig indexering av punktskatten på alkohol kopplat till konsumentprisindex (KPI),
- ta initiativ till ett europeiskt arbete för en ramkonvention för att begränsa alkoholens skadeverkningar.

Utifrån det resonemang som förts tidigare bedöms prisverktyget som effektivt för att komma åt ojämlikhet i hälsa. Flertalet studier visar att det främst är grupper med låg socioekonomisk position och hög

[77] Enligt en undersökning gjord av Folkhälsomyndigheten anser 8 av 10 att offentliga entréer bör göras rökfria enligt lag och 6 av 10 anser att samma förbud bör gälla på uteserveringar. En fjärdedel av personer med hemmavarande barn upplever att det är svårt att skydda sina barn från miljötobaksrök utomhus (SOU 2016:14).

alkoholkonsumtion som minskar sin konsumtion vid prishöjningar. Trots att alkoholskatten höjts vid flera tillfällen sjönk realpriset på alkoholhaltiga drycker mellan 1998 och 2015. Kommissionen bedömer att en indexering av alkoholskatten efter KPI ligger väl i linje med svensk alkoholpolitik och motverkar en realprissänkning av alkohol på sikt. Indexering av alkoholskatten utesluter inte ytterligare engångshöjningar.

Den ojämlika fördelningen av alkoholens skadeverkningar måste ses i ett större sammanhang och svensk alkoholpolitik påverkas i stor utsträckning av omvärlden, kanske allra främst av EU. Europaregionen har högst alkoholrelaterad dödlighet och skadeverkningar av alkohol i världen (WHO 2014). Eftersom Svensk alkoholpolitik påverkas av omvärlden bör arbetet inom Sveriges gränser kompletteras med ett initiativ till en europeisk diskussion, i första hand genom WHO:s europaregion och EU, kring en ramverkskonvention för kontroll av alkoholens skadeverkningar.

Fysisk aktivitet och matvanor

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- verka för att öka den fysiska aktiviteten i skolan genom att införa fler timmar idrott och hälsa,
- överväga att utforma en punktskatt på sockrade drycker.

Kommunerna bör

- utforma utomhusmiljöer på ett sådant sätt att fysisk aktivitet stimuleras. Detta innebär t.ex. att underlätta för cyklister och gångtrafikanter samt säkerställa tillgång till grönområden och idrottsanläggningar.

Skolhuvudmännen bör

- verka för att i sina skolenheter införa regelbundna fysiska övningar för att bryta stillasittandet och fler pulshöjande aktiviteter under skoldagen.

Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket (2017) har på regeringens uppdrag tagit fram ett underlag och förslag till åtgärder för att främja hälsa som är relaterad till matvanor och fysisk aktivitet vilket de redovisade i maj 2017. Myndigheterna pekar på vikten av att insatserna behöver vara långsiktiga och riktas både till individer och till deras sociala och fysiska miljö. Från berörda aktörer har det under arbetets gång framförts behov av ett sammanhållet nationellt arbete. Regeringen har därmed fått ett omfattande underlag att ta ställning till. Kommissionen väljer också att lyfta några åtgärder inom detta område.

Fler lektioner i idrott och hälsa är den bästa garanten för att ökad rörelse i skolan kommer alla elever till del. Det är också främst under lektioner i idrott och hälsa som aktiviteten är av nödvändig intensitet för att bidra till att elever uppnår allmänna rekommendationer om daglig fysisk aktivitet (Fröberg et al. 2017). Det är samtidigt angeläget att utveckla kunskapen ytterligare om hur undervisningen kan utformas så att den verkligen når de med störst behov.

Skolämnet idrott och hälsa syftar bland annat till att eleverna ska ”ges förutsättningar att utveckla goda levnadsvanor samt ges kunskaper om hur fysisk aktivitet förhåller sig till psykiskt och fysiskt välbefinnande” (Skolverket 2011b). Att införa fler timmar av idrott och hälsa utesluter inte att stimulera till mer rörelse i skolan även på andra sätt. Lärare och skolledning kan med relativt små medel införa mindre rörelseelement som regelbundet bryter stillasittandet i undervisningen. Vidare menar Kommissionen att det finns behov av fler pulshöjande aktiviteter under skoldagen. Sådana aktiviteter kan behöva läggas in i schemat för att säkerställa att de kommer alla elever till del men behöver inte vara föremål för bedömning eller betygsgrundande.[78]

Mot bakgrund av WHO:s slutsatser som presenteras i avsnitt 4.6.2 (WHO 2014; WHO 2015b) är Kommissionens bedömning att en sockerskatt skulle ha positiva effekter för en god och jämlik hälsa. Sannolikt är en punktskatt på sockrade drycker mest effektivt.

[78] Att bryta stillasittandet kan innebära allt från att införa moment där klassen helt enkelt ställer sig upp till gemensamma kortare promenader under längre lektioner. Pulshöjande aktiviteter syftar till att öka inslag av mer intensiv fysisk aktivitet utöver fler timmar av idrott och hälsa. Gemensamma schemalagda inslag av rörelse sänker trösklarna för elever att röra sig i vardagen.

En utomhusmiljö som underlättar fysisk aktivitet måste komma alla medborgare till del. Åtgärder som förbättrar stadsplaneringen i detta hänseende bör verka för att utjämna skillnader mellan olika boendeområden och individer med olika fysiska förutsättningar såsom t.ex. personer med funktionsnedsättning och äldre. I avsnitt 4.5 diskuteras vikten av boende och en god närmiljö för jämlik hälsa.

4.7 Kontroll, inflytande och delaktighet

Kontroll, inflytande och delaktighet är ett av Kommissionens föreslagna målområden för att uppnå en god och jämlik hälsa (SOU 2017:4). Området föreslås dels som ett eget målområde, men frågor om kontroll, inflytande och delaktighet bör vara ett perspektiv som även ska genomsyra övriga målområden.

I Kommissionens första delbetänkande (SOU 2016:55) beskrivs hur kontroll över sitt eget liv, tillit till andra, inflytande och delaktighet i samhället är faktorer som samverkar med villkor och möjligheter inom andra centrala områden med konsekvenser för hälsan. En högre grad av *kontroll* i livet kan uppnås med bättre ekonomiska möjligheter som ger fler handlingsalternativ i olika situationer. Kontroll eller makten att påverka sitt liv i den riktning man önskar är centralt inom välfärdsforskning liksom enligt Sen (2009).[79] Graden av kontroll kan i sin tur påverka hälsan genom att de faktiska livsvillkoren kan hanteras bättre, men också för att slippa oro och stress över t.ex. en oväntad större utgift.[80] Men även i arbetslivet kan en högre grad av kontroll över hur arbetet genomförs och läggs upp vara avgörande (Karasek och Theorell 1990).

Inflytande och delaktighet handlar om att ingå i olika sociala sammanhang, men också om möjligheten att göra sin röst hörd och påverka dessa. Att i mer formella sammanhang i samhället, på arbetsplatsen eller skolan ha kanaler och möjligheter att hävda sin åsikt och sina intressen är viktigt, även om det inte leder till att de beslut som tas blir som önskat. Formella och informella möjligheter att påverka

[79] Resurser med vars hjälp individen kan styra sitt eget liv är som tidigare nämnts utgångspunkten för svensk välfärdsforskning, och Sen talar om att individen ska ha möjlighet att leva det liv man har anledning att värdera. Ju fler reella valmöjligheter (eller *capabilities*) desto större frihet, enligt Sen (2009).

[80] Tänk en person utan ekonomiska marginaler som använder cykel för att komma till sitt arbete, men får cykeln stulen. Den var inte försäkrad, personen har inte råd att köpa en ny och måste åka buss i stället. Men bussen kostar pengar och tar längre tid, så den här personen måste dra in på andra utgifter. Dessutom går mer tid åt för resor så barnet får vara på förskolan längre tid. För en annan person i samma livssituation men med god ekonomi är utgiften för en ny cykel irriterande men överkomlig. Denna person överväger att ta bussen, men föredrar att köpa en ny cykel. Den faktiska utgiften för den nya cykeln blev också lägre eftersom försäkringen täckte mer än halva kostnaden. Negativa effekter på hälsan uppkommer för den första personen genom längre dagar och indrag på annan viktig konsumtion, men också genom att bristen på reella möjligheter att kontrollera och påverka sitt liv (se Kristenson 2017a).

ger i sig fler val- och handlingsalternativ, vilket både har ett egenvärde och bidrar positivt till hälsa och välbefinnande. Detsamma gäller att vara delaktig i olika sociala sammanhang, i arbetslivet, i civilsamhället liksom i samhället i stort.

Forskning visar också att det finns tydliga kopplingar mellan dessa faktorer och social position. Personer med lägre socioekonomisk position erfar oftare sämre kontroll och inflytande över sina egna livsvillkor, över utvecklingen av samhället i stort samt upplever oftare mindre gemenskap och delaktighet. Dessa samband beror både på materiella faktorer som att ha ett arbete eller kunna leva på sin inkomst och på olika psykosociala faktorer. Hur dessa faktorer hänger samman med en god och jämlik hälsa beskrivs mer utförligt i Kommissionens underlagsrapport om betydelsen av psykosociala faktorer för en jämlik hälsa (Kristenson 2017a).

Kommissionen utgår således från att kontroll, inflytande och delaktighet utgör centrala resurser för en god och jämlik hälsa och att detta har sin grund i individers handlingsutrymme. Sambandet går även åt det andra hållet; en god och jämlik hälsa kan bidra till ökad och mer jämlik kontroll, inflytande och delaktighet och ett ökat handlingsutrymme. Dessa centrala skyddsfaktorer kan påverkas på olika nivåer i samhället.

Det kan handla om inflytande och delaktighet i samhället; i demokratiska processer som val och i det civila samhället. Vidare kan det handla om kontroll, inflytande och delaktighet i det dagliga livet i t.ex. skolan, på arbetsplatsen, i bostadsområdet och i rollen som brukare av olika offentliga tjänster, som t.ex. hälso- och sjukvården. Det kan vidare handla om gemenskap i sociala nätverk och relationer i privat- och vardagsliv.[81]

Resurser i form av kontroll, inflytande och delaktighet samt handlingsutrymme kan – utöver att det skiljer sig åt på grund av socioekonomiska faktorer – också begränsas av diskriminering, våld, hot och andra typer av kränkningar av individer och grupper. De kan också begränsas av personliga faktorer som kognitiva förmågor och funktionsförmåga. Insatser krävs därmed både för att *främja* kontroll, inflytande och delaktighet och för att *motverka* faktorer som inverkar

[81] Det befintliga målområdet i dagens folkhälsopolitik med bäring på dessa frågor benämns ”Delaktighet och inflytande i samhället”, vilket antyder ett något snävare fokus än det som Kommissionen föreslår. Faktorer som t.ex. tillit och sociala nätverk och dess betydelse har dock behandlats även tidigare.

negativt på kvinnor och mäns, flickor och pojkars, möjligheter att påverka sina egna liv och samhället i stort.

4.7.1 Lägesbeskrivning av skillnader i kontroll, inflytande och delaktighet

Som angetts ovan är kontroll över sitt eget liv, med tilltro till sin egen förmåga, tillit till andra, inflytande, gemenskap och delaktighet i samhället centrala områden för att uppnå jämlik hälsa och det finns tydliga kopplingar mellan dessa faktorer och individer och gruppers hälsoutveckling. Sannolikheten är större bland personer med lägre socioekonomisk position att uppleva sämre kontroll och inflytande över sina egna livsvillkor och utvecklingen av samhället i stort, samt mindre gemenskap och delaktighet. Dessa skillnader i kontroll, inflytande och delaktighet mellan olika grupper är påtagliga i Sverige. Detta belyser vi nedan med ett urval av indikatorer som brukar användas för att mäta kontroll, inflytande och delaktighet.

Deltagande i demokratiska processer

I 2014 års Demokratiutredning konstateras att demokratin i Sverige är djupt förankrad, men att det politiska inflytandet inte är jämnt fördelat. Utredningen pekar också på att klyftan mellan de som deltar och de som inte deltar har vidgats. De som är aktivt engagerade i civilsamhällesorganisationer och politiska partier är i huvudsak välutbildade och socioekonomiskt resursstarka personer. Vidare är tilltron till demokratin betydligt starkare bland de resursstarka, dvs. personer med hög utbildning och inkomst, än bland resurssvaga. Det konstateras även att valdeltagandet skiljer sig åt mellan olika socioekonomiska grupper. I exempelvis riksdagsvalet 2014 skilde sig valdeltagande mellan hög- och lågutbildade med cirka 15 procentenheter. Det fanns också betydande skillnader i valdeltagandet mellan inrikes och utrikes födda (SOU 2016:5). Demokratiutredningen beskriver att skiljelinjen mellan de *demokratiskt aktiva* och de *demokratiskt passiva* i stor utsträckning sammanfaller med andra sociala och ekonomiska klyftor i samhället. De som inte deltar i demokratins processer har lägre utbildning, lägre inkomst och en betydligt svagare förankring på arbetsmarknaden. Utredningen gör också kopplingen mellan jämlik

delaktighet och en god och jämlik hälsa och redogör för att vissa undersökningar visar att gruppen passiva lider av ohälsa i större utsträckning än den demokratiskt aktiva gruppen (SOU 2016:5).

Utöver deltagande i de formella demokratiska processer som valen utgör och i civilsamhället, kan deltagande ske genom olika typer av medborgardialog. Demokratiutredningen beskriver bl.a. att medborgardialogerna kan bidra till förankring och legitimitet för politiska beslut. När enskilda ges möjligheter att delta i de politiska beslutsprocesserna kan beslutsfattarna få ett bättre underlag inför beslut och en ökad förståelse för olika gruppers behov och intressen (SOU 2016:5). Det saknas en systematisk forskning av vilken effekt medborgardialoger har på demokratin. Demokratiutredningen menar dock att det generellt sett finns flera tecken på att medborgarna har fått en starkare röst i den lokala demokratin. Även när det gäller medborgardialoger finns det potentiella jämlikhetsproblem. Medborgardialogen som process är svår att överblicka och det blir oklart vilka röster som får komma fram och hur de kan göra avtryck. Det finns därför en risk att medborgardialoger leder till ökad politisk ojämlikhet. Forskning visar också att det oftast är personer från resursstarka grupper som deltar i medborgardialoger (Tahvilzadeh 2015).

Tillit

När det gäller *tillit till andra människor* visar en undersökning från SOM-institutet (Rothstein et al. 2016) att människor i Sverige i mycket hög grad uppfattar att andra människor i allmänhet är att lita på. SOM-institutet konstaterar att alla tillgängliga undersökningar visar att den mellanmänskliga tilliten i Sverige är bland den högsta i hela världen. I vilken utsträckning människor känner tillit varierar dock. Enligt undersökningen, gjord 2015, känner kvinnor något mer tillit till andra människor än män, (61 respektive 48 procent känner *hög tillit*), personer med hög utbildning mer än de med låg (73 respektive 47 procent), personer i högre tjänstemannahem mer än de i arbetarhem (76 respektive 50 procent) och personer som förvärvsarbetar mer än de som är arbetslösa (65 respektive 42 procent). Sammantaget är skillnaderna i nivå av tillit till andra människor relativt stora mellan grupper i olika socioekonomisk position. Det finns också skillnader mellan kvinnor och män, men de är mindre. Att

detta även hänger ihop med skillnader i hälsa visas också i undersökningen där skillnaden i tillit är stor mellan personer med olika självupplevd hälsa; 79 procent av de som bedömer sin hälsa som bra känner hög tillit jämfört med endast 33 procent av de som uppfattar sin hälsa som dålig (Rothstein et al. 2016).

SOM-institutet har även analyserat skillnader över tid när det gäller mellanmänsklig tillit (Holmberg och Rothstein 2015). Här konstateras stabila eller ökande gruppskillnader över tid. För flera av grupperna i en mer utsatt situation kan en ökad skillnad i förhållande till mer etablerade grupper iakttas. Detta beror i de flesta fall på att grupperna i utsatta positioner, exempelvis arbetslösa, personer med dålig hälsa och personer med sjuk- och aktivitetsersättning, har förlorat i mellanmänsklig tillit. Det gäller däremot inte utrikes födda.

En annan aspekt när det gäller tillit som Kommissionen bedömer som viktig, handlar om *tillit till institutioner*, inte minst till välfärdsinstitutioner. I de flesta länder där institutionerna är lagstyrda (där ”rule of law” råder) och där korruptionen är förhållandevis under kontroll är förtroendet för offentliga institutioner högt. Det finns också ett samband mellan förtroende för offentliga institutioner och generell tillit mellan människor, vilket är starkast i de nordiska länderna och Nederländerna (Trägårdh et al. 2013).

I den samhällsvetenskapliga forskningen är det till viss del omdebatterat i vilken utsträckning pålitliga offentliga institutioner bidrar till att skapa generell tillit mellan människor eller om det är samhällen med en hög grad av generell tillit människor emellan som lyckas skapa pålitliga offentliga institutioner (Bergh och Bjørnskov 2011; Rothstein 2003). I jämförelser mellan olika länder går det att finna ett samband mellan graden av ”rule of law” samt förmågan att bekämpa korruption och generell tillit. Men det kvarstår en skillnad mellan länder i generell tillit som inte enbart kan förklaras med hjälp av hur pass väl de offentliga institutionerna fungerar. På individnivå går det att i svenska data finna ett samband mellan förtroende för olika offentliga institutioner och generell tillit. Detta samband kvarstår även om det kontrolleras för utbildningsnivå, ålder och kön.

Tillit till välfärdsinstitutionerna har även koppling till hur väl dessa fungerar som en resurs i människors vardag. Innovationsrådet beskriver detta väl i sitt slutbetänkande och konstaterar att samhällsinstitutionerna inte alltid fungerar optimalt i detta avseende:

> Det offentliga är i dag inte i första hand organiserat för att möta behov i människors liv och i företags verksamheter, utan snarare utifrån historiskt betingade regelverk anpassade efter det offentligas behov. Omställningsarbetet att göra offentlig verksamhet mer inriktad på att möta dem verksamheten är till för har pågått under flera decennier men fortfarande upplever alltför många att det är komplicerat att vara i kontakt med det offentliga. Det kan vara en bidragande orsak till det vikande förtroendet för vissa samhällsinstitutioner.
>
> Värdet av offentlig verksamhet för den enskilde skapas inte genom att blanketter är lätta att fylla i, att webbtjänster fungerar bra eller att personalen är kompetent, även om var och en av dessa är viktiga komponenter. Värdet för den enskilde skapas när dennes mål eller delmål har uppnåtts, t.ex. när man tillfrisknat efter operationen, när alla tillstånd är klara och företaget är startat, när man fått ett jobb eller när produktionsanläggningen har byggts ut. (SOU 2013:40, s. 13)

Innovationsrådets resonemang ansluter till Kommissionens bedömning att tillit till institutioner sammanhänger med vilka resultat de levererar för medborgarna (se kapitel 3 och 5). Detta innebär att de olika förslag till utveckling av olika välfärdstjänster och institutioner som vi lägger inom andra målområden också potentiellt påverkar målområdet Kontroll, inflytande och delaktighet.

Social gemenskap: emotionellt och praktiskt stöd

I den årliga nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor[82] ingår bl.a. frågor om emotionellt och praktiskt stöd som indikatorer på området delaktighet. Frågan i den nationella folkhälsoenkäten om emotionellt stöd lyder: Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt? och frågan om praktiskt stöd lyder: Kan du få hjälp av någon/några personer om du behöver praktisk hjälp eller är sjuk? T.ex. få råd, låna saker, få hjälp med matinköp, reparationer etc.?

Totalt har andelen som uppger att de *saknar emotionellt stöd* konstant varit cirka 12 procent under perioden 2004 till 2016. Generellt är andelen som saknar emotionellt stöd högre bland män (14 procent) än bland kvinnor (9 procent) år 2016. Avsaknad av emotionellt stöd varierar i olika socioekonomiska grupper. Var fjärde arbetslös uppger 2016 att de saknar emotionellt stöd, medan motsvarande

[82] Resultaten från folkhälsoenkäterna finns tillgängliga på folkhälsomyndigheten.se

andel bland yrkesarbetande är 8 procent. Andelen är mer än dubbelt så hög bland låginkomsttagare (18 procent) som bland höginkomsttagare (8 procent). Vidare finns skillnader mellan utrikes respektive inrikes födda personer. För personer födda utanför Europa var andelen som 2016 uppgav att de saknar emotionellt stöd 21 procent och för personer födda i Sverige 10 procent. Generellt gäller att andelen män är högre än andelen kvinnor i alla grupper.

Även andelen som uppger att de *saknar praktiskt stöd* har varit konstant cirka 5 procent mellan 2004 och 2016. Män och kvinnor uppger i ungefär lika hög utsträckning att de saknar praktiskt stöd, medan det finns vissa skillnader i tillgången till praktiskt stöd efter ekonomisk situation och sysselsättning. Andelen som 2016 uppger att de saknar praktiskt stöd är fem gånger högre (11 procent) hos dem som har låg inkomst jämfört med dem som har hög inkomst (2 procent). Bland arbetslösa (12 procent) och sjukskrivna (16 procent) är andelen som uppger att de saknar praktiskt stöd tre respektive fyra gånger högre än bland yrkesarbetande (4 procent). Personer födda utanför Sverige uppger i högre utsträckning än inrikes födda att de saknar praktiskt stöd. Andelen är allra högst för personer födda utanför Europa, av vilka 15 procent år 2016 uppger att de saknar praktiskt stöd, jämfört med 4 procent bland inrikes födda.

Utsatthet för kränkande behandling/bemötande, våld eller hot om våld

Andelen personer i olika grupper som i den nationella folkhälsoenkäten uppger att de utsatts för kränkande behandling, fysiskt våld eller hot om våld har legat på ungefär samma nivåer under perioden 2004 till 2016. För samtliga tre variabler observeras en koppling mellan att ha varit utsatt för något av detta och att vara i ekonomisk sårbarhet eller arbetslöshet.

Omkring var femte person uppger att de under de tre senaste månaderna har utsatts för *kränkande bemötande eller behandling.* Andelen är högre bland kvinnor (25 procent) än bland män (16 procent) och denna skillnad har varit relativt konstant under perioden 2004 till 2016. Bland personer i ekonomisk kris är andelen som uppger att de utsatts för kränkande behandling/bemötande under de tre senaste månaderna 40 procent, jämfört 17 procent bland övriga. Även bland personer som saknar kontantmarginal är andelen betydligt

högre (30 procent) än bland övriga (18 procent). Yngre personer uppger i högre utsträckning än äldre att de utsatts för kränkande behandling, i gruppen 16 till 29 år är andelen 31 procent, jämfört med 24 procent bland 30- till 44-åringar, 20 procent bland 45- till 64-åringar och 8 procent bland 65- till 84-åringar. Andelen utsatta är något högre bland personer med eftergymnasial utbildning (22 procent) än bland dem med förgymnasial nivå (19 procent). Bland personer födda utanför Europa uppger 25 procent att de utsatts för kränkande behandling, jämfört med 20 procent bland inrikes födda.

Totalt uppger omkring 4 procent (år 2016) att de under de senaste 12 månaderna har utsatts för *fysiskt våld*. Andelen är något högre bland män än bland kvinnor, högre bland yngre än bland äldre, (6 procent bland 16- till 29-åringar och 2 procent bland 65- till 84-åringar). Andelen bland arbetslösa som uppger att de utsatts för fysiskt våld (10 procent) är betydligt högre än bland yrkesarbetande (4 procent). Vidare uppger en högre andel (7 procent) bland personer i ekonomisk kris än bland övriga (3 procent) att de utsatts för våld.

Omkring 4 procent uppger att de under de senaste 12 månaderna utsatts för *hot om våld*. Andelen är något högre bland kvinnor än bland män, och högre bland yngre än bland äldre. Inga större skillnader observeras mellan personer med olika utbildningsnivå. Liksom för utsatthet för fysiskt våld är det vanligare bland arbetslösa att ha utsatts för hot om våld (9 procent) jämfört med yrkesarbetande (5 procent) och bland personer i ekonomisk kris uppger 9 procent att de utsatts för hot om våld jämfört med 4 procent bland övriga. Till skillnad från utsatthet för våld tycks det finnas en liten skillnad i utsatthet för hot om våld mellan människor födda utanför Europa (6 procent) och människor födda i Sverige (4 procent).

Våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor

Våld generellt och våld i nära relationer är, som anges i Kommissionens första delbetänkande (SOU 2016:55), i hög grad en folkhälsofråga. En befolkningsundersökning om våld och hälsa genomförd av Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK 2014) visar att utsatthet för sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld kan bidra till ökad risk för olika former av psykisk och fysisk ohälsa, på kort och på lång sikt. Exempelvis är riskbruk av alkohol dubbelt så vanligt bland kvinnor och

män som har varit utsatta för allvarligt sexuellt eller fysiskt våld som vuxen än bland dem som inte varit utsatta. Även risken för självskadebeteende och symtom på posttraumatisk stress ökar markant.

Undersökningen visar att våldet är utbrett och att utsattheten skiljer sig åt mellan kvinnor och män. Kvinnor uppvisar betydligt högre andel utsatthet för allvarligt sexuellt och psykiskt våld, medan männen rapporterade högre utsatthet för allvarligt fysiskt våld. Kvinnor utsätts i betydligt högre grad för olika typer av våld av en partner, medan män vanligtvis blivit utsatta för fysiskt våld eller hot om fysiskt våld av en för dem okänd man. Barns utsatthet är också påtaglig (NCK 2014).

Drygt var femte person i befolkningen har någon gång i sitt liv utsatts för våld i nära relation. Kvinnor är särskilt utsatta. Omkring var fjärde kvinna och var sjätte man har utsatts någon gång i sitt liv. Minst 150 000 barn bor i hushåll där det förekommer våld, knappt hälften av dem upplever återkommande våld i hemmet. Mörkertalen bedöms även vara stora; våldsbrotten i nära relation polisanmäls sällan (Brå 2014).

4.7.2 Inriktning för att skapa förutsättningar för kontroll, inflytande och delaktighet

Kommissionens bedömning:
Det finns tydliga socioekonomiska skillnader i nivå av kontroll, inflytande och delaktighet i Sverige. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet inriktas på att främja alla individers – oavsett socioekonomisk bakgrund, kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsförmåga, sexuell läggning, ålder, eller geografisk hemvist – möjligheter till kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och i det dagliga livet. Insatser bör göras på en bredd av områden, men särskilt fokus bör läggas på att skapa förutsättningar för kontroll, inflytande och delaktighet genom att:

- främja ett mer jämlikt deltagande i demokratin,
- främja ett mer jämlik deltagande i det civila samhället,
- stärka arbetet för de mänskliga rättigheterna och motverka diskriminering och annan kränkande behandling samt främja frihet från hot och våld,

– främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.
– Individer och grupper som i lägre utsträckning än andra har möjlighet till kontroll, inflytande och delaktighet bör vara särskilt prioriterade målgrupper.

Kommissionen ser således att skillnader i kontroll, inflytande och delaktighet kopplade till förhållanden inom samtliga målområden (kunskaper, arbete, försörjning osv.) påverkar möjligheterna att uppnå en god och jämlik hälsa. Vi bedömer samtidigt att de skillnader i demokratiskt deltagande, deltagande i det civila samhället, tillit, handlingsutrymme osv. som redovisats tidigare även måste hanteras direkt. Mot denna bakgrund menar Kommissionen att åtgärder för att stärka individer och gruppers kontroll, inflytande och delaktighet och att göra förutsättningarna för dessa aspekter mer jämlika är en viktig del av arbetet med en god och jämlik hälsa. Detsamma gäller arbete för att motverka diskriminering, hot och våld, som kan inskränka människors kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och över sina egna liv.

Att Kommissionen bedömer att särskilt fokus bör läggas på kontroll, inflytande och delaktighet i de demokratiska processerna, inklusive i det civila samhället, i skolan, i arbetslivet och i bostadsområdet utgår från att det på dessa områden finns mer möjligheter för det offentliga att agera och påverka mer direkt. Faktorer som socialt och emotionellt stöd är viktiga för hälsan men kan i första hand påverkas mer indirekt genom att till exempel verka för en mer inkluderande arbetsmarknad och goda försörjningsmöjligheter. Detta blir dock i vår uppdelning av målområden mer en indirekt effekt av förslag som vi lägger på andra målområden såsom Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö och Inkomster och försörjningsmöjligheter.

Kontroll över sitt eget liv och inflytande och delaktighet i samhället är viktigt för alla människor. Därför behövs generella insatser på detta område, men Kommissionen menar att prioritet bör ges åt insatser riktade mot grupper som i lägre utsträckning än andra är delaktiga i enlighet med vad som föreslås i det följande.

I likhet med det resonemang som förs om det målområde som finns i dag – ”Delaktighet och inflytande i samhället” – som infördes i och med den folkhälsopolitiska propositionen från 2003 (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145) konstaterar

Kommissionen att olika aspekter av målområdet (som vi alltså benämner ”Kontroll, inflytande och delaktighet”) behandlas inom ramen för flera olika politikområden i den statliga verksamheten.

På ett övergripande plan handlar det om demokratipolitiken, politiken för det civila samhället respektive för mänskliga rättigheter och diskrimineringspolitiken. Området knyter också an till medie- och kulturpolitiken.

Andra politikområden som bygger på att främja situationen för målgrupper som barn, ungdomar, äldre, personer med funktionsnedsättning, nationella minoriteter, hbtq-personer m.fl. har alla mål eller inriktningar som innefattar aspekter av att stärka inflytandet och delaktigheten för dessa grupper samt jämlikhetssträvanden. Jämställdhetspolitiken har såväl mål om jämställdhet, makt och inflytande som jämställd hälsa, samt ett mål om att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. När det gäller kontroll, inflytande och delaktighet i skolan/utbildningen, i yrkeslivet, i bostadsområdet och som brukare/patient av exempelvis hälso- och sjukvård finns detta uttalat i varierande utsträckning på respektive sakområde. I detta betänkande behandlar vi dessa sistnämnda frågor under varje aktuellt målområde. Även åtgärder för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter anknyter tydligt till kontroll, inflytande och delaktighet. Detta gäller exempelvis sexuella rättigheter som innebär att människor oberoende av kön, etnisk tillhörighet, funktionsförmåga, könsidentitet, sexualitet, ålder, har rätt att bestämma över sin kropp och sin sexualitet utan att bli utsatta för diskriminering, kränkningar och våld.

På varje nämnt område pågår insatser med direkt eller indirekt syfte att stärka individer och gruppers kontroll, inflytande och delaktighet. Kommissionen menar att det är avgörande att detta arbete fokuserar på att främja mer jämlika villkor för individer och grupper när det gäller kontroll, inflytande och delaktighet. I nästa steg bör också en analys göras av vilka effekter av aktuella åtgärder som kan förväntas i förhållande till en god och jämlik hälsa (se vidare SOU 2017:4).

Att generellt arbeta för att stärka individer och gruppers kontroll, inflytande och delaktighet kan förväntas bidra till förbättrade förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Särskilt prioriterade bör vara de som i lägre utsträckning än andra har möjlighet till eller upplever kontroll, inflytande och delaktighet i samhället och i sitt eget liv. Utöver personer med bristande socioekonomiska förutsättningar

inbegriper detta exempelvis barn och unga, äldre, personer med funktionsnedsättning, personer med psykiska sjukdomar, hbtq-personer och personer med utländsk bakgrund. Det bör också vara högt prioriterat att utjämna skillnader mellan kvinnor och män, flickor och pojkar.

4.7.3 Förslag för att skapa förutsättningar för kontroll, inflytande och delaktighet

Inom ramen för den generella inriktning som Kommissionen föreslår för mer jämlika villkor och möjligheter i termer av kontroll, inflytande och delaktighet vill Kommissionen lyfta fram ett antal mer konkreta förslag. Dessa är inte att betrakta som heltäckande utan utgör ett antal exempel på åtgärder som Kommissionen bedömer skulle kunna bidra till en god och jämlik hälsa. Förslagen tar sin utgångspunkt i lägesbeskrivningen, analysen och bedömningarna som redovisats, och följer därför också den inriktning som redovisades. Då flera utredningar rörande demokrati, inflytande och delaktighet nyligen har avgett sina betänkanden har det varit naturligt att i detta avsnitt utgå från dessa.

Att främja ett mer jämlikt deltagande i demokratin

Kommissionens förslag:
Regeringen bör gå vidare med Demokratiutredningens förslag med fokus på ett mer jämlikt deltagande i demokratin, framför allt vad gäller:

- ett nytt mål för demokratipolitiken med tydligare fokus på en större politisk jämlikhet som skulle lyda ”En hållbar demokrati som kännetecknas av delaktighet och jämlikt inflytande”[83],
- att utöka stödet till organisationer i det civila samhället som arbetar med att bredda det politiska deltagandet.

[83] Det befintliga målet är ”En levande demokrati där individens möjligheter till inflytande förstärks”.

De politiska partierna bör vidta åtgärder för att åstadkomma en bättre representativitet av kvinnor, utrikes födda samt unga och äldre personer.

Kommuner och landsting bör verka för ett breddat och mer jämlikt medborgarinflytande.

Deltagandet i demokratin och i det civila samhället i Sverige är i internationell jämförelse högt men inte jämlikt. Kommissionen menar därför att åtgärder för att främja ett breddat deltagande i demokratiska processer bör vara prioriterade. Ansvaret för detta vilar på det offentliga på såväl nationell, som lokal och regional nivå som på de politiska partierna och det civila samhället. Under senare år har det gjorts stora genomlysningar av både den svenska demokratin och av civilsamhället; dels genom 2014 års Demokratiutredning (dir. 2014:111), dels genom Utredningen för ett stärkt civilsamhälle (dir. 2014:40, dir. 2015:38).

2014 års Demokratiutredning hade i uppdrag att utreda hur engagemanget inom den representativa demokratin kan öka och breddas och hur individens möjligheter till delaktighet i och inflytande över det politiska beslutsfattandet mellan de allmänna valen kan stärkas (dir. 2014:111). I utredningens slutbetänkande (2016:5) läggs ett stort antal förslag av olika karaktär för att öka delaktigheten i de demokratiska processerna och för att göra deltagandet mer jämlikt. Förslagen från Demokratiutredningen bereds för närvarande i Regeringskansliet. Kommissionen bedömer att de förslag som lyfts fram i förslagsrutan ovan har en särskild betydelse ur ett jämlikhetsperspektiv och därmed till en god och mer jämlik hälsa.

Det första förslaget om ett nytt mål för demokratipolitiken med ett förstärkt fokus på ett mer jämlikt inflytande och en ökad delaktighet i demokratin är centralt på ett övergripande plan. I linje med Demokratiutredningen menar vi att det är en viktig principiell markering att demokratipolitiken tydligare betonar värdet av delaktighet och jämlikt inflytande. Demokratipolitiken kan inte enbart ta avstamp i enskilda individers rätt till inflytande utan måste även handla om individers politiska organisering, deltagande och förutsättningar för att gemensamt bilda opinion, oavsett kön, socioekonomisk position, funktionsförmåga eller födelseland.

De politiska partierna kan göra mer för att åstadkomma en social representativitet. Det är förstås viktigt att notera att enskilda per-

soner från en särskild social grupp inte nödvändigtvis representerar de åsikter som gruppen överlag antas ge uttryck för. Forskning har exempelvis pekat på att äldre politiker agerar mer i enlighet med unga väljares intressen än vad unga politiker gör (Wohlgemuth 2006). Å andra sidan tycks kvinnliga politiker stå de kvinnliga väljarna närmare åsiktsmässigt och dessutom driva frågor som kvinnliga väljare prioriterar (Wägnerud 1998). Sammantaget delar vi dock Demokratiutredningens bedömning att förutsättningarna för ett jämlikt politiskt inflytande blir bättre när alla olika delar av befolkningen är representerade i de beslutsfattande församlingarna. Social representativitet är därför både en rättvisefråga och en fråga för demokratins legitimitet. Om vissa väljargrupper är underrepresenterade kan det vara ett tecken på att de är exkluderade från politiken och det politiska beslutsfattandet. Detta måste ytterst de politiska partierna själva ansvara för.

Det är också viktigt att bredda deltagande i demokratins processer. Demokratiutredningen pekar på att det finns tydliga skillnader i deltagandet mellan å ena sidan socioekonomiskt starka och högutbildade grupper och å andra sidan socioekonomiskt svaga och lågutbildade grupper. Att individer inte deltar politiskt är enligt utredningen i hög grad en fråga om bristande motivation, där de i svagare socioekonomisk position i högre grad upplever att de inte kan påverka sin situation genom att delta, rösta eller organisera sig politiskt. Här vill vi framhålla vad vi diskuterade i kapitel 3, nämligen att välfärdssystem som levererar vad medborgarna har anledning att förvänta sig skapar tillit, men sannolikt därmed även en större motivation. Därutöver finns anledning att via det civila samhället söka bredda det politiska deltagandet. Demokratiutredningen pekar exempelvis på de bidrag som regeringen via MUCF har fördelat till lokala resurscentra. Tanken med dessa centra har bl.a. varit att utgöra ett stöd för personer som vill komma till tals i demokratin, men som saknar kunskap om och erfarenhet av tillvägagångssätt, samt fungera som en länk till etablerade föreningar och organisationer för personer som vill kanalisera sitt engagemang. Om utvärderingar av denna satsning visar att detta har fungerat som avsett kan det vara en metod att bygga vidare på.

Ett medel för ökat och breddat medborgarinflytande som diskuteras ingående av Demokratiutredningen är medborgardialog. Detta är i grunden ett möte eller ett samtal mellan väljare och förtroendevalda eller mellan medborgare och tjänstemän. Syftet är att förbättra

och bredda beslutsunderlag samt att ge dem som berörs en möjlighet att få insyn och att påverka beslutens utformning.[84] Samtidigt understryker Demokratiutredningen att medborgardialoger, till skillnad från den representativa demokratin, inte ger alla medborgare samma förutsättningar att delta och påverka. Det är oftare personer som vill stoppa förslag eller som är mer resursstarka som deltar i medborgardialoger. Dessutom pekar utredningen på risken att dialoger som enbart innebär ett skenbart inflytande kan vara negativa för den demokratiska tilliten (Tahvilzadeh 2015). Kommissionen menar att olika åtgärder för att bredda inflytandet också till mer resurssvaga grupper är viktigt, men att det är avgörande att aktiviteter som medborgardialoger genomförs på ett sätt som inte motverkar detta syfte.

Unga under 18 år som saknar rösträtt och därmed tillgång till de formella demokratiska processerna är en särskilt viktig grupp att uppmärksamma. En översyn som Demokratiutredningen har gjort visar att inflytandeforum för unga kan utgöra en framgångsrik väg för att öka möjligheterna för ungas inflytande. Samtidigt påpekas att inflytandeforum har en vidare roll i den lokala demokratin än att stärka ungas inflytande i den politiska beslutsprocessen. En intervjustudie visar att de unga menar att deras deltagande i inflytandeforum även leder till en ökad tilltro till den egna förmågan att påverka, ett större intresse för politik och bättre kunskap om den demokratiska processen (SOU 2016:5).

[84] I vissa lagstiftning krävs att kommuner och landsting för dialog med medborgarna, vilket då kallas samråd. Hit hör plan- och bygglagen (2010:900), men även miljöbalken (1988:08), lagen (2010:1065) om kollektivtrafik och lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetspråk är exempel på lagstiftning där det finns krav på samråd.

Att främja ett mer jämlikt deltagande i det civila samhället

Kommissionens förslag:
Regeringen bör gå vidare med förslag om ett mer jämlikt deltagande i det civila samhället från Utredningen för ett stärkt civilsamhälle, framför allt vad gäller att:

- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) får i uppdrag att utreda vad som hindrar underrepresenterade gruppers deltagande i det civila samhällets organisationer.
- MUCF får i uppdrag att fördela bidrag till satsningar inom det civila samhällets organisationer för att motverka strukturer och normer som hindrar mångfald.

Det civila samhället spelar en viktig roll bl.a. som en demokratiskola och för att stärka tilliten i samhället. Som beskrivits tidigare skiljer sig deltagandet i det civila samhället mellan olika socioekonomiska grupper.

Liksom det demokratiska deltagandet har möjligheterna att stärka det civila samhället och ett breddat deltagande i detsamma nyligen behandlats i en statlig utredning. Utredningen för ett stärkt civilsamhälle presenterade i februari 2016 sitt slutbetänkande *Palett för ett stärkt civilsamhälle* (SOU 2016:13). Utredningen hade i uppdrag att stärka det civila samhället och på olika sätt underlätta för det civila samhällets organisationer att bedriva sin verksamhet, att utvecklas och att därigenom bidra till demokrati, välfärd, folkhälsa, gemenskap och social sammanhållning (dir. 2014:40). Genom ett tilläggsdirektiv (dir. 2015:38) fick utredningen även i uppdrag att 1) föreslå hur det civila samhällets villkor kan stärkas så att dess roll i demokratin kan värnas och utvecklas, och 2) föreslå åtgärder som skulle vidtas av den offentliga sektorn för att det civila samhällets organisationer i större omfattning ska nå ut till delar av befolkningen som står utanför det civila samhällets organisationer och inom sina organisationer engagera en större mångfald människor. De delar av uppdraget som handlar om en större mångfald i deltagandet i det civila samhället och hur civilsamhället kan nå ut till grupper som i lägre utsträckning deltar har tydlig bäring på det som Kommissionen vill åstadkomma. I slutbetänkandet från Civilsamhällesutredningen behandlas även skolans viktiga roll och möjlighet att introducera eleverna för det civila

samhället och deltagande i detsamma. Här beskrivs vidare att skolan kan ha en kompensatorisk roll för barn och unga som kanske inte annars skulle komma i kontakt med civilsamhället, se vidare avsnitt 4.2.

Förslagen från Utredningen för ett stärkt civilsamhälle bereds för närvarande i Regeringskansliet. Kommissionen bedömer att flera förslag kan bidra till ett ökat inflytande och en ökad delaktighet samt bidra till ökad tillit, med särskilt fokus på grupper som i lägre utsträckning deltar och därmed till en god och mer jämlik hälsa. Mot denna bakgrund stödjer Kommissionen i allt väsentligt Civilsamhällesutredningens förslag med fokus på ökad jämlikhet med särskilt fokus på de två som lyfts fram i förslagsrutan.

Att främja ett stärkt arbete för de mänskliga rättigheterna, motverka diskriminering och annan kränkande behandling och främja frihet från hot och våld

Kommissonens förslag:
Regeringen har initierat flera viktiga processer för att stärka de mänskliga rättigheterna, motverka diskriminering och annan kränkande behandling och främja frihet från hot och våld. Regeringen bör i tillägg

– inom Regeringskansliet samordna det strategiska och långsiktigt förebyggande arbetet mot våld, hot, mobbning, diskriminering och annan kränkande behandling.

Att främja ett stärkt arbete för de mänskliga rättigheterna (MR) är nära kopplat till att stärka människors kontroll, inflytande och delaktighet och till en god och jämlik hälsa. Liksom beskrivs i Kommissionens andra delbetänkande (2017:4) fastställs i internationella konventioner om de mänskliga rättigheterna såväl rätten till bästa uppnåeliga hälsa, som till hälsans bestämningsfaktorer såsom utbildning, arbete, bostad och till politiskt och medborgerligt deltagande.

Staten är ytterst ansvarig för att de mänskliga rättigheterna efterlevs, men i praktiken bär alla offentliga aktörer på såväl nationell, som lokal och regional nivå ansvar för att säkerställa att de mänskliga rättigheterna respekteras och att ingen diskrimineras. En god kun-

skap hos det allmänna om de mänskliga rättigheterna är därför avgörande, både ur ett främjande perspektiv, men också för att offentliga aktörer inte ska diskriminera och kränka de mänskliga rättigheterna. En viktig utgångspunkt för olika välfärdsinstitutioner, inte minst de som tydligt kan påverka en god och jämlik hälsa såsom skolan, hälso- och sjukvården och omsorgsverksamheter, bör enligt Kommissionen vara de mänskliga rättigheterna och principen om icke-diskriminering. Även civilsamhället och näringslivet kan spela viktiga roller i arbetet för de mänskliga rättigheterna och för att arbeta mot diskriminering.

Det pågår ett aktivt arbete kring många aspekter av dessa frågor. Regeringen överlämnade t.ex. i oktober 2016 en strategi för det nationella arbetet med mänskliga rättigheter (skr. 2016/17:29) till riksdagen. I strategin behandlas ett antal förslag på hur arbetet för de mänskliga rättigheterna i Sverige kan utvecklas. Bland förslagen vill Kommissionen särskilt lyfta det förslag som handlar om att inrätta en nationell institution för mänskliga rättigheter i Sverige. Regeringen har bedömt att riksdagen bör vara huvudman för en sådan institution och lämnat över frågan till riksdagen för vidare behandling.

Att en sådan institution inrättas i alla länder har föreskrivits i FN-dokument sedan 1993 och Sverige fick i samband med granskningen av Sverige i FN:s råd för mänskliga rättigheter 2015 rekommendationen att inrätta en MR-institution. Detta har också föreslagits av Delegationen för mänskliga rättigheter i Sverige (dir. 2006:27) som arbetade under åren 2006 till 2010 och i utvärderingen av regeringens handlingsplan för mänskliga rättigheter 2006 till 2009 (SOU 2011:29). Kommissionen bedömer att en institution av detta slag bör vara en viktig garant för att de mänskliga rättigheterna efterlevs i Sverige och ser därför positivt på att en sådan inrättas.

Våld, hot, mobbning, diskriminering och annan kränkande behandling kan allvarligt begränsa individer och gruppers kontroll, inflytande och delaktighet och på så sätt även förutsättningarna för en god och jämlik hälsa. Som beskrivits har utsatthet för våld och kränkande behandling också en socioekonomisk aspekt där personer med sämre socioekonomiska förutsättningar är mer utsatta än andra.

Kommissionen menar att ett strategiskt och långsiktigt förebyggande arbete på dessa områden bör samordnas i Regeringskansliet och insatser riktas mot alla samhällsnivåer och en bredd av aktörer. Skolan är en nyckelaktör i att lära eleverna om de mänskliga rättig-

heterna, både i teori och i praktik och för att motverka diskriminering, mobbning och annan kränkande behandling liksom hot och våld.

Våld är en viktig folkhälsofråga generellt och då inte minst våld i nära relationer. Mäns våld mot kvinnor, som dessutom ofta drabbar barn på olika sätt, utgör ett allvarligt hinder för en god och jämlik hälsa och jämställdhet. För att motverka mäns våld mot kvinnor presenterade regeringen i november 2016 en tioårig nationell strategi på området som särskilt betonar förebyggande insatser (skr. 2016/17:10). Med mäns våld mot kvinnor avses i denna strategi alla former av fysiskt och psykiskt, inklusive sexuellt, hot och våld som riktas mot kvinnor och flickor. Regeringens delmål om att mäns våld mot kvinnor ska upphöra omfattar även hedersrelaterat våld och förtryck samt prostitution och människohandel för sexuella ändamål. Strategin bygger på förslag från Utredningen som ska föreslå en nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor (SOU 2015:55). Kommissionen menar att genomförande av strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor liksom den handlingsplan som finns kopplad till denna strategi bör vara en prioriterad fråga för regeringen.

Att främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i förhållande till kontroll, inflytande och delaktighet

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

– ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att ansvara för en regelbunden och strukturerad uppföljning av ojämlikhet i hälsa bland grupper i särskilt utsattas situationer, däribland hbtq-personer (se vidare Kommissionens andra delbetänkande SOU 2017:4, avsnitt 4.2.2).

Kommuner och landsting bör

– verka för att ett icke-diskriminerande förhållningssätt används i vård, skola, omsorg och andra relevanta offentliga verksamheter. Personal som har direktkontakt med medborgare, elever, patienter, brukare osv. bör utbildas och fortbildas i ett sådant förhållningssätt,

– verka för att ungdomsmottagningarna ges långsiktiga förutsättningar att bedriva en jämlik vård,
– verka för att sex- och samlevnadsundervisningen i skolan utvecklas.

I den nuvarande folkhälsopolitiken finns målområde 8, Sexualitet och reproduktiv hälsa. Detta har i Kommissionens förslag kommit att integreras i flera av de föreslagna målområdena. Aspekter som har att göra med i första hand sexuella och reproduktiva rättigheter ser Kommissionen som kopplade till området kontroll, inflytande och delaktighet. Det handlar bl.a. om sexuella rättigheter som innebär att människor oberoende av kön, etnisk tillhörighet, funktionsförmåga, könsidentitet, sexualitet och ålder har rätt att bestämma över sin kropp och sin sexualitet utan att bli utsatta för diskriminering, kränkningar och våld. Andra aspekter handlar om möjligheten att få tillgång till sexualupplysning och utbildning.

Folkhälsomyndigheten har enligt myndighetens instruktion i uppdrag att verka för kunskapsuppbyggnad och nationell samordning inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt följa upp utvecklingen inom området. Myndigheten har även i uppdrag att ha ett samlat ansvar för att inom sitt verksamhetsområde främja lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck. Som beskrivs i Kommissionens andra delbetänkande (SOU 2017:4), saknas dock en regelbunden och strukturerad uppföljning av hälsan bland bl.a. hbtq-personer. Den kunskap som finns visar exempelvis på problem med psykisk ohälsa i gruppen och utsatthet för diskriminering. Mot denna bakgrund föreslår Kommissionen att Folkhälsomyndigheten bör ges i uppdrag att ansvara för en regelbunden och strukturerad uppföljning av ojämlikhet i hälsa bland grupper i särskilt utsattas situationer, däribland hbtq-personer (SOU 2017:4, avsnitt 4.2.2).

Kommissionen ser ett behov av att ett icke-diskriminerande arbets- och förhållningssätt används i vård, skola, omsorg och andra relevanta offentliga verksamheter. Personal som har direktkontakt med medborgare, elever, patienter, brukare osv. bör utbildas och fortbildas i ett sådant förhållningssätt. Frågor om kön, könsidentitet och sexualitet är några av de aspekter som är viktiga att beakta i detta arbete.

Ungdomsmottagningar spelar en viktig roll i många avseenden, inte minst vad gäller frågor om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. I många kommuner och landsting finns i dag en eller flera ungdomsmottagningar. SKL har gjort en kartläggning av ungdomsmottagningar i Sverige (Uppdrag psykisk hälsa 2016b). Samtliga 267 mottagningar som identifierades i samband med kartläggningen arbetar med insatser för ungas sexuella och reproduktiva hälsa. I rapporten konstateras bl.a. att det inte finns någon officiell definition av vad en ungdomsmottagning är och inga ramar för vad en verksamhet måste bestå av för att få kallas ungdomsmottagning. Vidare saknas en nationell vägledning kring ungdomsmottagningars uppdrag.

Detta bidrar sammantaget till en variation mellan olika mottagningar när det gäller vilka insatser som finns tillgängliga (Uppdrag psykisk hälsa 2016b). Bland annat mot denna bakgrund avsattes 130 miljoner kronor i överenskommelsen mellan regeringen och SKL om psykisk hälsa för 2016 för stöd till ungdomsmottagningarnas arbete. Medlen kunde gå till utökade öppettider, förstärkt kompetens, ökad delaktighet, eller att starta upp nya mottagningar. Mot bakgrund av den viktiga roll som ungdomsmottagningarna kan spela för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och psykisk hälsa menar Kommissionen att ungdomsmottagningar bör ingå i en sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa. Kommissionens förslag kring detta presenteras närmare i avsnitt 4.1. I dag är ungdomsmottagningarnas verksamhet inte reglerad och därmed ges olika typer av vård. Kommissionen anser det viktigt att verksamheten får långsiktiga och stabila förutsättningar för att kunna ge en jämlik vård.

Skolan har en viktig roll i att förmedla kunskap till barn och ungdomar om sexuella och reproduktiva rättigheter och hälsa i undervisningen om sex och samlevnad. Regeringen gav i 2017 års regleringsbrev för Skolinspektionen ett uppdrag till myndigheten att granska sex- och samlevnadsundervisningen i grundskolan, grundsärskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Skolinspektionen ska sammanfatta och analysera resultatet av sin granskning och redogöra för konstaterade utvecklingsområden. Uppdraget ska redovisas senast den 16 februari 2018. Kommissionen ser positivt på detta uppdrag och understryker vikten av att utifrån granskningens resultat vidta lämpliga åtgärder för att stärka sex- och samlevnadsundervisningen i skolan.

4.8 En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av Kommissionens föreslagna målområden för att uppnå en god och jämlik hälsa (SOU 2017:4). Detta motiveras av att hälso- och sjukvården har en särskild roll som direkt påverkar hälsa och överlevnad genom förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. Det är viktigt att dess tjänster och insatser görs jämlikt, jämställt och hälsofrämjande.

4.8.1 Lägesbeskrivning av skillnader i hälso- och sjukvårdens insatser och resultat

Jämlik vård innebär att hälso- och sjukvård, dvs. vård, behandling, omsorg och prevention, ska erbjudas och ges på lika villkor till alla oavsett bakgrund såsom bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelseland, etnisk och religiös tillhörighet, juridisk ställning eller sexuell läggning. I hälso- och sjukvårdslagens 2 § står att ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”(SFS 1982:763). Hälso- och sjukvårdslagens intentioner om vård på lika villkor efter behov innebär både en horisontell jämlikhet (att personer med lika behov av vård ska erbjudas lika vård) och en vertikal jämlikhet (att personer med större behov ska prioriteras framför dem med mindre behov och få en vård som anpassas efter deras behov).

Vård på lika villkor innebär således inte att alla ska ha samma vård. Även bland personer med samma sjukdom eller hälsotillstånd kan behoven av vård vara mycket olika. Det finns därför en åtskillnad mellan motiverade skillnader i vården, som beror på olika behov, och omotiverade skillnader där inga sådana förklaringar finns (Socialstyrelsen 2011c; Vårdanalys 2014).

Socialstyrelsen, SKL och Vårdanalys har under de senaste åren genomfört flera viktiga kartläggningar av vårdens jämlikhet. I dessa kartläggningar redovisas *geografiska skillnader* och *skillnader mellan befolkningsgrupper*. Geografiska skillnader kan avse skillnader mellan landsting och mellan vårdenheter eller sjukhus inom ett landsting. Skillnader mellan befolkningsgrupper kan t.ex. avse skillnader mellan

män och kvinnor, socioekonomiska grupper (utbildning, yrke, inkomst), personer som är födda i olika länder och patienter med och utan psykisk sjukdom. Studierna visar att det finns betydligt mer information om geografiska skillnader än om skillnader mellan befolkningsgrupper.

Analyser av både hälso- och sjukvårdens och omsorgens insatser och resultat påvisar emellertid en rad omotiverade skillnader. De visar, därtill, större skillnader mellan socioekonomiska grupper än mellan regioner (vårdgivare). Bland annat finns det för olika utbildningsgrupper skillnader i överlevnad efter vård vid behandling av t.ex. hjärt- och kärlsjukdom, de flesta cancersjukdomar och KOL. Även vid alkoholrelaterad dödlighet och självmord finns socioekonomiska skillnader (Socialstyrelsen 2011c).

Skillnader ses också för komplikationer såsom att risken för förlossningsskador[85] är högre (23 procent) bland förstföderskor födda utanför Norden i jämförelse med förstföderskor födda inom Norden (Socialstyrelsen 2015d).

Samtidigt som det finns skillnader i vårdens resultat finns det även skillnader i behandling. Lågutbildade får i lägre utsträckning avancerade och livräddande ingrepp vid hotande hjärtinfarkt (i form av operation för att vidga kranskärlen). Lågutbildade får, liksom äldre kvinnor och patienter som är födda utanför EU, ofta sämre kvalitet i sin läkemedelsbehandling t.ex. vad gäller psykofarmaka eller läkemedel vid stroke jämfört med välutbildade och yngre patienter som är födda i Sverige (Socialstyrelsen 2011c). En av de mest utsatta grupperna vad gäller ojämlik vård är patienter med ångest- eller depressionsdiagnos och psykosdiagnos som i lägre utsträckning får ta del av avancerade och livräddande ingrepp vid hotande hjärtinfarkt. De får inte heller i samma utsträckning som andra ta del av förebyggande insatser såsom råd avseende levnadsvanor (Socialstyrelsen 2014b).

Myndigheten för Vårdanalys konstaterar i en rapport (2014) att de geografiska skillnaderna mellan vårdgivare oftare kan härledas till organisatoriska orsaker medan skillnader mellan befolkningsgrupper inom en vårdgivare oftare beror på vad som sker i vårdmötet.

Av denna anledning är det är viktigt att den jämlika vården särskilt uppmärksammar behov hos grupper i särskilt utsatta positioner. Detta gäller både sjukvård samt förebyggande och hälsofrämjande,

[85] Allvarliga bristningar såsom pernialbristningar av grad III och IV.

stärkande och stödjande, insatser. Grupper i utsatta positioner innefattar personer med sammansatta medicinska och sociala vårdbehov, ofta med missbruksproblematik och psykisk ohälsa samt personer med funktionsnedsättning.

Flyktingar har i många fall varit med om svåra traumatiska upplevelser både innan de flyr men också under flykten. I Sverige väntar en lång tid av ovisshet under bland annat asylprocessen för dessa personer. Detta leder till ökad risk för psykisk ohälsa såsom depression, ångest och posttraumatisk stress. En kartläggning av hälsoläget bland nyanlända flyktingar (Zdravkovic et al. 2016) visar att var femte har hälsoproblem som hindrar ett aktivt jobbsökande. Otillfredsställda vårdbehov eller bristfällig kunskap om vården är dessutom vanligt förekommande och att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation kan vara problematiskt för många nyanlända. Detta riskerar att skapa en ond cirkel där ohälsa förhindrar etablering i samhället och på arbetsmarknaden vilket i sin tur är en grogrund för ohälsa.

Socioekonomiska faktorer har också stor betydelse för tandhälsan hos såväl vuxna som hos barn. En bra indikator på tandhälsan är förekomsten av tanduttagningar. Denna har minskat kraftigt under perioden 2009 till 2014 som ett resultat av den förbättrade tandhälsan i befolkningen. Samtidigt ses stora skillnader mellan vuxna personer (30 till74 år) med olika utbildningsbakgrund. År 2014 fick personer med högst grundskoleutbildning 10,3 tänder borttagna per 100 invånare och de med eftergymnasial utbildning 4,9 tänder per 100 invånare, alltså mindre än hälften (Socialstyrelsen 2016b). Att ersätta en förlorad tand med implantat eller annan protetisk ersättning är ofta förenat med höga kostnader.

Utgångspunkter för en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Svensk hälso- och sjukvård fungerar i många avseenden, väl. Vid en internationell jämförelse har vi goda resultat relativt de resurser vi lägger på hälso- och sjukvården. Huvudmännen för hälso- och sjukvård står emellertid inför flera utmaningar. Det handlar om demografiska förändringar med allt fler äldre och multisjuka, ett ändrat sjukdomspanorama med fler långvarigt och kroniskt sjuka, nya krav från brukarna samtidigt som det sker en medicinteknisk utveckling och digitalisering som ständigt skapar nya förutsättningar för

både vården och för patienterna. En av de stora utmaningarna för hälso- och sjukvården är brist på rätt kompetens t.ex. sjuksköterskor och läkare med allmänspecialistkompetens i primärvården. Att ha tillgång till personal är en viktig förutsättning för att kunna ge en jämlik vård. Det krävs flera åtgärder för att komma till rätta med kompetensförsörjningen både rätt dimensionering av utbildningsplatser men också en bra arbetsmiljö som personalen vill arbeta i avsnitt 4.4 tas frågor om arbetsmiljö upp.
För att skapa förutsättningar för en likvärdig vård bidrar staten till att utjämna de ekonomiska förutsättningarna mellan landstingen genom det kommunala utjämningssystemet. I övrigt har staten relativt få styrmedel att stödja en likvärdig vård. Annan ekonomisk styrning från statens sida i form av t.ex. stimulansbidrag ger ofta kortsiktiga effekter. En annan form av styrning är kunskapsstyrning där t.ex. Socialstyrelsens nationella riktlinjer ger stöd vid prioriteringar och val av behandlingar och metoder. Nationella riktlinjer och kvalitetsregister är ett betydelsefullt stöd i att utveckla en vård som har samma kvalitet oavsett vårdgivare men ytterst behöver varje beslut ske utifrån den enskilde individens behov. Som nämnts tidigare beror skillnader i insatser mellan olika befolkningsgrupper inom en vårdgivare ofta på vad som händer i vårdmötet. En mer detaljerad styrning passar därför inte när det gäller att avgöra vårdens innehåll, det bör avgöras i själva vårdmötet.

De senaste decenniernas samhällsutmaningar med stora behov och begränsade resurser har ställt nya krav på hälso- och sjukvården. En av lösningarna är en tydligare inriktning av verksamheten, mot bättre hälsa för patienter och befolkningen. Det var bl.a. mot bakgrund av denna utveckling som nuvarande målområde, En hälsofrämjande hälso- och sjukvård, infördes i folkhälsopolitiken (prop. 2002/03:35). Denna reorientering, innebär en utveckling av hälso- och sjukvårdens arbete med hälsofrämjande insatser för patienterna, bland annat genom att utveckla vårdens bemötande men också en tydligare proaktiv ansats i form av starkare förebyggande insatser för patienter och befolkning. Dessa insatser är också av betydelse för en jämlik vård. Hälsofrämjande åtgärder är särskilt viktiga för de som har en kronisk sjukdom. De flesta kroniska sjukdomar är möjliga att förebygga genom att påverka levnadsvanor.

Det förebyggande arbetet kan ske både före och efter insjuknande. Begreppet primär prevention innebär insatser som avser att

förhindra att sjukdom uppkommer, medan sekundär prevention avser insatser för att förhindra återinsjuknande men också tidig upptäckt av sjukdom. En effektiv prevention och ett hälsofrämjande förhållningssätt kan innebära ekonomiska besparingar för individen, för hälso- och sjukvården och för samhället men också i ökat välbefinnande hos individen.

Det finns emellertid stora skillnader i hur hälso- och sjukvården arbetar med att minska hälsoklyftor i sitt förebyggande arbete. Detta gäller både hur landstingen styr och hur hälso- och sjukvården prioriterar frågan.

4.8.2 Inriktning för att åstadkomma en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Kommissionens bedömning:
Trots intentioner om vård på lika villkor förekommer, för de flesta diagnoser, omotiverade skillnader i vårdens insatser och resultat mellan olika sociala grupper. För att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör arbetet inriktas på att vården verkar förebyggande och hälsofrämjande och att behandling utgår från patientens behov och möjligheter. Ett arbete för en jämlik vård och en hälsofrämjande hälso- och sjukvård kännetecknas av en vård som har ett systematiskt jämlikhetsfokus och inriktas mot:

- en förbättrad tillgänglighet för att motsvara olika behov,
- vårdmöten som är hälsofrämjande och skapar förutsättningar för jämlika insatser och resultat,
- en förstärkning av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete för patienter och befolkning,
- en tandvård som ses som en del av hälso- och sjukvården,
- att landsting leder, styr och organiserar sin verksamhet i syfte att ge förutsättningar för en jämlik vård.

Kommissionen anser att en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård har en viktig roll i arbetet för att minska hälsoklyftorna. Därför är det viktigt att ha ett systematiskt jämlikhetsfokus i all hälso- och sjukvård. Inriktningen syftar till att peka ut angelägna

insatsområden för att nå en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Enlig Kommissionens bedömning är det centralt för en god och jämlik hälsa att vården är tillgänglig för alla som behöver hälso- och sjukvård. Detta gäller för all vård såsom förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser. I Sverige anser ungefär en av fyra att de inte har tillgång till den vård de behöver, och en av fem avstår från att söka vård fast de upplever att de behöver (Socialstyrelsen 2011c). Andelen som avstår från att söka vård trots upplevda behov är högre hos dem med enbart grundskoleutbildning, hos utrikes födda och hos arbetare jämfört med tjänstemän. Andelen skiljer sig också påtagligt utifrån arbetssituation, 45 procent bland arbetslösa, 37 procent hos långtidssjukskrivna och 22 procent bland dem som har arbete (Åhs et al. 2006).

Att personer inte har råd, långa väntetider, geografiska avstånd och oklara rutiner för tidsbokning hos vårdgivare är några skäl för att inte efterfråga vård. En annan, sannolikt grundläggande, orsak är bristande tillit till välfärdsinstitutionerna (Wollebæk et al. 2012; Fugelli 2006;). Låg tillit till välfärdsinstitutionerna är vanligare hos människor med låg socioekonomisk position (Östsam 2014). Tillit är också kopplad till ålder, kön och andra diskrimineringsorsaker t.ex. utländsk bakgrund (Wollebæk et al. 2012).

Kommissionens bedömning är att vårdmötet är grundläggande för att skapa jämlika insatser och resultat. Ett hälsofrämjande vårdmöte som bidrar till jämlik vård och hälsa bör kännetecknas av 1) patient- och personcentrering, 2) ett stödjande av personens psykosociala resurser, 3) ett icke-diskriminerande förhållningssätt, 4) information och kommunikation som patienten förstår, samt 5)kontinuitet i vårdkontakten. Dessa punkter är avgörande för att förstå patientens problem, sätta rätt diagnos och därmed erbjuda rätt vård som är anpassad utifrån varje patients behov men också för att patienten ska förstå och följa överenskommen behandling.

Kommissionen vill särskilt peka på vikten av att i vårdmötet stärka personers tilltro till sin förmåga att hantera sin sjukdom och att skapa en tillit till vården. Om tidigare vårdmöten gett upplevelser av brustna förväntningar, negativa erfarenheter av bemötande, diskriminering och misstro är risken att patienter trots behov inte söker vård eller att vissa söker för sent för att få optimal behandling.

Vikten av själva vårdmötet lyfts också i utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2). Utredaren menar att värdet av hälso- och sjukvården uppstår i själva mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Förbättrad effektivitet inom hälso- och sjukvården kan endast åstadkommas genom åtgärder som påverkar förutsättningarna för mötet eller interaktionen.

Kommissionen anser att hälso- och sjukvården bör stärka sitt förebyggande arbete för patienter och befolkning. I dag domineras sjukdomsbilden av kroniska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdom, cancer, lungsjukdom, ledsjukdom och psykiska sjukdomar. Det finns omfattande kunskap om att dessa sjukdomar kan förebyggas med goda levnadsvanor. Att tidigt upptäcka sjukdomar är en annan viktig förebyggande åtgärd som ökar sannolikheten för en framgångsrik behandling. Den svenska hälso- och sjukvårdens struktur är emellertid fortfarande till stor del uppbyggd med fokus på sjukdomsbehandling och mindre på prevention. Effektiv prevention kan innebära stora besparingar för individen, för hälso- och sjukvården och för samhället.

Med en effektiv hälso- och sjukvård menas att åstadkomma en vård som ger bästa hälsoresultat med befintliga resurser. Det innebär att vården är tillgänglig efter behov, att patienten erbjuds förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser med så hög medicinsk kvalitet som möjligt och att patienterna erbjuds delaktighet och kontinuitet. Vården ska helt enkelt vara organiserad och bedrivas på ett sätt som passar patienternas behov (SOU 2016:2). Det är Kommissionens mening att denna syn på effektivitet sammanfaller med att arbeta med inriktningen att nå en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Ekonomiska skäl att avstå från vård är särskilt tydliga för tandvård. Tandvården har den högsta avgiftsandelen, där patienternas egenavgifter står för cirka 60 procent av totalkostnaderna. Mot bakgrund av att det i dag finns kunskap om betydelsen av tandhälsan för hälsan generellt, dålig tandhälsa är t.ex. en riskfaktor för folksjukdomar som kärlkramp, hjärtinfarkt och stroke, anser Kommissionen att det är angeläget att se tandvård som en del av hälso- och sjukvården. Tandvård är också en viktig resurs för det förebyggande arbetet och den bör vid behov vara lika tillgänglig som hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvårdens organisering är avgörande för att skapa förutsättningar för en jämlik vård vad gäller både tillgång till vård och

kvalitet i behandlande, främjande och förebyggande insatser så att dessa anpassas utifrån proportionell universalism, dvs. är tillgänglig för alla men anpassade utifrån olika gruppers särskilda behov. Organisering innefattar också ledning och styrning men även uppdrag och uppföljning. Av denna anledning är det viktigt att sätta upp mål, analysera konsekvenser vid reform- och utvecklingsarbete och systematiskt analysera skillnader i vårdens insatser och resultat för att följa verksamhetens påverkan på jämlik hälsa.

4.8.3 Förslag för att åstadkomma en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Utöver inriktning föreslår Kommissionen ett antal mer konkreta förslag. Förslagen är inte att betrakta som heltäckande utan utgör ett urval av åtgärder som Kommissionen bedömer skulle kunna bidra till en god och jämlik hälsa. Förslagen tar utgångspunkt i lägesbeskrivningen och bedömningarna. Flera av förslagen presenteras även i en av Kommissionens underlagsrapporter om hälso- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa (Kristensson 2017b).

En förbättrad tillgänglighet för att motsvara olika behov

Kommissionens förslag:
Landstingen bör

- öka hälso- och sjukvårdens tillgänglighet för att motsvara patienters olika behov såväl fysiskt, kognitivt och kommunikativt,
- särskilt uppmärksamma hälso- och sjukvårdens tillgänglighet i socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden.

En god och jämlik hälsa förutsätter att vården är tillgänglig för alla som behöver hälso- och sjukvård. Detta gäller för all vård. Ett skäl att avstå från vård är att personer inte har råd. Det är främst ensamstående med barn (upp till 19 år), där över 75 procent är kvinnor, och personer i hushåll med ekonomiskt bistånd som avstår från vård eller att hämta ut läkemedel på grund av ekonomiska skäl. Personer

med funktionsnedsättning avstår dessutom från vård och läkemedel av ekonomiska orsaker tre gånger oftare än befolkningen som helhet (Socialstyrelsen 2011c).

Långa väntetider, geografiska avstånd eller att personer inte har möjlighet att ta ledigt från sitt arbete är exempel på andra hinder för att besöka vårdgivare. Geografisk närhet, öppettider eller möjlighet till telefonkontakt är därför viktiga delar i tillgängligheten. Otydlighet i hur det går till att söka vård kan bidra till ojämlikhet. Erfarenheter från invandrartäta områden visar bland annat att många inte känner till rutiner eller vet hur de använder de nya systemen för telefonkontakt (med telefonsvarare t.ex. teleQ).

Vården bör därtill vara tillgänglig utifrån de skiftande behov som finns också för personer med funktionsnedsättning eller begränsningar i funktion, fysiskt, sensoriskt (syn, hörsel) och kognitivt eller som har bristande språkkunskaper. Telefonkontakt fungerar t.ex. bara för den som har telefon och telefonsvararfunktion kräver inte sällan viss sensorisk förmåga. Exempel på insatser som kan förbättra tillgängligheten är möjlighet att boka tid ”över disk”, öppna mottagningar, möjlighet att få göra besök på kvällstid, men även förändrade patientavgifter kan vara avgörande för personer med knappa ekonomiska marginaler. Olika delar av vården har olika avgiftssystem och dessa är inte harmoniserade med varandra. Ett förslag som framförts i detta sammanhang är att införa ett samlat högkostnadsskydd för de olika avgiftssystemen (Socialstyrelsen 2011c). Mobila team för hemlösa och s.k. lågtröskelmottagningar som är gratis och utan tidsbokning är andra exempel för att nå grupper som annars inte själva söker upp vården (Engel och Nordfeldt 2014).

När landstingen organiserar hälso- och sjukvården är det således viktigt att ta hänsyn till personers skiftande behov och möjligheter. Tillgängligheten behöver utformas utifrån personers olika fysiska, kognitiva och kommunikativa förutsättningar. Ett utvecklingsområde för att öka tillgängligheten till vårdens skilda tjänster är olika former av tekniska lösningar. Som tidigare beskrivits är dessa lösningar ofta svåra för vissa grupper att använda. Därför är det angeläget att bevaka att nya it-lösningar och att välfärdsteknologi tillhandahålls på ett jämlikt sätt. Detta är ett ansvar för såväl stat som kommunsektor.

Enligt samordnaren för en effektiv vård (SOU 2016:2) är en välfungerande primärvård den sannolikt enskilt viktigaste åtgärden som hälso- och sjukvården kan bidra med för att uppnå en mer

jämlik hälsa. Demografiska förändringar och befolkningens förväntningar på vården innebär att fler och mer avancerade vårdbehov behöver kunna tillgodoses nära invånarna. Regeringen tillsatte i mars 2017 en särskild utredare som utifrån förslagen i samordnarens betänkande (SOU 2016:2) ska stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Kommissionen instämmer i att en välfungerande primärvård är särskilt viktig för att åstadkomma en jämlik hälsa. Personer med sämre socioekonomiska förutsättningar kontaktar också primärvården i högre grad än befolkningen i övrigt (Vårdanalys 2016). I detta sammanhang vill Kommissionen peka på att det är angeläget att landsting och kommuner särskilt uppmärksammar de socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområdenas tillgång till vård och omsorg. Dessa områden behöver också rustas med strukturer för uppsökande verksamhet och kompetens för att nå fram till och möta de komplexa behov som finns hos de mest utsatta grupperna.

Vårdmöten som är hälsofrämjande och skapar förutsättningar för jämlika insatser och resultat

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- utveckla de nationella målen i grund- och specialistutbildningen samt fortbildning för vårdens professioner med tydligare kriterier för bemötandefrågor.

Landsting och kommuner bör

- öka kunskapen hos beslutsfattare och medarbetare om betydelsen av bemötandet för vårdens insatser och resultat,
- utveckla patient- och personcentrerade arbetssätt och arbeta systematiskt med utvecklingsarbete och lärande om bemötandets betydelse för en jämlik vård och hälsa,
- utveckla vården och omsorgens organisering för att skapa kontinuitet för patienter och brukare.

Kvaliteten i vårdmötet är av stor vikt för en jämlik vård. Det är i vårdmötet som läkaren ska förstå patientens problem, sätta rätt diagnos och i samråd med patienten erbjuda adekvat vård. Patienten ska i sin tur förstå vad som sägs och känna sig delaktig vilket ökar förutsättningar för en följsamhet till överenskommen behandling och ett lyckosamt medicinskt resultat. Det som bör eftersträvas är därför en patientcentrerad vård.

Begreppet *patientcentrerad vård* har funnits sedan 1983 då det infördes i den då nya hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 1982:763). I januari 2015 infördes en ny lag om patientmakt (SFS 2014:821). En rad bestämmelser som redan fanns i HSL infördes i patientlagen i syfte att samla alla bestämmelser av betydelse för patientens ställning, bland annat om att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet säkerhet och samordning, fast vårdkontakt och möjligheten att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Målet är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i sin vård.

Personcentrerad vård kan ses som en utveckling av dessa tankar. Begreppet påminner om att de flesta patienter, också de som har kroniska sjukdomar, är patienter enbart några få timmar per år. Personcentrerad vård (Ekman 2014) tar sin utgångspunkt i varje persons unika förutsättningar och ser patienten som en person med resurser och förmåga att vara delaktig i sin egen vård och sin hälsa.

Denna strävan uttrycks särskilt i konventioner om mänskliga rättigheter (MR) och rätten till hälsa som Sverige har ratificerat. MR-perspektivet innebär bl.a. att patienten blir en rättighetsbärare som har rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Patientcentrerad vård är särskilt viktigt för grupper som upplever att de har ett lågt inflytande över sin egen livssituation eller grupper med låg tillit till samhälle och myndigheter. En studie av patientcentrering finner emellertid att vården i Sverige har olika brister i detta avseende (Vårdanalys 2012).

I detta sammanhang vill Kommissionen lyfta upp vikten av att i vårdmötet med patienten *stödja personens psykosociala resurser*. Dessa omfattar 1) tilltro till sin egen förmåga att hantera sin situation, 2) tillit till andra och 3) tillgång till socialt stöd och nätverk. Dessa psykosociala faktorer är grundläggande för att patienten ska kunna vara en aktiv samarbetspartner i sin vård och omsorg. Genom att även vid behov involvera patientens sociala nätverk, t.ex. anhöriga och vänner kan det ytterligare stödja patientens delaktighet och

sammantaget ökar därmed förutsättningarna för mer jämlika resultat av vård och omsorg.

Psykosociala faktorer har också en direkt betydelse för medicinska resultat av sjukvårdens insatser. I dag finns forskning som visar hur tilltro till egen förmåga påverkar kroppens centrala skyddssystem såsom stress-hormonernas dynamik samt immunsystemets funktion och aktivitet vilka påverkar kroppens motståndskraft och läkeförmåga samt hur utfall av vårdens insatser också i form av sjukdomsprognos och överlevnad påverkas av dessa faktorer (Vedhara 2012; Telles-Correia et al. 2011).

Det hälsofrämjande förhållningssättet avser ett bemötande som stärker individens tilltro till egen förmåga att hantera sin situation. Detta handlar om att i den kliniska vardagens alla patientmöten, utveckla och stödja patienten. Det är särskilt viktigt i all omsorg och hälso- och sjukvård för dem som lever i en utsatt social situation (Chen och Miller 2013; Matthews et al. 2010; Kristenson et al. 2004). Hur de psykosociala faktorerna hänger samman med en god och jämlik hälsa beskrivs mer utförligt i en av Kommissionens underlagsrapporter om betydelsen av psykosociala faktorer för en jämlik hälsa (Kristenson 2017a).

Hälso- och sjukvården är, liksom det mesta i vårt samhälle, anpassad efter hur vi förväntar oss att andra människor fungerar. Problemet är att förväntningarna grundar sig på en norm som många gånger inte stämmer med verkligheten. Därför är det viktigt att vårdpersonal i mötet med patienten reflekterar över hur den egna positionen och normer påverkar agerandet. Kärnan är att fundera över vad det är vi förmedlar, medvetet eller omedvetet, och utifrån detta utveckla ett beteende som utgår från *ett icke-diskriminerande förhållningssätt*. De sju diskrimineringsgrunderna är i detta sammanhang en viktig utgångspunkt; kön, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion, funktionsnedsättning och ålder samt socioekonomisk status. Grupper som därutöver särskilt bör uppmärksammas är de som har utländsk bakgrund, personer med psykisk ohälsa och personer med intellektuell funktionsnedsättning.

En central del i vårdmötet är *informationen och kommunikationen* mellan vårdpersonal och patienten. Vårdpersonalen och organisationen bör utveckla sin förmåga att kommunicera så att det är

möjligt för alla patienter att förstå och värdera hälsoinformation.[86] Aktuella studier visar att nästan varannan patient lämnar vården utan att ha förstått vad som sades (se t.ex. Sørensen et al. 2015). Studierna visar också att detta är vanligare bland personer med lägre socioekonomisk position eller som inte behärskar språket. Ojämlikheten i vårdens insatser och resultat kan därför till viss del förklaras av bristande kommunikation. Det finns strategier för att stärka förmågan att kommunicera så att hälsoinformation är möjlig att förstå t.ex. genom s.k. ”teach-back” som är en metod där patienten ombeds sammanfatta och återberätta informationen. Grundläggande är också att det finns tillgång till blindskrift för blinda, teckenspråkstolk för döva och en professionell tolk för personer som inte kan svenska. En professionell tolk är viktig för att ge god vård till den som inte kan landets språk men också som ett stöd för att kunna värdera och använda sig av hälsoinformation. Exempelvis kan hälsoinformatörer med språklig och kulturell kunskap utgöra en dubbelriktad kontaktlänk mellan vården och personer som inte kan det svenska språket. Även, utbildade förlossningsstödjare, s.k. doulor, har visat sig vara viktiga i mödrahälsovården som brobyggare mellan kulturer.

Det är angeläget att utveckla organisering av vården så att det över tid är samma person eller personer i ett team som träffar patienten. Med *kontinuitet i vården* skapas tillit, trygghet, kunskap och en god och säker vård. Sverige har, i internationella jämförelser, brister vad gäller kontinuiteten. Kontinuitet är särskilt viktigt för den som har en utsatt social situation, bristande tillit till systemet, har språksvårigheter eller av andra skäl behöver stöd i att bygga en förtroendefull relation med läkaren. Särskilt angeläget är kontinuiteten för långtids- eller kroniskt sjuka personer med stora vårdbehov liksom de med sammansatta sociala och medicinska behov. Vården av multisjuka äldre ställer exempelvis särskilda krav på kontinuitet i vårdkedjan. För att det ska fungera tillfredställande krävs ett väl utvecklat samarbete mellan professioner i multiprofessionella team, men också mellan verksamheter och organisationer dvs. landsting och kommun – sjukhusvården, primärvården och den kommunala vården och omsorgen (Kvarnström et al. 2011, 2012; Berlin et al. 2009).

[86] Begreppet hälsolitteracitet används för en persons förmåga att få tag på, förstå, kommunicera, värdera och använda sig av hälsoinformation. I dag används allt oftare begreppet hälsolitterat organisation för att tydliggöra ansvaret hos den som förmedlar information.

Mot bakgrund av bemötandets betydelse för en jämlik hälso- och sjukvård är Kommissionens bedömning att det på alla samhällsnivåer bör vidtas åtgärder för att öka kunskapen om vad bemötandet, i denna breda bemärkelse, innebär för vårdens resultat och verka för att sträva efter att alla delar som här redogjorts för nås.

Kommissionen vill särskilt peka på behovet av att lyfta in denna bredare aspekt på bemötandefrågor i grund- och specialistutbildningar på vårdutbildningarna. Det finns i dag nationella mål kring bemötande för samtliga vårdutbildningar och arbete pågår i olika grad i olika delar av landet. Detta arbete innefattar emellertid endast i begränsad utsträckning kunskaper om t.ex. ett icke-diskriminerande arbetssätt och förståelsen för bemötandets betydelse för jämlik vård och hälsa. För att stärka detta behöver de nationella målen i utbildningen för vårdens professioner utvecklas i detta avseende. Denna kompetens behöver också stärkas genom löpande fortbildningsinsatser för dem som i dag är verksamma i vården, men också för dem som planerar och beslutar om verksamheten hos vårdgivarna.

Det pågår också flera olika arbeten i landstingen kring bemötande och patientcentrerat arbetssätt, vilket vi belyser med några exempel.

Inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKL om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar har SKL i ett projekt utvecklat nya patientcentrerade arbetssätt och metoder inom primärvården. Utgångspunkten är att utforma tjänster som utgår från olika patientgruppers behov och förutsättningar. Under 2016 har SKL övergått till att främst stödja landstingen i deras utvecklingsarbete hos sina egna vårdcentraler.[87]

I ett annat projekt (Lärandeprojektet) har Socialstyrelsen och Diskrimineringsombudsmannen tagit fram ett utbildningsmaterial som syftar till att stödja personal i hälso- och sjukvården att arbeta systematiskt med bemötande och jämlik vård. Tanken är att inkludera bemötandet och de icke-diskriminerande arbetssätten i ledningssystemet och arbeta systematiskt med tillgänglighet, individanpassning, delaktighet, patientsäkerhet, närståendestöd, kommunikation och information samt med att sätta patientens behov i centrum (Socialstyrelsen och Diskrimineringsombudsmannen 2015).

[87] Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. – Överenskommelse mellan staten och SKL 2017.

Det nationella nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS), arbetar sedan många år systematiskt med att utveckla, sammanställa och sprida aktuella kunskaper och metoder om det personcentrerade och hälsofrämjande mötet med målet att stärka patientens tilltro till sin förmåga. Nätverket har tagit fram ett webbaserat läromaterial[88] som avser att genom diskussion väcka eftertanke och ge uppslag till utveckling. Detta arbete sker bl.a. i samverkan med Göteborgs centrum för personcentrerad vård vilket bedriver forskning, metodutveckling och undervisning om personcentrerad hälso- och sjukvård.

Inom ramen för Nationella självskadeprojektet som på uppdrag av regeringen och SKL utvecklat och samordnat kunskap kring självskadebeteende har det arbetats fram rekommendationer för insatser vid självskadebeteende.[89] Dessa rekommendationer tydliggör behov av rätt bemötande och den första rekommendationen är att patienten ska bemötas med medkänsla, respekt och värdighet. All personal, inom både vård och administration, ska ha specifika kunskaper för att i sitt uppträdande kunna förmedla detta. Projektet har också tagit fram ett antal olika utbildningskoncept som syftar till att hjälpa verksamheter som vill förbättra sin kompetens och förmåga att möta personer med självskadebeteende.

Det finns också exempel på metoder som syftar till att stärka patientens inflytande och delaktighet i vården. I de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och liknande tillstånd lyfts en speciell metodik fram som kallas *delat beslutsfattande* (shared decision making), som förbereder och ger patienten strategier för att fatta välgrundade beslut om sin egen vård.

Kommissionens bedömning är att det angeläget att det sker ett långsiktigt och systematiskt arbete kring bemötandefrågor och att det frigörs arbetstid för diskussion, reflektion och utbildning. Det är därmed viktigt att öka kunskapen hos beslutsfattare och medarbetare och medvetandegöra betydelsen av bemötandet för vårdens jämlika och hälsofrämjande insatser och resultat.

[88] hfsnatverket.se
[89] nationellasjalvskadeprojektet.se

En förstärkning av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete för patienter och befolkning

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

– utveckla de nationella målen i grund- och specialistutbildningen samt fortbildning för vårdens professioner så att de ger tydligare kriterier vad gäller kunskap om förebyggande arbete, om hälso- och sjukvårdens roll samt vikten av att det bedrivs jämlikt.

Landstingen bör

– samla och tillämpa erfarenheter av åtgärder för att nå de personer som inte kommer på screeninginsatser och vidta åtgärder för att de ska komma,

– stärka förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete dels vad gäller rådgivning till patienter om levnadsvanor, dels vad gäller uppsökande insatser till vuxna befolkningsgrupper i vissa åldersgrupper,

– ge primärvården ett tydligt primärpreventivt uppdrag, med ansvar för att arbeta förebyggande både genom individuella insatser och i samarbetet med andra aktörer,

– organisera hälsoundersökningar som når många av de nyanlända och flyktingar och som också omfattar psykisk hälsa och tandhälsa.

Kommissionen anser att det är viktigt att hälso- och sjukvården stärker sitt förebyggande arbete för enskilda och för hela befolkningen. Det förebyggande arbetet avser att förhindra att sjukdom uppkommer men också att förhindra återinsjuknande och tidig upptäckt av sjukdom. Detta arbete bör bedrivas utifrån ett jämlik-hälsa perspektiv. Samtidigt bör staten stötta denna utveckling genom att stödja forskning men också ge lämpliga kunskapsmyndigheter i uppdrag att sammanställa och tillhandahålla kunskap om effektiva metoder för det förebyggande arbetet. Staten kan också ge förutsättningar för denna utveckling genom att utveckla kunskapsmål i såväl grundsom vidareutbildningen av vårdens professioner om det förebyggande

arbetet, om hälso- och sjukvårdens roll samt vikten av att det bedrivs jämlikt. Det är också viktigt att huvudmännen efterfrågar denna kompetens vid anställning av både medarbetare och chefer.

En åtgärd för tidig upptäckt av vissa cancersjukdomar och annan sjukdom är hälso- och sjukvårdens screeningverksamhet som innefattar t.ex. mammografi för att upptäcka tidiga stadier av bröstcancer och gynekologisk cellprovtagning för tidig upptäckt av livmoderhalscancer. Detta erbjuds alla kvinnor i vissa åldersgrupper och anses ha bidragit till lägre dödlighet i dessa sjukdomar. Låg socioekonomisk position är förenat med ett lägre deltagande i mammografiscreening liksom deltagande i cellprovstagning. Även utrikesfödda kvinnor har lägre deltagande (Malmö stad 2013). Viktiga faktorer för högre deltagande är låg eller ingen avgift för undersökning, tillgänglighet samt påminnelser vid uteblivet deltagande. Lågt deltagande kan också bero på att mottagaren inte kan läsa eller förstår inbjudan. Det kan också bero på kulturella orsaker att man vänder sig till vården först vid sjukdom.

Det är angeläget att alla deltar i de screeninginsatser som erbjuds. Kommissionen föreslår därför att landstingen aktivt analyserar vilka som inte kommer på screeninginsatser och utvecklar åtgärder för att nå dessa. Landstingen bör i detta sammanhang ta till vara på erfarenheter från de delar av landet som utvecklat arbetsmetoder som kraftfullt höjt deltagandet.

De flesta kroniska sjukdomar är möjliga att förebygga genom att påverka de fyra levnadsvanorna låg fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, tobaksbruk och riskbruk av alkohol som, enligt samstämmiga analyser anses ligga bakom cirka 80 procent av alla hjärtsjukdomar och stroke, liksom 30 procent av all cancer. Effektiva insatser som främjar goda levnadsvanor är därför grunden i preventionen av våra stora folksjukdomar och våra levnadsvanor har också betydelse för patientens sjukdomsprognos. Eftersom sämre levnadsvanor konsekvent är vanligare bland personer med låg socioekonomisk situation, är hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga sjukdomar genom att främja goda levnadsvanor särskilt angelägna i dessa grupper. Det finns i dag god evidens för effekter av sjukvårdens sjukdomsförebyggande insatser genom rådgivande samtal med patienter om tobak, riskbruk av alkohol, fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor (Socialstyrelsen 2011a). Rådgivande samtal är grunden för Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande in-

satser i hälso- och sjukvården. Utgångspunkten för riktlinjerna är att ett möte som sker i dialog och som utforskar individens värderingar och motivation har störst möjligheter att bidra till en förändring av en levnadsvana.

Den strukturerade uppsökande verksamheten i landet som avser alla gravida inom mödrahälsovården och för alla barn inom barnhälsovården anses vara en central orsak till den låga dödligheten i Sverige vid förlossningar och till svenska barns goda hälsa. Tanken är att alla ska ges samma insatser men mer och anpassade insatser ska ges till dem som behöver det, s.k. proportionell universalism. Vissa studier visar att denna ansats behöver stärkas (se t.ex. Wallby och Hjern 2011). Det är viktigt att värna, stärka och utveckla insatserna så att de både fortsätter att vara generella men också anpassas för att motsvara olika behov. Kommissionen diskuterar detta även i avsnitt 4.1 och föreslår att regeringen bör utreda förutsättningarna för en sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård i syfte att kunna följa barnen under uppväxten och vid behov bättre kunna anpassa insatser.

Den form av systematiskt, befolkningsinriktat förebyggande arbete som sker för barnen sker fortfarande i mycket begränsad utsträckning i den vuxna befolkningen. Cirka 40 procent av de som får en hjärtinfarkt före 70 års ålder dör innan de kommer till sjukhus och andelen är högst bland de med en lägre socioekonomisk position (Rosvall et al. 2008). Därför är förebyggande insatser innan sjukdom brutit ut angelägna.

Riktade hälsoundersökningar, som är kopplade till ett hälsosamtal, i form av en dialog utifrån deltagarens egen hälsoprofil som genomförs inom ramen för Västerbottens VIP-program (Västerbotten Intervention Programme) och Jönköpings län har till skillnad från allmänna hälsokontroller visats vara ett kostnadseffektivt sätt att minska insjuknande och död, men också i att minska sociala skillnader i hälsa (Blomstedt et al. 2015; Lingfors et al. 2009). Kommissionen gör bedömningen att landstingen behöver stärka förutsättningar för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete i den vuxna befolkningen dels när det gäller rådgivning om levnadsvanor för patienter men också genom uppsökande insatser. Kommissionen anser att det bör ske på ett liknande sätt som skett i Västerbotten i syfte att förebygga de stora folksjukdomarna.

Effekterna av förebyggande insatser riktade till både individer och befolkningen kan stärkas genom att hälso- och sjukvården samarbetar med andra aktörer i samhället, som t.ex. skolan och civilsamhället. I Stockholms läns landsting har en försöksverksamhet bedrivits vid sex vårdcentraler i socialt och ekonomiskt utsatta bostadsområden, med extra stöd till befolkningsinriktade förebyggande och hälsofrämjande insatser. Aktiviteter har bl.a. inkluderat samverkan med lokala organisationer, utåtriktade s.k. hälsodagar med gratis mätning av blodtryck och blodsocker, promenadgrupper och samtalsgrupper för personer med hälsoproblem som står utanför arbetsmarknaden.

De utåtriktade aktiviteterna har visat sig vara ett sätt att nå personer som annars inte söker vård (Fritzell et al. 2016). I detta sammanhang kan också nämnas Angereds närsjukhus som organiserade öppen spirometri på torget i Angered, vilket visade att 30 procent av besökarna hade indikationer på lungsjukdomen KOL utan att veta om det.

Forskning visar att störst effekt av hälsoarbetet ger en kombination av individinriktade primärpreventiva insatser inom primärvården med samhällsinriktade åtgärder i samverkan med andra aktörer (Lingfors et al. 2009). En förutsättning för att det ska ske i större skala är att det finns uppdrag och resurser för detta. Kommissionen föreslår därför att primärvården bör ges ett tydligt primärpreventivt uppdrag, som innefattar ett uppdrag att arbeta primärt förebyggande både genom individuella insatser mot vissa grupper i befolkningen (på befolkningsnivå) såsom med hälsosamtal men också på samhällsnivå genom att kombinera detta med insatser i lokalsamhället i samarbete med andra aktörer t.ex. skolan. Förutsättningar för att fylla detta uppdrag behöver ges, vad gäller kompetens, personal och ekonomi. Som tidigare nämnts stödjer Kommissionen den föreslagna inriktningen att stärka primärvårdens resurser och bedömer att det inom ramen för denna förstärkning bör skapas ett tydligt utrymme för primärvården att kunna fylla detta uppdrag.

En ny lag från första juli 2013 ger papperslösa utökad rätt till vård och anger också att alla asylsökande vuxna och barn, så snart som möjligt efter ankomsten till Sverige, ska erbjudas en kostnadsfri hälsoundersökning (SFS 2013:407). Det som orsakar mest omfattande lidande i dessa grupper är den psykiska ohälsan. Kommis-

sionen menar att det är viktigt att fånga upp flyktingars ohälsa i tid. Det är därför avgörande att vårdpersonal får strukturerade instrument och adekvata metoder för att identifiera riskfaktorer för psykisk ohälsa och tidigt kunna ge insatser för att förebygga ohälsa. Därtill behövs fungerande vårdkedjor för traumastöd. Kommissionen anser att hälsoundersökningarna för nyanlända och flyktingar bör nå fler. Hälsoundersökningarna bör vara av god kvalitet och också omfatta psykisk ohälsa och tandhälsa.

En tandvård som ses som en del av hälso- och sjukvården

Kommissionens förslag:
Regeringen bör utreda förutsättningarna för minskade patientavgifter inom tandvården. Kommissionen menar att tandvården på sikt bör ses som en del av hälso- och sjukvården.

Andelen som av ekonomiska skäl avstår från att besöka tandvården, trots behov, är betydligt större inom tandvården jämfört med hälso- och sjukvården. Den vanligaste orsaken till att avstå tandvård är av ekonomiska skäl (SOU 2015:76). Det är vanligt att unga, lågutbildade, låginkomsttagare, utlandsfödda och ensamstående inte har kontakt med tandvården. Den fråga som uppstår är om tandvården borde ingå som en del av det övriga hälso- och sjukvårdssystemet.

Detta är relevant av flera skäl. Fungerande tänder är nödvändigt för att äta, därtill är det i dag ett socialt stigma att ha trasiga tänder. Dessutom finns i dag omfattande kunskap om betydelsen av tandhälsan för hälsan generellt, dålig tandhälsa är en riskfaktor för folksjukdomar som kärlkramp, hjärtinfarkt och stroke men också en riskfaktor för förtidig förlossning (Söder et al. 2016; Söder et al. 2015; Moutsopoulos och Madianos 2006).

Tandvården har under många år varit en föregångare i det preventiva arbetet, särskilt vad gäller kariesprevention och dagens unga generation har en helt annan tandhälsa än tidigare generationer. I dag ser vi emellertid stora, och stigande, skillnader i kariesförekomst mellan olika socioekonomiska grupper. Fluorsköljningar togs bort i många delar av landet under 1990-talet då den positiva effekten av fluortandkräm dokumenterats. En effekt av fluortandkräm förutsätter emellertid en regelbunden tandborstning, vilket i mindre grad

förekommer i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar (Kristenson 2017b).

För att minska ojämlikheter i munhälsa ges särskilda förebyggande insatser i utsatta områden, såsom återinförande av fluorsköljningar eller fluorlackningar och munhälsolektioner i skolan. Detta bör också kombineras med att påverka matvanor.

Mot denna bakgrund anser Kommissionen att tandvården på sikt bör vara en del i hälso- och sjukvården. Det finns ett ömsesidigt beroende mellan tandhälsa och hälsa. Munhälsan påverkar allmänhälsan och allmänhälsan påverkar munhälsan. I dag finns det en hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763) och en tandvårdslag (SFS 1985:125) som reglerar dessa verksamheter. När den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes 1974 var syftet att göra tandvård ekonomiskt tillgänglig för hela befolkningen på lika villkor. Försäkringen omfattade alla typer av behandlingar och subventionen omfattade alla åtgärder. Statens utgifter för tandvård fördubblades dock mellan 1974 och 1980, i fasta priser. För att motverka kostnadsökningen fick patienterna gradvis betala en allt större del av tandvårdskostnaderna (SOU 2012:2).

Kommissionen är medveten om att det kan finnas ekonomiska skäl till att inte göra tandvården som en del av hälso- och sjukvården. År 2011 debiterades patienterna för 14,3 miljarder kronor (Försäkringskassan 2012). I Vårdavgiftsutredningen (SOU 2012:2) konstaterades att tandvård har den högsta egenavgiftsandelen och står för cirka 60 procent av totalkostnaderna. Detta kan jämföras med läkemedel där egenavgifternas andel uppgår till 22 till 23 procent för receptbelagda läkemedel. Om samma patienttaxa ska gälla som inom hälso- och sjukvården innebär det betydande kostnader för den offentliga sektorn.

Kommissionen menar dock att det utifrån ett hälsoperspektiv, särskilt utifrån ett jämlik-hälsa perspektiv, är svårt att motivera de stora skillnaderna i självfinansiering mellan de olika systemen eftersom personers ekonomiska förutsättningar, med nuvarande självfinansiering, skapar en ojämlikhet i tillgången till tandvård. Kommissionen menar därför att på sikt bör tandvården likställas med övrig hälso- och sjukvård, men i det korta perspektivet bör förutsättningarna för att minska patientavgifterna utredas. Effekterna av att ytterligare subventionera tandvårdstjänster behöver noggrant analy-

seras och en plan tas fram för hur tandvården på sikt kan ses som en del av hälso- och sjukvården.

Landsting bör styra, leda och organisera sin verksamhet, mot en jämlik vård

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- ge tilläggsuppdrag till utredaren för arbetet med att utveckla primärvården (dir. 2017:24) att tillsammans med landsting utveckla de bästa formerna för ett återupprätta områdesansvar för befolkningens hälsa och hur detta bäst kopplas till primärvården och andra aktörer,
- tillämpa konsekvensanalyser, avseende effekter på jämlik hälsa, före alla beslut om nya reformer i hälso- och sjukvården,
- se över lagstiftningen för att möjliggöra att huvudmannen eller registerhållaren kan koppla data från kvalitetsregister och andra hälsodataregister (inklusive rapporterade vårdskador) och de klagomål som inkommer till patientnämnderna till socioekonomisk situation som bas för förbättringsarbete.

Landsting bör

- formulera tydliga, uttalade mål för en god och jämlik vård och hälsa,
- inkludera en systematisk analys av skillnader mellan socioekonomiska grupper i det ordinarie kvalitets- och förbättringsarbetet,
- organisera uppföljningen så att skillnader i vårdens insatser och resultat följs i syfte att bevaka att en god och jämlik hälsa nås,
- utreda förutsättningarna för att skapa regionala kompetenscentra med ansvar för löpande och systematisk, folkhälsobevakning och sjukvårdsanalys av både jämlik hälsa och jämlik vård.

Hälso- och sjukvårdslagen slår fast att ”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (SFS 1982:763, 2§). Att lagen inte uppfylls beror på flera faktorer hos patienten, vårdgivaren och organisationen. Enligt samordnaren för en *Effektiv vård* är det organisationens uppgift att skapa förutsättningar för hur väl vården möter patientens olika behov såväl medicinska behov som trygghet, kontinuitet och information (SOU 2016:2).

Det finns omfattande dokumentation som beskriver att organiseringen av vården påverkar dess jämlikhet. Kanske mest uppenbart är att tillgången till vård påverkas av dess geografiska distribution. Omdebatterat är också på vilket sätt det fria vårdvalet och fri etableringsrätt påverkar jämlik vård och reformen har tagit olika form på olika håll i landet. En avhandling från Karolinska institutet om effekter av Vårdval Stockholm (Agerholm 2016) visar att besöken till primärvård ökat i hela befolkningen men mindre bland personer med större behov av vård. Vidare har resurser till primärvården ökat mer i områden med högre medianinkomst och minskat i områden med lägre medianinkomst. Negativt är också att etableringen styrs av vårdgivarna och inte av behov.

Kommissionen anser att även regeringen bör analysera konsekvenser utifrån ett jämlikhetsperspektiv före beslut om nya reformer i hälso- och sjukvården. Reformer bör inriktas på jämlikare förutsättningar över landet och mellan olika patientgrupper för att minska ojämlikhet och fokusera resurser på de som har större behov.

Det är patienter som har komplexa vårdbehov som konsumerar merparten av vårdens resurser och det är inte sällan äldre med flera kroniska sjukdomar. Samordnaren för en effektiv vård har föreslagit en särskild organisation för äldre med omfattande behov (SOU 2016:2). Personer med kroniska sjukdomar behöver en hälso- och sjukvård som är anpassad till långa och komplexa sjukdomsförlopp med ett stort behov av kontinuitet och med hög delaktighet från patienten. I dag finns det ingen som tar ansvar för hela vårdförloppet.

Utredningen om en effektiv vård föreslår en organisatorisk uppdelning av primärvården i en allmän primärvård och en riktad primärvård. Den riktade primärvården ska ta hand om primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov och denna vårdform ska undantas från det obligatoriska vårdvalet. Denna del av primärvården

och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst ska utföras gemensamt så att den äldre med omfattande behov får en sammanhållen vård och socialtjänst. Kommissionens bedömning är att en sådan satsning på primärvården och en sammanhållen vård för personer med kroniska sjukdomar också är en satsning på jämlik vård. Därtill vill Kommissionen lyfta behovet av insatser för de mest utsatta t.ex. de med sammansatta medicinska och sociala behov som ofta är kombinerade med missbruksproblematik och psykisk ohälsa.

Landsting har också en generell hälsostrategisk roll, som går längre än den vårdande verksamheten för patienter som uppsöker vården. Kommissionen anser därför att områdesansvaret för befolkningens hälsa bör återupprättas. Områdesansvar, för folkhälsan, fanns tidigare i primärvården men försvagades i och med Husläkarreformen och försvann definitivt i och med Vårdvalsreformen. Förslaget avser inte att ta bort eller förändra individens möjlighet till fritt val av listad läkare. Det lokala områdesansvaret innebär en organisering med ansvar att, genom en systematisk analys av hälsoutvecklingen och dess orsaker, ha kunskap om befolkningens hälsa inom ett geografiskt område.

Inom ramen för områdesansvaret bör vården ge stöd till förebyggande och hälsofrämjande insatser i samarbete med andra aktörer i lokalsamhället, särskilt kommuner och civilsamhälle. Kommissionen anser att det är lämpligt att bilda lokala folkhälsoråd med politiker och tjänstemän som prioriterar genomförandet av olika primärpreventiva och hälsofrämjande insatser utifrån analyser av hälsoläge och dess orsaker. Detta arbete bör ha nära koppling till ordinarie beslutsprocesser och kunna kopplas till strategiska arbeten som t.ex. stadsplanering och andra redan existerande samarbetsformer.

Att åter införa områdesansvar är en fråga för landstingen. Kommissionen föreslår emellertid att den utredare som fått i uppdrag att stödja landstingen m.fl. i arbetet med att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24) bör få i tilläggsuppdrag att utreda hur ett områdesansvar kan kopplas till primärvården.

En grund för jämlik vård är att vårdens uppdrag och avtal innehåller tydliga, uttalade mål kring jämlik vård och hälsa. Kommissionen anser att det är nödvändigt att hälso- och sjukvårdens ledning och styrning har denna inriktning i det löpande kvalitets- och förbätt-

ringsarbetet. Det är också viktigt att kontinuerligt följa vårdens insatser och resultat för att följa om en god och jämlik hälsa nås.

En förutsättning för resultatuppföljning är att det finns tillgång till data för att mäta och analysera förändring. Ett sådant redskap finns i dag genom nationella kvalitetsregister som ger möjligheter att följa hälso- och sjukvårdens processer och resultat. Data från kvalitetsregister kan emellertid enbart analyseras på nationell nivå utifrån socioekonomisk situation, eftersom dessa data på lokal nivå inte får kopplas till registerdata utan forskningsfråga och etiktillstånd. Av denna anledning kan inte huvudmannen, eller registerhållaren, göra samma analyser för sina patienter och inte heller själv följa effekter av insatser. För detta krävs lagstiftning som möjliggör koppling av data från kvalitetsregister till socioekonomisk position. Kommissionen föreslår därför att regeringen tar initiativ till att se över lagstiftningen för att göra det möjligt för huvudmannen att göra sådana samkörningar i syfte att användas i utveckling av verksamheten.

För att ge förutsättningar för att hälso- och sjukvårdens ledning och styrning och uppföljning, både vad gäller dess kliniska verksamhet som de förebyggande insatserna, med utveckling av ett områdesansvar som stödjer ett arbete för jämlik vård och hälsa, behöver starkare stödstrukturer etableras än de som finns i dag. Kommissionen förslår därför att landstingen utreder förutsättningarna för att skapa regionala kompetenscentra som ansvarar för löpande och systematisk folkhälsobevakning och sjukvårdsanalys av både jämlik hälsa och jämlik vård, samt för att stödja det regionala och lokala arbetet för en jämlik vård och hälsa. Dessa kompetenscentra bör vara en syntes och förstärkning av existerande verksamheter för folkhälsobevakning, analys av kvalitetsregister (registercentra) och resurscentra och tillhandahålla professionell kompetens till det regionala och lokala arbetet för jämlik hälsa och vård.

5 Mer strategisk styrning och uppföljning – förutsättningar för ett förebyggande och långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa

Kommissionen har i såväl sitt första som sitt andra delbetänkande (SOU 2016:55 respektive SOU 2017:4) pekat på att det finns ett antal frågor relaterade till styrning och uppföljning av verksamheter som påverkar en god och jämlik hälsa, som Kommissionen menar behöver diskuteras.[1]

I vårt andra delbetänkande diskuterade vi ingående styrningen och uppföljningen av folkhälsopolitiken och lade ett antal förslag om hur det folkhälsopolitiska ramverket kan utvecklas för att skapa bättre förutsättningar för att nå målet om en god och jämlik hälsa. En bärande tanke i detta arbete var att ett utvecklat folkhälsopolitiskt ramverk är *en* förutsättning för att ett kontinuerligt och långsiktigt arbete ska komma till stånd.

I delbetänkandet lyfts bl.a. vikten av tydligare mål med tydligare fokus på jämlikhet, ett angreppssätt som inkluderar en bredd av områden och att inkludera alla berörda aktörer och sektorer på nationell, regional och lokal nivå.

Kommissionen pekade vidare på att det finns ett antal mer generella frågor relaterade till styrning och uppföljning, som är viktiga att diskutera, men som faller utanför det som det folkhälsopolitiska ramverket omfattar.

[1] Med styrning och uppföljning avser vi alltifrån styrning med mål, författningar, ekonomiska medel, kunskap, organisationsstyrning samt genom uppföljning och utvärdering.

Detta rör sig om frågor som genomgående har lyfts som viktiga såväl inom Kommissionen, som i Kommissionens dialog och enkätundersökningar bland en stor bredd av aktörer på nationell, regional och lokal nivå; av offentliga aktörer men även av andra, t.ex. det civila samhället. Flera av frågorna har också behandlats av olika utredningar.[2]

Dessa mer generella frågor relaterade till styrning och uppföljning handlar på ett övergripande plan om ett behov av att skapa förutsättningar för ett främjande, förebyggande och långsiktigt arbete som kan främja en god och jämlik hälsa. Detta kan i sin tur brytas ner till följande frågor.

– Verksamheter och ledningsstrukturer som har medborgarnas behov och intressen i centrum, liksom likvärdighet och jämlikhet.
– Ett sektorsövergripande angreppssätt, med utvecklad samverkan och samordning mellan olika områden och processer på nationell nivå så att olika målkonflikter och perspektivträngsel inte förs vidare till myndigheter och den regionala och lokala nivån.
– Samverkan på den lokala och regionala nivån, oaktat vad den nationella nivån gör, samt effektiv ansvarsfördelning och relationerna mellan nationell, regional och lokal nivå.
– Finansieringsmodeller och arbetssätt som har ett socialt investeringsperspektiv och främjar ett effektivt användande av offentliga resurser med tydligt fokus på förebyggande arbete och långsiktighet, samt ger incitament till metodutveckling.[3]
– Ett stärkt kunskapsbaserat arbete genom bättre uppföljning, utvärdering och forskning samt tätare dialog mellan politiker, profession och akademi.

[2] En av de mer omfattande och djupgående analyserna av utmaningar för samhällsorganisationen har gjorts av Ansvarskommittén. Kommittén identifierade bl.a. fyra förutsättningar för att hantera dessa utmaningar:
– utvecklingskraft (förmåga till utveckling och förnyelse),
– ett ökat medskapande,
– helhetssyn och minskad sektorisering, samt
– ökad tydlighet i ansvars- och uppgiftsfördelningen (SOU 2007:10).

[3] Detta är också ett uttalat uppdrag i Kommissionens direktiv (dir. 2015:60).

Det finns även en stor mängd andra frågor av övergripande karaktär som påverkar möjligheterna att arbeta för en god och jämlik hälsa. Exempelvis är behovet av en långsiktig och strategisk kompetensförsörjning inom bl.a. förskolan, grundskolan, hälso- och sjukvården och omsorgen en avgörande fråga. Ytterligare frågor av stor vikt är ledarskap och en ändamålsenlig organisering av offentlig verksamhet. Utmaningarna när det gäller detta går igenom flera av Kommissionens åtta föreslagna målområden.

Kommissionen är väl medveten om att de frågor vi lyfter här inte på något sätt är nya frågor eller problem och vi gör heller inte anspråk på att komma med några färdiga lösningar. Ett antal tidigare utredningar, offentliga diskussioner och förslag från olika aktörer har behandlat dessa generella problem. Att de fortfarande kvarstår visar att de är komplexa och sannolikt inkluderar mål- och intressekonflikter. Detta gör det dock inte mindre viktigt att peka på deras betydelse också för en god och mer jämlik hälsa. Vi menar att dessa frågor är centrala också i detta sammanhang för att på ett generellt plan skapa förutsättningar för ett förebyggande och långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.

5.1 Verksamheter som utgår från medborgarna, jämlikhet och likvärdighet

Kommissionens bedömning:
Alla offentliga verksamheter som kan bidra till att främja en god och jämlik hälsa bör ha medborgarnas behov och intressen i centrum, och anlägga ett jämlikhets- och likvärdighetsperspektiv. Mer fokus måste läggas på de konkreta resultaten för medborgarna som t.ex. elev, patient och brukare, inte minst vad gäller likvärdighet i insatser och jämlikhet i resultat, och medborgarna bör ses som medskapare i utformandet av offentliga tjänster.

Som beskrivs i kapitel 3 ser Kommissionen två centrala faktorer som avgörande för förmågan för verksamheter inom välfärdssystemet att bidra med kollektiva resurser och därigenom också upprätthålla tilliten till samhällets institutioner. Förmågan att skapa *medborgarnytta* genom verksamheters kvalitet, tillgänglighet och utförande utgör den ena. Den andra aspekten handlar om i vilken grad insatserna

leder till ökad *likvärdighet och jämlikhet*. För att nå jämlika villkor och möjligheter för människor i olika sociala positioner och för kvinnor och män, flickor och pojkar, och därmed mer jämlik hälsa, krävs en likvärdig behandling för människor med olika bakgrund och förutsättningar, vilket i de flesta fall innebär olika behandling vad gäller insatsernas inriktning och mängd.

När vi här använder *medborgarbegreppet* gör vi det i vid mening. Vi knyter det inte endast till människor som har medborgarskap i Sverige utan till alla människor som lever i Sverige som har rätt att ta del av olika delar av väldfärden såsom utbildning, hälso- och sjukvård och olika ersättningssystem. Det är även viktigt att beakta grupper som i vissa fall faller utanför olika system.

Att utgå från medborgarnas behov och intressen och att skapa medborgarnytta i termer av faktiska resultat för medborgarna i form av t.ex. att kunna läsa och räkna, att ha gått ut skolan med fullständiga betyg, att ha ett arbete med en bra arbetsmiljö och försörjning, att få vård vid behov kan tyckas vare en självklarhet. I själva verket finns det dock många exempel på att de konkreta resultaten för medborgarna ibland brister och inte minst att de varierar mellan socioekonomiska grupper, mellan könen eller mellan andra grupper i befolkningen. Som beskrivs i kapitel 4.2 finns det t.ex. tydliga skillnader i skolresultat mellan elever med olika socioekonomisk bakgrund, det finns ökande skillnader i skolresultat (betyg) mellan skolor och det finns sedan länge skillnader i skolresultat mellan flickor och pojkar där låga eller ofullständiga betyg är vanligare bland pojkar. Med tanke på skolans kompensatoriska uppdrag finns det alltså brister i resultaten för medborgarna och i likvärdigheten, men också för samhället som helhet. Detta är ett av flera exempel.

Det finns flera tänkbara orsaker till detta. Vi har inte möjlighet att fördjupa oss i alla dessa. Innovationsrådet menar exempelvis att det offentliga i dag inte i första hand organiserats för att möta behov i människors liv och i företags verksamheter, utan snarare utifrån historiskt betingade regelverk anpassade efter det offentligas behov (SOU 2013:40). Exempelvis är reglerna för försörjningsstöd utformade för att det ska fungera som ett stöd under en begränsad tid, medan det i realiteten i dag i många fall har kommit att bli en långsiktig försörjning (Bergmark 2016). Innovationsrådet skriver också att många insatser har gjorts under flera decennier för att göra offentlig verksamhet mer inriktad på att möta dem verksamheten är

till för, men att alltför många fortfarande upplever att det är komplicerat att vara i kontakt med det offentliga. Detta är en beskrivning som styrks av många som Kommissionen har haft dialog med, av vilka många själva arbetar inom eller med t.ex. hälso- och sjukvården, skolan eller omsorgen.

Styrning i form av alltför ensidiga krav på kortsiktig effektivitet, snabbhet och resultat (såsom antal hanterade ärenden, besök per läkare eller andra mått som fokuserar mer på flöden och funktioner i organisationen än på resultat för medborgaren) är en annan möjlig orsak. Bristande resurser i relation till uppdragens storlek, antingen i form av för snäva ekonomiska ramar eller bristande kompetensförsörjning, liksom organisatoriska problem och bristande samverkan kan vara andra bidragande orsaker. I de olika avsnitten i kapitel 4 berörs dessa frågor i olika avseenden.

Kommissionen anser att en förutsättning för att åstadkomma en god och jämlik hälsa är att vi faktiskt återgår till det som har formulerats som det allmännas kärnuppdrag. Det handlar om att i varje led utvärdera varje beslut i det offentliga mot medborgarnyttan i termer av konkreta resultat i förhållande till det som är det allmännas främsta syfte; nämligen det som formuleras i regeringsformen 1 kap. 2 §:

> Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.

Det innebär att alla verksamheter som direkt eller indirekt kan bidra till en god och jämlik hälsa har i uppdrag att sätta medborgaren i centrum. Det kräver att alla aktörer håller dessa grundläggande mål för den offentliga verksamheten levande och aktuella. Chefer och medarbetare på alla nivåer har i uppdrag att göra analyser av vad beslut och insatser i verksamheten får för konsekvenser för möjligheterna till en god och jämlik hälsa. De enskilda medborgarnas välfärd som kompass för verksamheten är alltså en central utgångspunkt för en utvecklad välfärdspolitik enligt vår bedömning.

I nästa led bör besluten utvärderas mot om de skapar likvärdighet och jämlikhet i resultat för alla oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan tros-

uppfattning, funktionsförmåga, sexuell läggning, ålder, socioekonomisk bakgrund eller geografisk hemvist.

Detta anknyter också till Kommissionens förslag i vårt andra delbetänkande. Där föreslår vi ett något reviderat övergripande mål för folkhälsopolitiken med *ökat fokus på jämlikhet och på lika utfall a*v politiken: ”Att skapa samhälleliga förutsättningar *för en god och jämlik hälsa i* hela befolkningen”. Tanken med detta är att ta sikte på inte bara att skapa lika förutsättningar för en god och jämlik hälsa utan också på de facto resultaten av insatser för individer och grupper (SOU 2017:4, avsnitt 4.1).

Med jämlikhet och likvärdighet i fokus föreslår Kommissionen också i delbetänkandet att alla berörda politikområden bör integrera ett jämlik-hälsa perspektiv i sitt arbete. Vi kan samtidigt konstatera att ett mer generellt integrerat jämlikhetsperspektiv i arbetet på områden som arbetsmarknad och arbetsliv, utbildning, boende, försörjning osv. skulle vara ett viktigt steg mot att ha medborgarna i fokus och mot en god och jämlik hälsa.

Att ha medborgarna i fokus innebär, utöver att fokusera på de faktiska resultaten för medborgarna, även att involvera medborgarna i olika led i utformandet, genomförandet och uppföljningen av olika välfärdstjänster. Mot denna bakgrund vill Kommissionen lyfta vikten av dialog med det civila samhällets organisationer, olika typer av medborgardialog och brukarmedverkan som viktiga aspekter av att ha medborgarna i fokus. Förutsatt att sådana dialoger organiseras på ett sätt som inte enbart ökar redan resursstarka gruppers möjligheter att föra sin talan kan de utgöra komplement till de formella demokratiska processerna. Därigenom skulle också medborgarnas och brukarnas kunskaper och erfarenheter kunna användas för utveckling av välfärden och en ökad legitimitet skapas kring beslut om densamma.

Dessutom, som beskrivs i kapitel 3, sammanhänger välfärdsinstitutionernas funktion med samhällets funktion i stort. Om välfärdssystemen levererar konkreta resultat för medborgarna och fungerar transparent och rättvist stärks tilliten till systemet, systemet får bättre förutsättningar att fungera, vilket i sin tur är viktigt för villigheten att bidra till systemen via skattsedeln. I ett positivt samspel kan detta alltså leda till både bättre fungerande institutioner och samhällssystem i stort.

5.2 Ett sektorsövergripande angreppssätt med utvecklad samverkan och samordning

Kommissionens bedömning:
För att få till stånd ett förebyggande och långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa behövs ett sektorsövergripande arbetssätt och en utvecklad samverkan och samordning mellan olika områden, processer och perspektiv på nationell nivå (relaterat till t.ex. Agenda 2030) så att olika målkonflikter och perspektivträngsel inte förs vidare till myndigheter och den regionala och lokala nivån. Det behövs på samma sätt en utvecklad samverkan på den lokala och regionala nivån, samt mellan nationell, regional och lokal nivå. Detta inkluderar såväl offentliga aktörer, som det civila samhället, professioner, näringsliv och akademi.

I tidigare skeden av välfärdsstatens utveckling kunde påtagliga förbättringar av människors villkor uppnås genom satsningar och utveckling inom varje sektor för sig. Arbetsmarknadspolitik, bostadspolitik, utbildningspolitik och socialpolitik har var för sig utvecklats och bidragit till välfärdsbygget. Men människors liv hänger samman, och de olika delarna av välfärdspolitiken bör därför också göra det på ett tydligare sätt än i dag. Det krävs därför betydligt mer av tvärsektoriellt tänkande och agerande för att ta nästa steg i välfärdsutvecklingen.[4]

Som beskrivs i Kommissionens andra delbetänkande är folkhälsopolitiken ett exempel på ett tvärsektoriellt politikområde (SOU 2017:4). En god och jämlik hälsa är beroende av insatser på en bredd av områden, av en bredd av aktörer på alla samhällsnivåer. Detta gäller även ett antal andra politikområden som t.ex. jämställdhets-, barnrätts-, funktionshinders- och miljöpolitiken. För att nå målen inom dessa politikområden krävs också insatser över en bredd av mer specifika områden där ansvarigt departement, nämnd eller

[4] Ansvarskommittén hade samma uppfattning: ”Sektorisering är resultatet av en nödvändig, fortgående specialisering för att utveckla de offentliga verksamheterna och hantera en alltmer komplex omvärld. Sektoriseringen har dock avigsidor, inte minst för individer som har behov av insatser från flera sektorer samtidigt. Också inom tillväxt- och utvecklingspolitiken och i styrningen av kommuner och landsting skapar sektoriseringen problem. Sektoriseringen måste därför balanseras med tvärsektoriella, territoriellt baserade arbetssätt och perspektiv. Ett tvärsektoriellt arbetssätt är en förutsättning för att kunna hävda horisontella mål som jämställdhet, hållbarhet och integration” (SOU 2007:10, s. 14).

förvaltning inte själv äger alla verktygen. Dessa skiljer sig därmed i någon mån från mer traditionella sakområden såsom t.ex. utbildnings-, arbetsmarknads- eller bostadspolitiken. Samtidigt är även den senare typen av områden, kanske i dag även i högre utsträckning än förr, beroende av insatser på andra områden. Hur väl arbetsmarknadspolitiken fungerar är t.ex. i hög grad avhängigt hur utbildningspolitiken fungerar och alla sakområden påverkas i någon utsträckning av de sektorsövergripande perspektiv som de tvärsektoriella frågorna representerar.

Detta till trots, har det i Kommissionens dialogarbete liksom i våra enkätundersökningar (inte minst i svaren från kommuner, landsting och regioner), ofta framkommit en frustration över vad som beskrivs som ett ensidigt stuprörstänkande inom olika politikområden. Exempelvis har många kommunföreträdare pekat på problem att hantera regler och reformer på olika politikområden som inte tycks vara samordnade från den nationella nivån. Det beskrivs att detta inte sällan leder till målkonflikter och perspektivträngsel som det blir upp till den lokala nivån att lösa. En annan, till detta relaterad källa till frustration, rör skillnader i synsätt eller brist på förståelse mellan samhällsnivåer och en inte alltid tydlig ansvarsfördelning.

Mot denna bakgrund menar Kommissionen att helhetssyn och överblick i högre grad bör prägla politikformulering och genomförande av insatser. Alla aktörer på alla nivåer kan givetvis inte ha en total överblick hela tiden. I stället menar vi att det krävs mer av sektorsövergripande förståelse och tankesätt så att företrädare för en sektor eller politikområde vet vad som görs på andra områden och vid behov samverkar med relevanta aktörer och därmed bidrar till färre målkonflikter. *Jämlik hälsa* kan vara ett övergripande perspektiv, som förenar de olika väletablerade samhällssektorerna på ett förståeligt sätt.

Det finns flera andra pågående processer som också vill ta ett brett grepp över många sektorer. Det rör sig om exempelvis Agenda 2030, som har många beröringspunkter med Kommissionens arbete, och regeringens långsiktiga reformprogram mot segregation för perioden 2017 till 2025. I tillägg till dessa processer finns de tvärsektoriella politikområdenas arbete med egna sektorsövergripande målsättningar och integrering av sina olika men samtidigt överlappande perspektiv (jämställdhet, mänskliga rättigheter, miljö, funktionsförmåga osv.).

Med bristande helhetssyn och samordning av dessa sektorsövergripande processer och perspektiv (utöver bristande samsyn och samordning mellan sakpolitikområden i sina respektive stuprör) uppstår en stor mängd potentiella målkonflikter och vad som ibland benämns perspektivträngsel. Det är en realitet som påverkar aktörer på alla samhällsnivåer och inverkar negativt på förutsättningarna för att få genomslag för politik på alla områden, i vårt fall mer specifikt på förutsättningarna för att bedriva ett långsiktigt och förebyggande arbete för en god och jämlik hälsa.

Målkonflikter och perspektivträngsel utgör därmed en påtaglig risk för att det blir svårt att få genomslag för olika politikområdens mål och att ingen av de grupper som de olika perspektiven representerar får någon nämnvärd förbättring av sina möjligheter eller villkor. Om olika mål och perspektiv adderas som om de vore helt oberoende av varandra skapas i stället en konkurrenssituation där olika grupper i första hand framhåller den egna gruppens problem snarare än att se de gemensamma nämnare som finns mellan många utsatta gruppers situation. Detta kan i stället missgynna alla.

Det är svårt att i praktiken särskilja målkonflikter från perspektivträngsel, dessa är ofta sammanflätade på olika sätt. Om vi utgår från medborgarnytta och att ha fokus på likvärdighet och jämlikhet menar Kommissionen att en viktig utgångspunkt för att lösa *målkonflikter* är att luta sig mot det som är det offentligas främsta uppgift enligt grundlag, dvs. att den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för verksamheten och att särskilt trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg, trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. Detta bör alltså vara rättesnöret att hålla sig till om, eller snarare när, målkonflikter uppstår. Det i sig löser naturligtvis inte alla målkonflikter, men att väga en ny åtgärd mot dess effekter för medborgarna på dessa kärnområden bedömer Kommissionen som en god utgångspunkt. Att alla verksamheter bör arbeta utifrån dessa grundläggande mål betyder heller inte att alla ska göra allt; arbetsdelningen mellan olika sektorer är nödvändig för att verksamheterna ska kunna bedrivas effektivt. Det krävs däremot en minsta gemensam nämnare för att dessa sektorer och verksamheter sammantaget ska ge god medborgarnytta, vilket är vad Regeringsformens andra paragraf utgör.

När det gäller det problem som många upplever med s.k. *perspektivträngsel* vill Kommissionen understryka att nästan alla dessa

tvärsektoriella perspektiv i grunden handlar om att påverka ojämlika livsvillkor och möjligheter. För att det samlade arbete för att skapa mer likvärdiga villkor och möjligheter generellt sett ska få genomslag måste därför dessa specifika perspektiv fås att förstärka och berika varandra i stället för att konkurrera och tränga ut varandra. Det är därför enligt vår mening helt avgörande att representanter för olika perspektiv aktivt arbetar för att skapa ömsesidigt förstärkande processer. Detta har också bäring på det vi tidigare diskuterat kring jämlikhet och likvärdighet.

Allt detta är naturligtvis lättare sagt än gjort. Kommissionen vill dock uppmuntra till insatser för att skapa en tydligare helhets- och samsyn kring det offentligas uppdrag, att alla vet hur och med vad de kan och bör bidra, i vilket skede och samverkan och samarbete vid behov. Det övergripande uppdraget kan knytas direkt till grundlagen, eller operationaliseras till att kopplas till Agenda 2030 eller att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Det senare har, som beskrivs i Kommissionens första delbetänkande (SOU 2016:55), varit en framgångsrik väg i flera regioner och kommuner. Och oavsett hur uppdraget ramas in måste ett jämlikhets- och likvärdighetsperspektiv beaktas. Det viktiga är att uppdraget är uttalat och klart för alla berörda, att ansvarsfördelningen är tydlig och att det finns förutsättningar för samverkan och samarbete vid behov. Detta gäller för alla samhällsnivåer, men en tydlighet från den nationella nivån är särskilt viktig så att målkonflikter och perspektivträngsel inte förs vidare från nationell, till regional och lokal nivå. När det gäller folkhälsopolitiken specifikt har Kommissionen i sitt andra delbetänkande föreslagit en statlig utredning som bl.a. skulle ha i uppgift att titta på ansvarsfördelningen i folkhälsopolitiken mellan statlig, regional och lokal nivå (SOU 2017:4, avsnitt 4.7.3).

5.3 Finansieringsmodeller med ett socialt investeringsperspektiv

Kommissionens bedömning:
Finansieringsmodeller och arbetssätt som har ett socialt investeringsperspektiv och främjar ett effektivt användande av offentliga resurser med tydligt fokus på förebyggande arbete och långsiktighet bör utvecklas för att främja en god och jämlik hälsa.

Kommissionens förslag:

- Resursfördelningsmodeller som används för fördelning av offentliga medel på statlig, regional och kommunal nivå bör i högre grad använda ett socioekonomiskt perspektiv.
- Ett utvecklat arbete med finansiell samverkan, för effektivare användning av resurser för att främja en god och jämlik hälsa.
- Offentlig upphandling bör utvecklas och användas som ett medel för att främja en god och jämlik hälsa.

I Kommissionens direktiv framkommer ett Kommissionen genomgående ska tillämpa ett tvärsektoriellt samhällsekonomiskt perspektiv vid analysen av såväl ohälsa som av tänkta förslag. Vidare framkommer att Kommissionen bör presentera förslag till finansieringsmodeller som kan bidra till minskad omfattning av förebyggbara hälsoproblem och som främjar ett effektivt resursutnyttjande över tid och mellan sektorer och huvudmän.

Begreppet finansieringsmodeller kan avse fler olika saker, men här använder vi det för två centrala aspekter, nämligen 1) hur *allokering* av resurser mellan t.ex. olika verksamheter, geografiska områden eller tidpunkter kan göras, samt 2) hur *givna* resurser kan användas för att på bästa sätt hantera olika sociala problem, i synnerhet av tvärsektoriell natur.

Dessa två aspekter av begreppet finansieringsmodell hänger förstås ihop. Båda handlar ytterst om hur bäst välfärd för medborgarna kan genereras utifrån givna resurser. Men där den första aspekten rör prioritering av resurser mellan olika ändamål och grupper rör den andra hur olika verksamheter bäst kan använda de resurser de fått för att bidra till bästa medborgarnytta. Detta gäller i synnerhet i de fall då medborgarnas behov av stöd är mångfacetterade då samverkan eller samordning av insatser är viktiga. I direktivens skrivning inkluderas båda dessa aspekter, men med viss tyngdpunkt på resursallokering över tid och förebyggande insatser.

En genomgående tanke i Kommissionens arbete är som tidigare framhållits att ojämlikhet i hälsa uppkommer genom en serie av villkor, möjligheter, händelser och beslut under livets gång, och att dessa tenderar att förstärka varandra. Att de ojämlikhetsskapande processerna börjar tidigt i livet är ett mycket starkt argument för att lägga stor vikt vid tidiga insatser, på hälsofrämjande och sjukdoms-

förebyggande. Detta är klok politik rent allmänt som minskar mänskligt lidande och minskar samhällets kostnader, men också avgörande om en utveckling mot mer jämlik hälsa ska kunna åstadkommas.

En avgörande svårighet är att i konkreta budgetprocesser kunna göra avvägningar mellan insatser mot problem och behov som finns här och nu, respektive insatser som förebygger problem i framtiden. Även om vi är säkra på att förebyggande och hälsofrämjande insatser ger resultat är dessa resultat svåra att mäta och kvantifiera på förhand. Vissa effekter av hälsofrämjande och förebyggande insatser blir synliga långt efter interventionen. Som exempel är en tidig insats i förskolan som främjar lärande eller fångar upp ett barns särskilda behov en investering av resurser och engagemang under tidiga år som kan påverka ett barns hela skolgång och ge resurser och förutsättningar för ett gott liv långt senare i livet. Värdet för såväl den enskilde som för samhället torde vara betydande, och skulle med största sannolikhet kunna motivera relativt stora insatser tidigt i livet. Problemet är att den kvantifieringen inte är möjlig att få in i den årliga budgeten för den enskilda förskolan, av flera skäl. Dels är det svårt rent principiellt att veta vad som skulle ha hänt om en given satsning inte hade gjorts, dels kommer de långsiktiga samhälleliga vinsterna att spridas över många aktörer och verksamheter under lång tid.

Denna problematik kan i sig utgöra ett argument för behovet av skattefinansierade offentliga verksamheter. Förebyggande och främjande insatser kan betraktas som stora infrastrukturinvesteringar i humankapital, vilka precis som motsvarande investeringar i vägnät, flygplatser och järnvägsspår gynnar hela samhället men oftast är för kostsamma för privata aktörer. Men detta löser inte problemet att inom ramen för en enskild (offentligt finansierad) verksamhet göra extra satsningar på förebyggande när detta kräver att man går utöver givna budgetramar. För även om vi är säkra på positiva effekter i framtiden kommer inte behoven av insatser här och nu minska omedelbart; det kommer att initialt att krävas en investeringspuckel (Nilsson 2017).[5] Samtidigt hanteras förstås olika resursallokeringsfrågor redan i dag via de offentliga budgetarna, exempelvis när omfördelning mellan

[5] Tanken på en investeringspuckel gäller dock endast när inflödet av t.ex. patienter på sikt kan påverkas via egna (eller andras) förebyggande insatser. I exempelvis förskolan och inom barnhälsovården, där behov av extra insatser i nya barnkullar inte kan påverkas av förebyggande insatser, är detta inte lika tydligt.

generationer sker i form av föräldraförsäkring och pensioner eller när kommunalekonomisk utjämning görs för att hantera skillnader i inkomster och behov mellan kommuner och landsting.

Det finns därmed behov av att inom ramen för offentligt finansierade verksamheter utveckla och använda finansieringsmodeller som i högre grad stimulerar hälsofrämjande och förebyggande insatser och samtidigt väger in konsekvenser och effekter för jämlikhet. I Kommissionens arbete och breda dialog kring dessa frågor har behovet av sådana metoder lyfts, men därutöver också behov av att stimulera metodutveckling, användande av kunskapsbaserade metoder, uppföljning och systematiskt förbättringsarbete. De idéer till lösningar som föreligger är dock generellt sett begränsade i den meningen att de hanterar någon eller några av dessa önskemål, men knappast alla.

Vi har identifierat några olika ansatser för att hantera de två principiella aspekterna av finansieringsmodeller vi nämnde ovan. Dessa är *sociala investeringar* respektive *resursfördelningsmodeller* för att hantera allokering av resurser, samt *finansiell samordning* respektive *offentlig upphandling* som verktyg för bättre resursanvändning för att hantera sociala problem, i synnerhet av tvärsektoriell natur.

Sociala investeringar och resursfördelningsmodeller för allokering av resurser

Begreppet *sociala investeringar* används på flera delvis olika sätt. På ett övergripande välfärdspolitiskt plan har begreppet använts för att synliggöra att det som i nationalräkenskaper kallas offentlig konsumtion i stora delar handlar om just investeringar i människors kunskaper, kompetenser, hälsa och funktionsförmåga (se t.ex. Morel, Palier och Palme 2012). Ett socialt investeringsperspektiv kan också ses som ett mer generellt sätt att formulera behovet av förebyggande och främjande insatser. Slutligen kan det även beteckna konkreta sätt att hantera mer långsiktiga satsningar inom ramen för kommunala ettårsbudgetar (se SKL 2015), men också att skapa incitament för införande av effektivare arbetssätt och säkerställa fokus på resultat för medborgarna.

Som framgått i våra tidigare resonemang trycker Kommissionen på behovet av förebyggande och främjande insatser. Frågan är hur ett socialt investeringsperspektiv som idé och princip kan omvandlas till

ett system där detta också blir lättare att driva i konkret handling. Om förebyggande insatsers långsiktiga effekter kunde räknas in då budgetbeslut ska tas, hur skulle det då konkret hanteras i budgetprocessen?

Det har under de senaste åren pågått ett antal olika försök kring sociala investeringar, sociala investeringsfonder och sociala utfallskontrakt (social impact bonds) (Balkfors 2015). Dessa verksamheter har ofta utvecklats med sikte också på att bryta stuprörstänkande och för att skapa bättre tvärsektoriell verksamhet och mer medborgarnytta.[6] Målsättningen för arbetet med sociala investeringsfonder och sociala utfallskontakt är även att de kan tjäna som en stimulans för utvecklingsarbete och underlätta tester av forskningsbaserad kunskap. Många av de projekt som i dag kallas sociala investeringar är därför inte egentligen finansieringsmodeller med syfte att allokera medel över tid för att hantera investeringspucklar etc. De utgör snarare ett slags tankemodeller som syftar till att stimulera ett annat sätt att tänka kring kostnader och investeringar och ett ramverk för att driva och styra förändring där samtliga involverade aktörer fokuserar mer på utfall.

Det finns ett stort intresse för sociala investeringar och många av dessa verksamheter är intressanta initiativ. Kommissionens samlade bedömning är dock att de egentligen inte hanterar de mer generella problemen med att räkna in framtida vinster i dagens budgetering. I många fall utgör verksamheterna snarast ett sätt att stimulera och organisera nya och förhoppningsvis bättre, sätt att bedriva verksamheter rent generellt eller riktade mot grupper, där traditionella program och metoder ofta misslyckas. Dessa verksamheter har generellt sett också mycket små resurser i relation till de kommunala budgetarnas storlek.

Samtidigt är det svårt att föreställa sig och motivera en samtidig omställning av hela organisationer och budgetar för drift av verksamheter. Det gäller inte minst för att flera viktiga kommunala verksamheter handlar om att stödja barn och vuxna här och nu genom att

[6] I en skrift från SKL (2015) sammanfattas detta som att ”En viktig organisatorisk poäng med sociala investeringar är att etablera en strategisk och verksamhetsöverskridande utvecklingsorganisation som är finansierad med medel som inte tillhör en särskild förvaltning. Om detta lyckas finns goda förutsättningar att pröva och införa insatser och verksamhet som mer utgår från behov än organisation och att omfördela resurser dit de bäst behövs. Genom att sociala investeringar ställer krav på tvärsektoriellt arbete motverkas även negativa stuprörseffekter, exempelvis en ovilja att genomföra en kostnadskrävande insats vars effekt inte tillfaller den egna verksamheten”.

bygga kompetenser och på sikt rusta dem, och att det förebyggande inslaget därmed redan så att säga är inbyggt. En stor del av befintliga verksamheter är dessutom lagstyrda och där finns inte alltid förutsättningar att låta ett förebyggande eller socialt investeringsperspektiv styra resurstillsättningen.

Kommissionen ser således positivt på det arbete som bedrivs i olika kommuner, ofta med stöd av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), men finner samtidigt att dessa verksamheter riskerar att bli projektdrivna försök snarare än att på ett långsiktigt sätt främja ett effektivt resursutnyttjande över tid och mellan sektorer.

I bl.a. det utvecklingsarbete kring psykisk hälsa som bedrivs av SKL finns en uttalad strävan att skapa ett skifte från åtgärdande till främjande förebyggande insatser. För att få den utväxling som tidiga insatser och förebyggande arbete kan skapa behövs finansiella förutsättningar och incitament på systemnivå. Kommissionens slutsats är att det finns behov av fortsatt stöd för att utveckla nya finansiella modeller och att ta vara på lovande exempel bland de initiativ som pågår runt om i landet.

Om målet att sluta hälsogapen inom en generation ska uppnås behövs dock inte enbart en allokering över tid för att motivera kostnader för främjande och förebyggande insatser, utan även en fördelning av finansiella resurser som beaktar och tar utgångspunkt i hur *jämlikhet och mer jämlika förutsättningar kan åstadkommas*. Det innebär att resursfördelningsmodeller som används för fördelning av offentliga medel på statlig, regional och kommunal nivå i görligaste mån bör ha ett socioekonomiskt perspektiv. Vi lyfter i flera avsnitt i det fjärde kapitlet fram exempel på resursfördelningsmodeller där socioekonomiska aspekter utgör en av flera utgångspunkter för fördelning av resurser; för förskoleverksamhet (avsnitt 4.1) och för en jämlik hälso- och sjukvård (avsnitt 4.8).

Vi noterar att Skolkommissionen i sitt slutbetänkande (SOU 2017:35) förordar en resursfördelningsmodell mellan kommuner på skolans område, där socioekonomiska skillnader hanteras. Vi stödjer grundtanken bakom detta förslag, dvs. behovet av att socioekonomiska faktorer beaktas vid resursfördelning, men kan notera att det inte enbart är inom skolväsendet som en sådan modell vore värdefull.

Samtidigt bör konstateras att socioekonomisk resursfördelning i sig inte med automatik medför förbättrade utfall för utsatta mål-

grupper, utan snarare är en förutsättning för att hantera skillnader i behov på ett sådant sätt att likvärdighet kan uppnås. En viktig komponent för att tilldelade resurser ska ge effekt är att det finns en tydlig idé om på vilket sätt de extra resurserna ska användas och vad som därigenom ska uppnås.

Finansiell samordning och offentlig upphandling för bättre resursanvändning och för att hantera sociala problem

Kommissionen pekar under rubriken 5.2 på vikten av ett sektorsövergripande arbetssätt och en utvecklad samverkan och samordning mellan olika områden, processer och perspektiv på nationell, regional och lokal nivå samt vertikalt, mellan dessa. Sådan samverkan och samordning har ofta en ekonomisk aspekt. Skilda huvudmän och skilda verksamheter har skilda budgetar och skilda ekonomiska rutiner, och den inneboende logiken i detta kan ofta innebära högre kostnader för verksamheter samtidigt som stödet till medborgarna blir sämre och mer splittrat än det kunde vara. Även i relation till privata aktörer av olika slag finns en påtaglig ekonomisk aspekt – det offentliga är en stor beställare och ekonomisk partner. Kommissionen vill lyfta fram två pågående processer som har potential att utveckla samverkan och främja en god och jämlik hälsa, nämligen finansiell samordning samt utnyttjande av offentlig upphandling som ett instrument för att främja mer jämlika villkor och möjligheter.

Sedan 2004 finns lagen om finansiell samordning (2003:1210) som ger förutsättningar för att etablera samordningsförbund mellan fyra parter; Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommun och landsting för att uppnå en effektiv resursanvändning. Detta utgör därmed ett sätt att hantera givna resurser bättre för att hantera sociala problem i skärningspunkten mellan dessa parter, men är samtidigt också en verksamhet. Ett samordningsområde kan omfatta en eller flera kommuner eller stadsdelar i kommuner. I dagsläget finns drygt 80 samordningsförbund som omfattar cirka 240 kommuner.[7] Förbunden definierar enskilt inriktning och beslutar om fördelning av medel och svarar för uppföljning och utvärdering. Finsam utgör en aktör för samordning av resurser och insatser, inte sällan med

[7] finsam.se

fokus på de grupper som finns i utsatta situationer. Förutom de enskilda projekt som förbunden prioriterar och utvärderar kan samordningsförbunden utgöra en arena för kunskapsutveckling kring problembilder och insatser samt utveckling av samverkanskompetens inom och mellan organisationerna.

Kommissionens bedömning är att finansiell samordning skulle kunna utgöra en modell för hur resurser kan användas över organisationsgränser, men också att samordningsförbunden fungerar olika väl och att det krävs en utveckling och samordning av dagens strukturer (Rapport från Riksdagen 2014/15: RFR13). System för uppskalning av lyckade projekt och samordning med andra utvecklingsstrukturer och befintlig verksamhet kan utvecklas. Sannolikt behöver även formerna för ledning och styrning av samordningsförbunden ses över.

Ett annat verktyg för att med givna finansiella medel arbeta mer aktivt mot sociala problem och styra mot en god och jämlik hälsa är att använda offentlig upphandling mer strategiskt. Den offentliga sektorn upphandlar varor och tjänster för omkring 625 miljarder kronor varje år. De stora summor som den offentliga upphandlingen omsätter innebär att en mer strategisk upphandling inte enbart kan möjliggöra besparingar utan även andra positiva effekter för samhället. Målet för offentlig upphandling är att den ska vara effektiv, rättssäker och ta tillvara konkurrensen på marknaden och samtidigt främja innovativa lösningar och ha miljömässiga och sociala hänsyn i beaktande. På så sätt kan den offentliga upphandlingen idealt sett bidra till exempelvis sysselsättning och en hållbar utveckling (Finansdepartementet 2016).

Regeringen har utformat en nationell upphandlingsstrategi (Finansdepartementet 2016). Målet är att få fler myndigheter att använda offentliga inköp som ett strategiskt verktyg i sin verksamhet. Den nationella upphandlingsstrategin är en del av regeringens arbete för att utveckla de offentliga upphandlingarna i Sverige.

Syftet med strategin är att stimulera myndigheter och enheter att använda upphandling som ett verktyg för att åstadkomma positiva effekter i den egna verksamheten och i samhället i stort. Den omfattar sju områden där det sjunde hanterar offentlig upphandling som bidrar till ett socialt hållbart samhälle. Den uttalade ambitionen är att utveckla förekomsten av social hänsyn i upphandlingar för att medverka till ökad sysselsättning, nå målgrupper som står

långt från arbetsmarknaden, men också nå andra mål som är angelägna ur ett jämlik-hälsa perspektiv.

Detta ser Kommissionen som en positiv utveckling, förutsatt att dessa ambitioner också realiseras. Strategin riktar sig främst till myndigheter, men anger också att de målsättningar som satts upp också ska vara vägledande för arbetet med upphandling i kommuner och landsting. Det blir därför avgörande att de tjänstemän på olika nivåer som arbetar med upphandling, liksom de politiker som styr verksamheterna lokalt och regionalt, också ser möjligheterna med att använda upphandling som ett instrument också utöver att pressa priser. Den nationella Upphandlingsmyndigheten som fått i uppdrag att arbeta för att strategin får genomslag har här en viktig funktion att fylla.

Flera kommuner, landsting och regioner har redan modeller för utformning av sociala klausuler. Det handlar främst om sysselsättning och arbetsvillkor, exempelvis att skapa anställningar för ungdomar, utrikes födda och personer med funktionsnedsättning hos leverantörerna. Detta förekommer också inom samhälls- och stadsplanering där t.ex. sociala klausuler använts vid markupplåtelser inför nybyggnation, vilket innebär att upphandlad part förbinder sig att nå vissa specificerade sociala mål. Det kan omfatta att upphandlad part förbinder sig att anställa personer från ett område där nybyggnationen ska göras, att delar av byggnationen ska fylla en samhällsfunktion eller krav på hyresnivåer i nybyggnation av hyresrätter så att låginkomsttagare ska kunna bli aktuella som hyresgäster (Lind och Mjörnell 2015). Kommissionen bedömer att denna typ av sociala klausuler sannolikt kan användas i än högre grad, i synnerhet eftersom det har stöd i den nya upphandlingsstrategin.

5.4 Ett stärkt kunskapsbaserat arbete

Kommissionens bedömning:
För att stärka förutsättningarna för ett förebyggande och långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa bör kunskapen ökas om hur politiska beslut och olika verksamheter påverkar hälsan och dess bestämningsfaktorer i olika sociala grupper. Detta kräver i sin tur bättre kunskaper om de mekanismer och processer som bidrar till ojämlikhet i hälsa, samt en utvecklad uppföljning och

utvärdering av åtgärder som har konsekvenser för en god och jämlik hälsa. För att få detta till stånd behövs en kontinuerlig dialog och gemensam kunskapsutveckling, såväl mellan olika vetenskapliga fält som mellan forskning, praktik och politik inom olika samhällssektorer. Detta kräver vissa satsningar inom forskningspolitiken, men Kommissionen ser också behov av att mer direkt stimulera dialog, forskning och utveckling. Mer konkret menar Kommissionen att det är nödvändigt med en mer utvecklad och sammanhållen infrastruktur för kunskapsuppbyggnad och evidensförsörjning inom välfärdsområdet, inte minst vad gäller verksamheters konsekvenser för en god och jämlik hälsa.

Kommissionens förslag:
Regeringen bör

- verka för bättre förutsättningar att bedöma vilka effekter politik, reformer och förändringar som görs inom välfärdsområdet får, inte minst för likvärdighet och jämlikhet. Detta bör ske genom att aktivt främja och undanröja eventuella laghinder för ett ökat användande av experimentell design inom välfärdsområdet, samt genom att utöka möjligheterna att via registerdata utvärdera reformer i efterhand,
- inrätta ett Råd för en god och jämlik hälsa med uppgift att främja forskning, utvärdering och en tätare dialog mellan relevanta aktörer kring frågor om en god och jämlik hälsa. Rådet bör fungera som en oberoende rådgivare åt regeringen i frågor om en god och jämlik hälsa.

I Kommissionens andra delbetänkande lades ett antal förslag för att förbättra uppföljningen av folkhälsopolitiken, både vad gäller uppföljningen av folkhälsoläget och av hälsans bestämningsfaktorer (SOU 2017:4, avsnitt 4.2). Kommissionen redogjorde där även för vilka förutsättningar som krävs för att få till stånd också ett mer kunskapsbaserat arbete kring en god och jämlik hälsa i bred bemärkelse.

Vi bedömer att det finns behov av att utveckla och förstärka såväl *förutsättningarna* för kunskapsuppbyggnad i mer grundläggande avseenden som de *institutionella formerna* för kunskapsöverföring och dialog mellan politiker, profession och akademi. Vi ser ett behov av att skapa system där aktuella samhällsproblem som identifierats av

politiken och inom olika verksamheter på ett mer systematiskt sätt 1) kan formuleras till relevanta forskningsfrågor, där forskningens resultat mer systematiskt kan finnas med i underlaget till politiska bedömningar och beslut, och 2) där politiska beslut och reformer mer systematiskt kan läggas upp och implementeras så att de går att följa upp och utvärderas.

5.4.1 Förutsättningarna för kunskapsuppbyggnad inom välfärdsområdet bör stärkas

De behov vi identifierar relaterar till begreppet *kunskapsstyrning*, även om en entydig definition egentligen saknas av vad detta egentligen avser (se exempelvis Alm 2015; Garpenby 2016; SOU 2007:10; SOU 2008:18). På en övergripande nivå kan kunskapsstyrning beskrivas som en successiv process där resultat följs upp, kunskap sprids och ny kunskap sedan skapas med stöd av uppföljningen. Med kunskapsstyrning avses därmed ett system som syftar till att i ökad utsträckning åstadkomma en evidensbaserad praktik så att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom olika verksamheter samtidigt som icke evidensbaserade eller skadliga metoder rensas ut (SOU 2012:33; Ds 2014:9). Samtidigt bör det skiljas på system och strukturer för sammanställning och överföring av information å ena sidan och olika åtgärder för att påverka förutsättningarna på verksamhetsnivå att ta till sig information å den andra (Garpenby och Carlsson 1999). Om någon egentlig styrning ska uppnås bör rimligen båda dessa delar vara på plats. Därtill behövs strukturer som främjar själva kunskapsuppbyggnaden via försöksverksamhet och effektutvärdering.

Den omfattande diskussionen om kunskapsstyrning som finns inte minst inom sjukvårdsområdet rör således i hög grad hur verksamheters arbete och insatser mer systematiskt ska baseras på aktuell kunskap om vad som fungerar bäst.[8] En utgångspunkt för diskussionen om kunskapsstyrning som evidensbaserad praktik är att det finns åtgärder och metoder som är att föredra men som trots detta inte fått genomslag. Det är därmed en fråga om spridning och implementering

[8] Jämför begreppet Evidensbaserad praktik, SOU 2008:18, vilket har sina rötter i den evidensbaserade medicinen (Sackett et al. 1996).

av bästa tillgängliga praktik, vilken i sin tur bygger på utprovade metoder baserade på kunskaper om samband och mekanismer.

Våra observationer och synpunkter rör i första hand vilka underlag som bör finnas för diskussion och beslut rörande väsentliga samhällsfrågor, i synnerhet då sådana som har bäring på en god och jämlik hälsa. På det breda område av åtgärder som har bäring på jämlik hälsa handlar det nämligen oftast om att översätta samhällsvetenskaplig forskning om samband och processer till åtgärder, vilka i nästa steg kan utprovas och utvärderas vetenskapligt, snarare än att implementera redan utprovade åtgärder. För detta menar vi att en evidensförsörjningsstrategi behöver utvecklas, vilken inbegriper såväl ett mer systematiskt förhållningssätt genom hela styrkedjan som en infrastruktur för dialog och systematiskt kunskapsinhämtande.

Som nämndes ovan har kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik sitt ursprung inom medicinen, där det finns såväl traditioner som författningsmässigt stöd för att professionen ska arbeta med krav på vetenskap och beprövad erfarenhet. Den medicinska professionen har också en stark autonomi i det medicinska beslutsfattandet. Samtidigt har den gränsdragning som traditionellt gjorts mellan medicinsk forskning och sjukvård, liksom de regelverk och etiska gränsdragningsproblem kring hur utvecklingen och introduktionen av nya behandlingar och metoder får gå till, hamnat i fokus i samband med Macchiariniskandalen. Där pågår nu också en översyn av dessa gränsdragnings- och regelfrågor (Dir. 2016:45).

Inom andra välfärdsområden kan såväl traditioner som författningsstöd och andra möjligheter till kunskapsutveckling av verksamheterna vara mer begränsade. Inom exempelvis socialtjänsten har professionen andra förutsättningar då besluten som fattas ofta är förvaltningsbeslut som kan överklagas, förtroendevalda har en operativ roll och tar beslut på förslag av professionen, och i stället för 20 landsting (indelade i sex sjukvårdsregioner) finns 290 kommuner med sinsemellan olika förutsättningar (Ds 2014:9). Liknande eller andra hinder och svårigheter att bedriva verksamheter på vetenskaplig grund och med utgångspunkt i beprövad erfarenhet finns också inom andra välfärdsområden, samtidigt som krav på att så ska ske också tillkommit under senare år (exempelvis inom skolväsendet, se 1 kap. 5 § skollagen, SFS 2010:800). Snävt tolkat skulle detta kunna innebära hinder för verksamhetsutveckling eftersom det inte i förhand säkert kan sägas om nya metoder och arbetssätt fungerar.

Inom skolväsendet, socialtjänst och andra välfärdsområden finns enligt vår mening också ett behov av en närmare koppling mellan praktiknära forskning och utvecklingen av den praktiska verksamheten. Förutsättningarna är naturligtvis annorlunda inom skolväsendet, socialtjänst och arbetsförmedling än när det gäller att pröva ut nya medicinska behandlingar. Möjligheterna att genomföra kontrollerade försök i laboratorier eller på djur innan behandlingar prövas på människor finns förstås inte. I stället måste försök som regel genomföras i skarpt läge som en del av ordinarie verksamhet eller inom en avgränsad försöksverksamhet. De som deltar kommer att påverkas, på gott eller ont. Kommissionen menar dock att det grundläggande behovet av att göra utprovningar på ett systematiskt sätt som leder till successivt lärande är detsamma på olika välfärdsområden som inom sjukvården.

Förändringsarbete och utvärdering av effekter – vad är problemet?

Självfallet är utgångspunkten för det förändringsarbete som bedrivs inom välfärdsområdet att förändringarna på olika sätt kommer att förbättra verksamheten för någon inblandad aktör. Ofta finns dessutom en välgrundad övertygelse om att förändringarna i förlängningen är av godo för elever, klienter och brukare. Men även välgrundade förändringar och reformer bör underkastas effektutvärdering med fokus på vilket resultat de faktiskt ger för de medborgare som berörs direkt eller indirekt, och då även i termer av effekter på jämlikhet.

En grundläggande anledning till varför reformer och förändringar inom välfärdsområdena inte alltid får de effekter som avses är att människors handlingar och agerande påverkar insatsernas resultat. Människors agerande och samspel med de olika systemen innebär att såväl brukare som potentiella brukare och andra medborgare i någon mening blir medskapare av de effekter (och avsaknad av effekter) som uppkommer ur verksamheten. Detsamma gäller därför när verksamheter förändras. Detta innebär att utöver de mycket reella placeboeffekter som kan ses också i medicinska försök[9] kommer effekterna

[9] Placebo innebär att även de i en kontrollgrupp som inte får exempelvis den medicin som testas utan i stället får sockerpiller (i samma form och färg) också får positiva effekter av

av förändringar inom t.ex. skolväsendet att påverkas också av föräldrars, elevers och lärares medvetna val och handlingar[10]. Därför utgör heller inte randomiserade försök nödvändigtvis den ”gyllene standard” inom välfärdsområdena som de är inom medicinen. Att det därmed på flera sätt är *svårare* att organisera och genomföra utvärderingar av olika reformers effekter inom välfärdsområdet minskar dock inte behovet av att på ett mer aktivt och systematiskt sätt än vad som nu är fallet verka för att så sker. Tvärtom behövs här möjligheter att vidareutveckla såväl design som metoder för utvärdering. Randomiserade försök utgör här en viktig ansats men också andra sätt att studera avsedda likväl som icke avsedda effekter av reformer inom välfärdsområdet bör prövas och utvecklas.

En utveckling åt detta håll har också skett. Exempelvis innebar tillkomsten 1998 av Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) att fokus på effektutvärdering inom arbetsmarknadspolitiken blev mycket tydligt. Lärdomarna är också att arbetsmarknadsprogram, trots goda avsikter inte alltid fungerar som tänkt. En annan lärdom är att det trots god tillgång till data inte alltid är lätt att identifiera effekter av program och att hur reformer implementeras är avgörande (Hemström och Martinsson 2002). Sammantaget är dock kunskaperna om arbetsmarknadspolitikens effekter betydligt större i dag än tidigt 1990-tal. Se t.ex. Forslund och Vikström (2011).

Utvecklingen inom skolväsendet har under flera decennier präglats av ett löpande reformarbete där förändringar av organisation, regelverk och arbetssätt både nationellt och lokalt bedrivits, allt med goda avsikter. Resultatet, vet vi i efterhand, har som helhet varit nedslående. Vi vet betydligt mindre om varför, då möjligheterna att utvärdera effekter av enskilda förändringar och dra lärdomar av vad som har fungerat och inte dessvärre är ytterst begränsade (se t.ex. Holmlund et al. 2014). Detta beror dels på brist på trovärdiga kun-

behandlingen. Sådana effektera kan således inte komma från de verksamma substanserna i medicinen, utan kopplas i stället till att inlärning och undermedveten förväntan skapar neurobiologiska reaktioner som ger faktiska förbättringar av sjukdomstillståndet (se exempelvis Finnissa och Benedetti 2005; Benedetti och Amanzio 2013; Colagiuri et al. 2015).

[10] Det går att argumentera för att randomiserade försök fokuserar på effekterna av en given orsak (behandlingen) och därmed lämnar litet eller inget utrymme för mänskligt handlande (se Goldthorpe 2001), samtidigt som de allra flesta interventioner och åtgärder inom välfärdsområdena involverar just mänskligt handlande, både som en del av förutsättningarna och som en del av innehållet i interventionen.

skapsmått, dels på bristande kunskap om och data på lokala arbetssätt, men även på avsaknaden av kontrollerad försöksverksamhet med en design där jämförelser kan göras mellan försöksgrupp och kontrollgrupp.

Ju större inslag av frivillighet och självbestämmande i deltagandet eller införandet av förändringar, desto svårare är det i efterhand uppfylla förutsättningarna för trovärdig utvärdering. Detta eftersom frivilligt deltagande försvårar möjligheterna att identifiera en kontrollgrupp av individer, skolor, kommuner, socialkontor etc. vilkas resultatutveckling på ett trovärdigt sätt beskriver hur utvecklingen hade sett ut om förändringar i arbetssätt eller liknande inte hade skett.

Ett exempel på ett försök som införs på frivillig väg är det av riksdagen beslutade försöket med betygssättning från årskurs 4. Frivilligheten gör det svårt att hitta en jämförbar kontrollgrupp bland skolor som inte deltar. I denna situation skulle det dock kunna göra en jämförelse bland frivilliga skolor om randomisering kunde ske bland dessa. Det är ännu inte klart hur försöket kommer att gå till, men det är ett bra exempel på en situation där lärdomar om betygseffekter skulle kunna dras om försöket genomfördes på ett kontrollerat sätt, men där det i annat fall riskerar att utsätta barn för potentiellt skadlig behandling utan att några lärdomar kan dras.

Förändringsarbete och utvärdering av effekter – vad kan göras bättre?

Mot bakgrund av detta menar Kommissionen att bättre förutsättningar bör skapas för att bedöma om reformer och förändringar som görs inom välfärdsområdet får den effekt de är tänkta att ha, och kanske framför allt för att kunna avgöra i vilken grad reformerna får effekter på likvärdighet och jämlikhet. Detta skulle enligt vår bedömning även bidra till ett mer systematiskt lärande rent generellt. Här finns åtminstone tre områden där förbättringar och förstärkningar behöver göras.

För det första krävs en vidare insikt och förståelse för behovet av sådana utvärderingar, från lagstiftaren ner till enskilda förvaltningar, verksamheter och medarbetare. Vi har här försökt argumentera för detta och hoppas att vi därigenom i någon mån kan bidra till en förändrad syn kring detta. *För det andra* krävs bättre möjligheter att designa, planera och organisera implementeringen av reformer på

ett sätt som skapar möjligheter för utvärdering. *För det tredje* behövs också förstärkta och förenklade möjligheter att använda befintliga registerdata för utvärdering och uppföljning, samt en uppbyggnad av nationella register där sådana saknas.

För att öka möjligheterna att utveckla kunskaper om hur verksamheter ska organiseras för att ha avsedd effekt är det önskvärt med ett ökat användande av experimentell design i försöksverksamheter och införandet av ny politik på välfärdsområdet. Den skepsis som finns mot randomisering, bl.a. till följd av att alla explicit inte behandlas lika, bör ställas emot det faktum att implementering av politik *i praktiken* ändå oftast sker på ett sätt som gör att alla inte behandlas lika. Skäl till detta är ofta begränsade resurser som får som följd att alla inte får allt samtidigt eller att implementeringen sker på frivillig basis, vilket kan innebära att den ”behandling” olika medborgare får beror på var de bor. Sådana skillnader kan många gånger användas för att utvärdera insatser då det uppstår en försöks- och en kontrollgrupp, men värdet minskas då dessa grupper är svåra att jämföra med varandra då de tillkommit på ett genom kontrollerad design.

Därför finns det ett stort kunskapsvärde i att gå mot en situation där försöks- och kontrollgrupper uppstår på ett kontrollerat sätt. Detta sätt behöver inte vara genom randomisering även om någon form av randomisering ofta är möjlig. Randomisering är dock inte en lösning i alla situationer och det är som nämnts ovan heller inte alltid självklart att randomisering skapar det bästa underlaget för effektutvärdering inom välfärdsområdet. Det centrala, menar vi, är att det krävs en genomtänkt design för att skapa förutsättningar för sådana utvärderingar av resultat och jämlikhet.

Även om införandet av en förändring eller reform inte medvetet görs på ett för utvärderingar optimalt sätt är det ibland trots allt möjligt att utvärdera effekter på dem som verksamheten finns till för, elever, arbetssökande m.fl. Resursrestriktioner och decentraliserade beslutsprocesser medför ibland att implementering sker gradvis. Med god tillgång på information om utvecklingen i utfall före, under och efter reformerna och med kunskap om vilka faktorer som styrt implementeringen går det att utnyttja att en kvasi-experimentell situation har uppstått och trovärdigt utvärdera effekter av förändringen.

Några exempel på sådana förändringar är genomförandet av grundskolereformen (Meghir och Palme 2005), försöksverksamhet

med treåriga gymnasieprogram (Hall 2009, 2013) och införandet av riskbruksprojektet i mödravården (Grönqvist 2016). Andra situationer, där utvärdering är möjlig är när regelverk och lagförändringar innebär att det uppstår skarpa geografiska gränser, datumgränser eller tvära förändringar av regelverk som innebär att personer födda före och efter ett visst datum, eller som uppnått en viss ålder, eller som bor på ena eller andra sidan om en geografisk gräns påverkats på ett sätt medan andra, snarlika personer på andra sidan datumet eller gränsen inte påverkats. Nystartsjobbens införande är ett exempel (Sjögren och Vikström 2013), ändrade regelverk i föräldraförsäkringen, som t.ex. reservering av månader för ena föräldern, är ett annat exempel (Ekberg et al. 2013; Avdic och Karimi 2016).

De flesta av dessa exempel är dock samtidigt exempel på kraften i och värdet av svenska registerdata. Genom möjligheter att länka rutindata från olika register underlättas och möjliggörs också uppföljning, utvärdering och analys på ett avgörande sätt. Här finns dock två typer av hinder och svårigheter som måste hanteras för att skapa bättre möjligheter för en väl fungerande uppföljning och utvärderingsverksamhet inom välfärdsområdet. Det rör dels möjligheterna att länka och använda register från olika myndigheter, dels gränsdragningen mellan forskning och verksamhetsuppföljning. Båda dessa frågor är omfattande och komplexa, så vi nöjer oss här med att lyfta behovet av en samlad hantering av problemen.

När det gäller möjligheterna att länka och använda olika register menar vi att det successivt skett en förskjutning mot en mer restriktiv hållning. Detta gäller gentemot externa användare, myndigheter emellan, men även centrala tillsynsmyndigheters inställning. Ett tydligt exempel på det senare är Datainspektionens beslut att SCB inte får genomföra en folkhälsoenkät (inklusive länkningar till registerdata) på uppdrag från Stockholms Läns Landsting, med hänvisning till att SCB inte ansvarar för hälsostatistik (Datainspektionen 2016).[11] Vi uppfattar detta som en problematisk utveckling, i synnerhet som

[11] I sitt beslut skriver Datainspektionen att ”… Statistiska Centralbyrån, inom ramen för undersökningen Hälsa Stockholm, behandlar personuppgifter i strid med lagen (2001:99) och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken samt personuppgiftslagen (1998:204) genom att sakna det rättsliga stödet för dessa behandlingar av personuppgifter. Datainspektionen förelägger Statistiska Centralbyrån att upphöra med de behandlingar av personuppgifter som sker inom ramen för undersökningen Hälsa Stockholm.” SCB skulle alltså inte ha rätt att behandla hälsouppgifter, trots att de ansvarar för befolkningsstatistik (inklusive medellivslängd) samt välfärdsstatistik där hälsa ingår som en central komponent.

behovet av att kunna länka uppgifter om olika aspekter av människors liv är grundläggande när det gäller att analysera och utvärdera effekter av åtgärder och reformer i termer av hälsa och jämlik hälsa. Detta berör den stora frågan om avvägningen mellan de enskildas rätt till integritet å ena sidan och den individuella och samhälleliga nyttan av kunskap å den andra.

Frågan om svensk lagstiftning till skydd för den enskildes integritet berörs av den genomgripande dataskyddsreform som Europeiska unionen har enats om och som ska vara genomförd under våren 2018. En konsekvens av denna reform är att personuppgiftslagen kommer att upphävas och att all lagstiftning om personuppgiftsbehandling behöver ses över. Dessa frågor hanteras nu av flera pågående utredningar, exempelvis Dataskyddsutredningen (dir. 2016:15) och Socialdataskyddsutredningen (dir. 2016:52). Hur registerdata kan användas för kunskapsuppbyggnad har även behandlats i tidigare utredningar (SOU 2012:36; SOU 2014:45), och behandlas nu inom ramen för Forskningsdatautredningen (dir. 2016:65).

Vi vill i detta sammanhang framhålla vikten av att använda olika register, inte minst de som innehåller uppgifter om hälsa, för systematisk kunskapsuppbyggnad och utvärdering. Vi menar att såväl enskildas som samhällets intresse och behov av kunskap kring sociala och hälsomässiga problem och hur insatser mot dessa fungerar måste bevakas och ges en större tyngd. Registeranvändning för forskning och utvärdering innebär generellt sett extremt små risker för ingrepp i den enskildes integritet, eftersom det är grupper och genomsnitt som normalt står i fokus för sådan användning. Att *inte* använda insamlade uppgifter på bästa sätt, till nytta för samhället och ytterst för enskilda individer, kan å andra sidan ses som etiskt problematiskt eftersom argumenten för att över huvud taget samla in uppgifter då undergrävs.

5.4.2 Ett Råd för en god och jämlik hälsa bör inrättas

Kommissionen anser att det behövs en fördjupad dialog mellan såväl olika vetenskapliga discipliner och fält som mellan forskningen å ena sidan och professioner och politiker verksamma inom olika berörda samhällssektorer å den andra.

När det gäller *forskning* kring breda, övergripande samhällsutmaningar som jämlik hälsa krävs förmåga till överblick och sammanvägning, vilket i sin tur kräver kunskaper och insikter från flera olika vetenskapliga forskningsområden och discipliner. Tvärsektoriella problem och utmaningar kräver tvärvetenskaplig överblick och kompetens. Sådana bredare, tvärvetenskapliga kompetenser måste dock stimuleras och främjas eftersom de inte är självklart meriterande inom respektive vetenskaplig disciplin. Forskning och forskningsmeritering är i stället starkt fokuserade på att fördjupa kompetensen inom allt snävare avgränsade specialområden, medan den generalistkompetens som präglar tvärvetenskap oftast är mindre konkurrenskraftig.

Vi menar därför att det på ett mer grundläggande plan finns behov av en forskningspolitik som organiseras så att såväl specialist- som generalistkompetens skapas och vidmakthålls. Detta kräver en bättre förståelse för att kompetens och kunnande över bredare forskningsfält är viktiga för en bred samhällsdiskussion. Därutöver behövs konkreta åtgärder för att stödja och stimulera enskilda forskare att bredda sig utanför sin egen disciplin och forskningsfåra, liksom för att stimulera en bredare sammansättning av forskargrupper. Här har forskningsråden en viktig uppgift att fylla, men även lärosäten och andra vetenskapliga organisationer.

I den nyligen presenterade forskningspolitiska propositionen, *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft* (prop. 2016/17:50), lyfts frågan om jämlik hälsa som en del av samhällets hälsoutmaning, och vissa steg tas för att stimulera tvärvetenskaplig forskning kring detta. Här finns dock inget om behovet av stöd till breda kompetenser på det sätt som vi menar är centralt för att säkra kompetensförsörjning och infrastruktur för tvärvetenskapligt och tvärsektoriellt arbete.

I tillägg till en förstärkning av tvärvetenskaplig kompetens behövs samtidigt också en förstärkt dialog mellan forskning (från olika discipliner och fält) och *aktörer inom olika berörda samhällssektorer*. De senare utgörs av både de professioner som är verksamma inom olika välfärdsinstitutioner av betydelse för jämlik hälsa, och de politiker som styr och gör olika avvägningar mellan vad som är önskvärt och vad som är möjligt.

Med avstamp i en argumentation av detta slag redogjorde Kommissionen därför i sitt andra delbetänkande för sin bedömning att det finns behov av samlade satsningar på kunskaper kring frågor

om en god och jämlik hälsa i hela dess bredd. Detta inbegriper en utvecklad utvärdering av såväl policy som konkreta insatser, förstärkningar av tvärvetenskaplig forskning och forskarkompetens samt förutsättningar för ökad dialog mellan akademi, politik och profession kring frågor om en god och jämlik hälsa.

Kommissionens bedömning är att ett Råd för god och jämlik hälsa bör inrättas för att fungera som en viktig del av en infrastruktur för att möte dessa behov. Rådet bör utgöra en plattform för dialog mellan politik, forskning och verksamheter, där de samhällsutmaningar och potentiella lösningar som politiken har att hantera kan bli belysta, granskade och diskuterade i vetenskapligt ljus. Värdet av ett särskilt forum för möten mellan forskning och politik där en hög grad av oberoende förenas med närhet till beslutsfattande har lyfts fram inom bl.a. den ekonomiska politiken.[12] Inom en tvärsektoriell politik för god och jämlik hälsa är behovet och värdet av ett sådant forum eller en sådan plattform minst lika stort, om inte större. Funktioner liknande detta föreslagna råd finns därmed redan på ett antal områden. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (dir. 2007:46) är ett exempel, men även Sociala rådet (dir. 2007:161)[13] och Expertgruppen för biståndsanalys (dir. 2016:71)[14] skapades för att hantera liknande frågor. De funktioner vi menar borde läggas på ett

[12] Se direktiven för Expertgruppen för studier av offentlig ekonomi (dir. 2007:46): ”Regeringen lägger stor vikt vid analys och forskning som grund för den framtida ekonomiska politikens utformning. Det finns också ett behov av oberoende underlag för prövning av existerande verksamheter. Erfarenheterna av såväl ESO som ESS visar på värdet av att det finns ett särskilt forum för möten mellan forskning och politik där en hög grad av oberoende förenas med närhet till beslutsfattande. Expertgruppens övergripande uppdrag skall vara att bidra till att bredda och fördjupa underlaget för framtida finanspolitiska och samhällsekonomiska avgöranden.”

[13] För att på ett mer effektivt sätt än i dag ta till vara aktuell kunskap, såsom nya forskningsrön på det sociala området, och främja utbytet mellan forskning och politik ska ett råd med välmeriterade forskare tillsättas av regeringen. Utöver dessa adjungeras generaldirektörerna för Försäkringskassan och Socialstyrelsen till rådet. Rådets uppgift är att bidra till att bredda och fördjupa underlaget för framtida socialpolitiska avgöranden. Rådets verksamhet delas in i följande två huvudområden:

– Att vara rådgivare till regeringen i frågor inom det sociala området.

– Att förse regeringen med relevant kunskap för utformning av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets områden. (dir. 2007:161).

[14] Expertgruppen ska kontinuerligt utvärdera och analysera Sveriges internationella bistånd, och därigenom bidra till kunskap som grund för regeringens utveckling och styrning av biståndet. Expertgruppen ska beställa eller genomföra samt kommunicera utvärderingar, analyser och studier av hög kvalitet avseende biståndets genomförande, resultat och effektivitet. Expertgruppen ska ha en oberoende ställning i relation till det som den granskar och ska självständigt svara för val av studier och för kvalitet (dir. 2016:71).

nytt råd innebär att även Finanspolitiska rådet i viss mån kan stå som modell (SFS 2011:446).

Det finns flera konkreta skäl till att ett sådant Råd bör inrättas. *För det första* behöver de frågor som politiken har att lösa ofta aktivt föras in i forskningsdiskussionen, helt enkelt därför att de frågor som är inomvetenskapligt viktiga oftast lyfts fram av helt andra orsaker. *För det andra* skapar en mer permanent plattform av det slag vi avser både en efterfrågan på och stimulans av bredare teman och frågeställningar. På detta sätt kan således en plattform för dialog mellan politik, praktik och forskning bli en motor för såväl utvärderings- och forskningsinsatser, som för en bredare forskningsbas för offentlig debatt och politiska förslag. För att uppnå detta fullt ut behöver sannolikt expertis från olika välfärdsverksamheter också vara företrädda i rådet.

Huvudsakliga uppgifter för ett Råd för en god och jämlik hälsa

Huvuduppdraget för Rådet skulle vara att fungera som en oberoende rådgivare åt regeringen i frågor om en god och jämlik hälsa. Detta skulle innebära att:

1. ha en löpande dialog med berörda departement,
2. beställa och presentera forskningsrapporter om jämlik hälsa som berör de åtta föreslagna målområdena för folkhälsopolitiken, samt
3. initiera och stödja utvärderingar av olika åtgärder och reformer i förhållande till uppsatta mål i folkhälsopolitiken. Det kan röra sig om både åtgärder och reformer med god och jämlik hälsa som huvudsakligt mål och om mer generella åtgärder och reformer och dess effekter när det gäller en god och jämlik hälsa. Utvärderingar bör göras av insatser på såväl nationell, som regional och lokal nivå. De senare med huvudsakligt syfte att lyfta nya och intressanta exempel och föra dessa vidare i en bredare kontext.

Huvudmottagaren av de rapporter och utvärderingar gruppen tar fram skulle vara regeringen, men kunskapen bör sedan spridas vidare till andra relevanta aktörer såsom t.ex. myndigheter, kommuner, landsting och regioner. Rådet bör även ha en expertroll i fram-

tagandet av de strategier som Kommissionen föreslår i sitt andra delbetänkande (SOU 2017:4, avsnitt 4.1.3).

Det föreslagna Rådet skulle även ha en roll mer direkt mot lokal och regional nivå genom att stödja och bistå med utvärderingar av nya insatser och metoder inom de verksamheter som påverkar jämlik hälsa. Denna uppgift bör dock främst gälla principiellt viktiga verksamheter, och bör även kunna inkludera den nationella nivån. Syftet med detta uppdrag som ett slags kunskaps- eller policylabb är att kunna lyfta nya och intressanta exempel och föra dessa vidare i en bredare kontext. Det är ett behov som har lyfts i såväl Kommissionens enkäter som i dialog med olika aktörer.

Den kunskap som skulle tas fram av Rådet skulle komplettera den kunskap som tas fram av Folkhälsomyndigheten i uppföljningssystemet för folkhälsopolitiken. När det gäller Folkhälsomyndighetens uppdrag att utvärdera insatser och metoder inom folkhälsoarbetet bör innebörden av detta och huruvida det borde ligga kvar på myndigheten (se diskussion om detta i avsnitt 3.7) diskuteras i ljuset av det eventuella inrättandet av ett Råd för god och jämlik hälsa. Vid inrättandet av ett Råd för en god och jämlik hälsa är det viktigt att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan Rådet och Folkhälsomyndigheten för att undvika dubbelarbete och rollkonflikter.

Rådets sammansättning och organisation

Rådet för en god och jämlik hälsa bör bestå av forskare med tvärvetenskaplig kompetens av relevans för en god och jämlik hälsa, experter med kunskap om hälsa och hälsans bestämningsfaktorer från myndighetsnivå och professioner, samt företrädare för kommunal och regional nivå.

Rådet bör kunna organiseras som en kommitté i kommittéväsendet (i likhet med de ovan nämnda liknande funktionerna på andra områden) som bistås av ett kansli. Detta kansli bör ha kompetens för eget utredningsarbete, liksom för att organisera det löpande arbetet, inklusive ta fram och konkretisera förslag till studier, engagera externa rapportförfattare, samordna arbetet under studiernas genomförande, medverka till kommunicering av genomförda studier och andra uppgifter som krävs för fullgörande av uppdraget. Rådet med dess kansli bör ha kapacitet att göra egna analy-

ser och utvärderingar, att analysera och föra samman kunskap som produceras av olika aktörer, göra synteser, dra slutsatser och presentera rekommendationer, samt ha en god beställarkompetens. För att motsvara dessa krav krävs en personalstyrka om cirka 8 till 10 personer med god tvärvetenskaplig kompetens och insikt i olika samhällssektorers arbete och förutsättningar. Rådet bör ha ekonomiska resurser för att beställa underlag och rapporter samt för att genomföra och stödja utvärderingar.

Kommittéer arbetar som regel under en tidsbegränsad period. För att säkra långsiktighet bör Rådet ges ett mer långsiktigt mandat om 3 till 5 år, med intentionen att förlänga mandatet ytterligare. Beslut om förlängning bör fattas efter en utvärdering av Rådets verksamhet under den första perioden.

6 Konsekvensbedömning

Enligt kommittéförordningen (1998:1474) ska konsekvenser av de förslag som läggs av en kommitté analyseras, bl.a. med avseende på hur förslagen påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda.

Kommissionens analys och bedömningar har lett oss fram till en bred välfärdspolitisk ansats för att ta ytterligare steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Detta baserar vi på nationell och internationell forskning, och våra bedömningar och slutsatser ligger i linje med tidigare kommissioners arbeten, liksom med den tvärsektoriella ansatsen i den svenska folkhälsopolitiken.

Denna breda ansats är också en tydlig del av vårt uppdrag. Direktiven anger att Kommissionen ska arbeta ”… 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” (dir. 2015:60). Arbetet ska enligt direktiven resultera i förslag riktade till såväl staten som kommuner, landsting och andra relevanta samhällsaktörer.

Uppdragets huvudinriktning är således att fånga bredden i de faktorer och livsvillkor som bidrar till ojämlik hälsa. Detta avspeglas också i Kommissionens sammansättning. Kommissionen består av forskare med expertis inom folkhälsoområdet, men också inom områden som utbildning, arbetsmarknad, socialförsäkringar och socialt arbete. Detta har, i kombination med det omfattande dialogarbete vi bedrivit i enlighet med direktivens förväntningar på ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt, borgat för att förslagen spänner över hela välfärdsområdet. Till detta har även alla de synpunkter och inspel som på olika sätt kommit från kommuner och landsting, från professioner och brukare, från civilsamhällets olika organisationer liksom från myndigheter och andra viktiga aktörer bidragit. Kommissionen har

även varit delvis annorlunda organiserad jämfört med andra kommittéer genom att vi inte har haft någon jurist vid kansliet, och heller inte haft sakkunniga och experter från olika fackdepartement knutna till arbetet. Vi har i stället haft kontakt med ett nätverk inom Regeringskansliet och med tjänstemän från olika berörda enheter.

Allt detta – vår analys, vårt uppdrag och den utformning och organisatoriska förutsättning som Kommissionen getts – innebär att arbetet har handlat om att omfamna hela den bredd av faktorer och livsvillkor som är av betydelse för jämlik hälsa. Arbetets övergripande målsättning har varit att försöka begripliggöra den komplexitet som denna tvärsektoriella bredd med nödvändighet innebär, samt att destillera fram de mest betydelsefulla faktorerna och processerna. Utifrån detta har vi också formulerat hur vi menar att arbetet för att åstadkomma en mer jämlik hälsa bör inriktas, liksom förslag på åtgärder som ska kunna bidra till denna inriktning.

Men då vi gör detta över hela den välfärdspolitiska bredd som här nämnts följer också att varje sådant förslag inte blir konkret i den meningen att det finns förslag på ny författningstext eller förslag kring hur åtgärder ska utformas och implementeras mer exakt. Detta följer logiskt från de direktiv och de organisatoriska förutsättningar Kommissionen har getts, men får betydelse för våra möjligheter att bedöma konsekvenser. I flera fall innebär våra förslag att ett mer fördjupat utredningsarbete krävs, men inte heller för de förslag som är mer konkreta har det varit möjligt att utmejsla förslagen så konkret att en rimlig bedömning av kostnadskonsekvenserna kan göras för olika aktörer. Vi uppfattar också att förslag på en sådan konkretiseringsnivå hade krävt en radikal avgränsning av uppdraget, vilket hade varit i strid med direktiven.

Ett genomgående tema för vårt andra delbetänkande liksom för de förslag som vi lägger i detta slutbetänkande är dessutom att arbetet för en god och jämlik hälsa måste bedrivas långsiktigt, uthålligt och i samspel med samhällsförändringar inom de olika områden och sektorer som berörs. Dessutom måste detta arbete involvera berörda sektorer och aktörer för att skapa ett aktivt medägarskap. Av dessa skäl är också våra förslag tänkta främst som inspel till den löpande process med strategier som vi tidigare förslagit.

För att på allvar kunna bedöma konsekvenser av förslag i termer av kostnader och intäkter för det allmänna eller andra aktörer krävs en uppfattning om insatsens omfattning, om styckkostnaden för

olika typer av insatser, personer eller verksamheter som berörs, samt om insatsens effektivitet och ekonomiska konsekvenser av resultatet. Som beskrivs i kapitel 5 behövs i många fall förbättrade förutsättningar för att med rimlig precision kunna göra denna typ av bedömningar av om reformer och verksamheter inom välfärdsområdet har den effekt de är tänkta att ha. Det *Råd för en god och jämlik hälsa* som vi föreslår är också tänkt att bl.a. arbeta med analyser där sådana konsekvenser och effekter av insatser skattas. Att i avsaknad av sådana underlag bedöma ekonomiska konsekvenser för enskilda aktörer eller för hela samhället enbart på basis av olika antaganden och uppskattningar om såväl volymer som styckkostnader och effekter är därför varken seriöst eller i linje med vår analys och bedömning.

Sammantaget menar vi alltså att vårt uppdrags karaktär och inriktning samt de organisatoriska förutsättningarna som vårt arbete har getts är inriktade på att säkerställa en välfärdspolitisk bredd i vårt arbete. Detta speglas också väl i de målområden och de förslag som vi lägger.

Vi har vinnlagt oss om att vara så konkreta som möjligt, och att komma längre än att enbart peka ut inriktningen för arbetet. I detta avseende menar vi också att vi kommit betydligt längre än flera tidigare arbeten på området, exempelvis i England och Norge. Trots detta menar vi samtidigt att de 94 förslag vi lägger endast i vissa undantagsfall är meningsfulla att beräkna i termer av kostnader, eftersom de helt enkelt inte är utformade på ett sådant sätt att meningsfulla kostnadsberäkningar är möjliga. Våra förslag är i många fall i stället att betrakta som utgångspunkter för ett vidare och långsiktigt ständigt pågående arbete för en god och mer jämlik hälsa.

6.1 Konsekvenser för jämställdhet och för olika grupper

Bedömningar av konsekvenser i termer av förändringar av villkoren och möjligheterna för människor i olika grupper, exempelvis vad gäller jämställdhet, integration eller sysselsättning är svåra att göra generellt sett. De sammantagna konsekvenserna drivs av såväl förslagens eftersträvade effekter som av hur människor sedan reagerar på och agerar utifrån de ändringar i förutsättningar som förslagen innebär. Vi kan dock konstatera att det grundläggande syftet med våra förslag,

liksom med hela vårt uppdrag, är att åstadkomma mer jämlika villkor och möjligheter för människor ur olika sociala grupper. Detta innebär att vår sammantagna *avsikt* med förslagen är att öka jämställdhet mellan kvinnor och män respektive flickor och pojkar, att öka möjligheterna för integration, samt att öka möjligheterna för sysselsättning, i synnerhet för de som har en svag anknytning till arbetsmarknaden. Då förslagens inriktning på förebyggande, främjande, och likvärdighet både vad gäller insatser och bemötande är viktigt för mer jämlika utfall generellt menar vi att de sannolikt är positiva för personer med funktionsnedsättning, hbtq-personer samt för personer som tillhör nationella minoriteter. Däremot bedömer vi att förslagen inte i sig har några *direkta* konsekvenser för brottslighet och det brottsförebyggande arbetet, eller för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag.

6.2 Samhällsekonomiska konsekvenser

Förslagens inriktning innebär förstås också att samhällsekonomiska konsekvenser uppstår. Vi menar att det på ett generellt plan är välkänt att främjande och förebyggande insatser också är samhällsekonomiskt gynnsamma. Vi har argumenterat för detta som ett skäl till att arbete med jämlik hälsa i allmänhet och tidiga insatser i synnerhet är viktiga (se SOU 2016:55, s. 23–25), och vi har i kapitel 5 argumenterat för behovet av ett socialt investeringsperspektiv.

Samtidigt är det också känt att konkreta försök att värdera samhällsekonomiska vinster är svåra att göra. Det krävs många svåra antaganden kring vad som hade skett om insatser inte hade gjorts och vad dessa alternativa händelseförlopp i så fall hade gett för ekonomiska konsekvenser. Vi argumenterade därför i vårt första delbetänkande att det inte *enbart* är de samhällsekonomiska vinsterna, vad vi där kallar bättre resursanvändning, som kan vara argumentet för främjande och förebyggande insatser för mer jämlik hälsa.

Vinsterna för enskilda, deras familjer och samhället i stort av att skapa bättre och mer likvärdiga förutsättningar för fler människor att ha en egen försörjning och kunna leva ett oberoende och mer hälsosamt liv är naturligtvis betydande. Det allmänna har ett ansvar för att stötta, vårda, och hjälpa de personer och familjer som har

sociala, ekonomiska eller hälsomässiga svårigheter, men alla vinner på att det blir färre som kommer i dessa situationer.

Detta generella resonemang har starkt stöd i bl.a. humankapitalteori, där främst olika insatser tidigt i livet via utbildningssystemet, arbetsmarknadspolitiken eller socialpolitiken kan ses som investeringar i humankapital (Heckman 2000, 2006). Men det finns även ett antal konkreta beräkningsexempel byggda på svenska förhållanden som tydligt pekar på att de samhällsekonomiska konsekvenserna kan vara betydande. Dessa exempel belyser såväl kostnaderna med att inte åtgärda problem tidigt som att vinsterna kan vara påtagliga, givet att insatserna har effekt.

Ett sådant exempel rör samhällsekonomiska kostnader orsakade av skolmisslyckanden eller försenat inträde på arbetsmarknaden. Olika beräkningsexempel presenterade av Nilsson med flera (2014) där de samhällsekonomiska kostnaderna vid ett uppskjutet arbetsmarknadsinträde på grund av skolmisslyckande presenteras. Kalkylerna bygger på ett antal antaganden, men utgör samtidigt sannolikt underskattningar av de verkliga kostnaderna. Beräkningarna pekar på att de samhällsekonomiska konsekvenserna för en person som hamnar utanför arbetsmarknaden uppgår till cirka 4,2 miljoner kronor över en tioårsperiod. Den största delen av detta utgörs av det uppskattade värdet av produktionsbortfall, och till detta kommer kostnader för försörjningsstöd. För en person som dessutom har fysiska och psykiska besvär som kräver vårdinsatser, samt också blir föremål för en mängd olika insatser från de olika aktörerna på arbetsmarknaden blir kostnaden nästan 5,4 miljoner över tio år.

Dessa beräkningar kan kontrasteras med vad olika tänkbara insatser tidigare i händelsekedjan skulle ha kostat. Om personernas skolmisslyckande sammanhängde med bristande stödinsatser kunde exempelvis mindre klasstorlek ha inneburit ett annat utfall för dessa personer. Fredriksson med flera (2013) har visat att mindre klasstorlek är kopplat till bättre kognitiv funktion på kort och medellång sikt, på större chans till avslutad utbildning samt bättre lön under vuxenlivet. De finner också att det är samhällsekonomiskt lönsamt att minska klasserna.

Inom ramen för Malmökommissionens arbete genomfördes ett antal hälsoekonomiska utvärderingar av åtgärder i förskola och grundskola (Gerdtham et al. 2012). En av de utvärderade åtgärderna gällde de samhällsekonomiska konsekvenserna av daglig schemalagd fysisk

aktivitet, baserat på det så kallade Bunkefloprojektet. Resultat från projektet visar att daglig idrott inte bara förbättrade barnens motorik utan också deras skolprestationer (Ericsson och Karlsson 2014), och att en signifikant högre andel av dem med daglig idrott var behöriga att söka till gymnasieskolan efter årskurs 9 (96 procent jämfört med kontrollgruppens 89 procent). Detta skapar sammantaget potentiella samhällsekonomiska vinster i form av ökat produktionsvärde till följd av färre skolavhopp och ökat arbetslivsdeltagande samt genom reducerade kostnader för sjuklighet som vida överstiger de skattade kostnaderna för insatsen. Utslaget per elev i årskullen så motsvarar investeringen en kostnad på 4 600 kronor för samtliga 9 år i grundskolan med en förväntad produktionsvinst och reducerade sjuklighetskostnader på 38 000 kronor under de följande 10 åren efter utgången grundskola (Gerdtham et al. 2012, s. 21).

Redan i dag görs förstås insatser, inte minst riktade mot barn och unga, till stora kostnader för samhället. Genom att studera de samhällsekonomiska kostnaderna genom att i journaler och akter följa insatserna för verkliga personer kan faktiska kostnader summeras, och idealt sett vägas mot resultat. Detta har gjorts i ett projekt drivet av SKL. I syfte att studera de faktiska processerna samt deras resultat och kostnader har insatserna insamlats för 20 individer som under uppväxten varit föremål för omfattande interventioner från skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård (Nygren et al. 2015). Totalkostnaden för dessa barnavårdsärenden ligger mellan 400 000 och 8 miljoner kronor i dagens pengavärde, och mediankostnaden är 2,2 miljoner kronor (Uppdrag psykisk hälsa 2015). Projektet pekar på att dessa insatser ofta har brister i kontinuitet, att skolfrånvaro borde ha föranlett tydligare och tidigare reaktioner, samt på en avsaknad av uppföljning och utvärdering av de insatser som gjorts. Givet de stora kostnader som är knutna till insatserna finns därmed rimligen en potential att använda dessa resurser på ett bättre sätt.

Vi vill med dessa exempel visa på den samhällsekonomiska potentialen i den inriktning vi pläderar för liksom i många av de förslag vi lägger, i synnerhet rörande det tidiga livet. De svårigheter som är kopplade till att göra mer exakta beräkningar menar vi stöder den argumentation vi för i kapitel 5 om behovet av mer utvecklad och sammanhållen infrastruktur för kunskapsuppbyggnad och evidensförsörjning inom välfärdsområdet.

6.3 Bedömningar av konsekvenser i vissa fall

Våra 94 förslag kan delas in i kategorier längs olika dimensioner. Dels har vi i flera fall använt förslag som tidigare lagts fram av specialinriktade utredningar. Dessa utredningar har gjort egna konsekvensanalyser vilka vi inte återupprepar här. Flera av utredningarna är också under beredning i Regeringskansliet. Dessa förslag lyfts fram för att belysa att de har en påverkan också på den jämlika hälsan, samt att det redan pågående arbetet inom olika politikområden är av betydelse också i detta sammanhang.

Ibland handlar våra förslag om behovet av fördjupade utredningsuppdrag. Dessa syftar i sin tur att ta fram mer detaljer och beslutsunderlag kring frågor där vi gjort principiella bedömningar av betydelsen för jämlik hälsa. Det blir i dessa fall inte meningsfullt att försöka analysera de vidare konsekvenserna och därmed föregripa utredningsarbetet. Själva utredningsuppdragen är förknippade med en kostnad, vilken dock bör kunna hanteras inom ramen för respektive departements utredningsbudget.

Flera förslag riktar sig till kommuner och landsting. Den kommunala finansieringsprincipen innebär att kommunsektorn ska ersättas om kommuner och landsting åläggs obligatoriska åtgärder. Våra förslag har oftast inte den karaktären utan kan mer ses som rekommendationer till kommuner, landsting och regioner, och det blir därmed upp till varje huvudman att avgöra om de förslag vi lägger är lämpliga att utgå ifrån i sitt arbete. Ibland berör dessa förslag metodfrågor som kan handla om att arbeta på ett annat sätt eller om omprioriteringar vilket bör kunna göras inom givna budgetramar. I de fall det därutöver rör sig om en ambitionshöjning kan staten överväga stödja detta ekonomiskt, vilket då bör ske i samråd mellan staten och kommunsektorn/SKL.

För några av våra förslag är det dock möjligt att närmare bedöma de ekonomiska konsekvenserna. I avsnitt 4.3.3 läggs tre konkreta förslag för vilka Kommissionen låtit göra konsekvensberäkningar i SCB:s mikrosimuleringsmodell FASIT[1] (dessa beräkningar redogörs för mer utförligt i bilaga 3).

[1] FASIT (Fördelningsanalytiskt statistiksystem för inkomster och transfereringar) är en mikrosimuleringsmodell som beräknar effekterna av förändringar i skatte-, avgifts- och transfereringssystemen för individer och hushåll. Det är möjligt att beräkna hur förändringar i dessa system påverkar olika grupper i samhället samt vilken effekt de får på de offentliga finanserna.

Det första förslaget är att indexera riksnormen i det ekonomiska biståndet med årlig ändring i inkomstindex. Kommissionen bedömer att förslaget upphäver ett successivt ökande avstånd mellan marginalgrupper och genomsnittshushåll. Enligt beräkning i FASIT-modellen skulle förslaget medföra ökade kostnader för kommunerna motsvarande 0,5 miljarder kronor. Ökningen tillfaller endast kommunerna och dessa måste kompenseras enligt finansieringsprincipen. Denna kostnad bör emellertid tolkas med försiktighet. FASIT-modellen bygger på en rad olika antaganden som gör resultaten relativt osäkra. Kommissionen menar att det finns skäl att anta att kostnadsökningen sannolikt blir väsentligt mindre än vad skattningen via FASIT-modellen ger vid handen (se vidare bilaga 3).

Det andra förslaget är att inte räkna in barnbidraget i inkomstunderlaget för prövning av ekonomiskt bistånd. Kommissionen bedömer att förslaget är mycket träffsäkert avseende gruppen ekonomiskt utsatta familjer med barn, där förbättrade inkomster potentiellt kan ha större och mer långsiktiga hälsoeffekter än i andra hushållskonstellationer (se Bergmark 2016). Enligt beräkning i FASIT-modellen skulle förslaget medföra ökade kostnader för kommunerna motsvarande 1,6 miljarder kronor. Kostnadsökningen uppstår initialt hos kommunerna vilka måste kompenseras enligt finansieringsprincipen. Förslaget innebär däremot ingen kostnadsökning för själva barnbidraget. Förslaget innebär att den lägsta inkomstdecilen får ökade inkomster med i genomsnitt cirka 2,4 procent och är särskilt träffsäkert för ensamstående med barn.

Det tredje förslaget är att höja inkomstgränsen för prövning av bostadsbidrag till 170 000 kronor per år. Kommissionen bedömer att bostadsbidraget är en fördelningspolitiskt träffsäker förmån som når hushåll med låga inkomster. Enligt beräkning i FASIT-modellen skulle förslaget medföra ökade kostnader med 820 miljoner kronor räknat på år 2017. Nettoeffekten blir emellertid 760 miljoner kronor eftersom förslaget medför en minskning av både BTP (bostadstillägg för pensionärer) och det ekonomiska biståndet enligt dessa beräkningsmodeller. Kostnadsökningen uppstår för staten. Förslaget innebär att den lägsta inkomstdecilen får ökade disponibla inkomster med cirka 0,6 procent.

Vi har i avsnitt 5.4 lagt ett förslag om att inrätta ett *Råd för en god och jämlik hälsa* med uppgift att främja forskning, utvärdering och en tätare dialog kring frågor om en god och jämlik hälsa. Idén

lanserades i vårt förra delbetänkande (SOU 2017:4, avsnitt 4.3.5), och konkretiseras i detta betänkande.

Rådet är tänkt att fungera som en oberoende rådgivare åt regeringen i frågor om en god och jämlik hälsa, och att organiseras inom ramen för kommittéväsendet. Det bör ha tre huvuduppdrag, nämligen 1) att ha en löpande dialog med berörda departement, 2) att beställa och presentera forskningsrapporter om jämlik hälsa som berör de åtta föreslagna målområdena för folkhälsopolitiken, samt 3) att initiera och stödja utvärderingar av olika åtgärder och reformer i förhållande till uppsatta mål i folkhälsopolitiken.

Vi bedömer att organisering inom ramen för kommittéväsendet, i likhet med flera redan existerande verksamheter med likartade uppdrag som t.ex. Expertgruppen för biståndsanalys respektive Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, är ett kostnadseffektivt sätt att relativt snabbt få initiera en verksamhet. I linje med den bemanning och det uppdrag vi skisserar i avsnitt 5.4 beräknar vi att grundkostnaden för att bemanna kansliet (beräknat på full bemanning), plus kostnaden för dialogarbetet samt för att beställa underlagsrapporter externt blir 12 miljoner kronor per år. Detta utgör de uppskattade kostnaderna för uppgift 1 och 2 ovan.

Till detta kommer den tredje uppgiften att initiera, stödja samt bistå med utvärdering av nya typer av insatser för att öka likvärdighet och jämlikhet i hälsa. Det kan röra sig om både åtgärder och reformer med god och jämlik hälsa som huvudsakligt mål och om mer generella åtgärder och reformer och dess effekter när det gäller en god och jämlik hälsa. Insatser och utvärderingar bör göras på såväl nationell, som regional och lokal nivå. De senare med huvudsakligt syfte att lyfta nya och intressanta exempel och föra dessa vidare i en bredare kontext. Denna del är svårare att kostnadsbedöma, både vad gäller lämplig omfattning som tid för etablering och uppbyggnad. Vår sammantagna bedömning är dock att mellan 4 och 6 miljoner kronor är ett rimligt resursbehov för denna del.

Sammantaget ger detta ett uppskattat resursbehov om 16 till 18 miljoner kronor med full bemanning och verksamhet. Under en uppbyggnadsfas blir resursbehovet rimligtvis lägre. Kostnaden för Rådet ligger därmed i nivå med kostnaden för t.ex. Expertgruppen för biståndsanalys.

7 Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa

Med detta betänkande avslutar Kommissionen för jämlik hälsa sitt utredningsarbete. Arbetet med att skapa bättre samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa behöver däremot fortsätta länge till. Detta är också en viktig övergripande slutsats från vårt arbete, nämligen att det krävs ett envetet, tålmodigt och aldrig avstannande arbete för att åstadkomma mer likvärdiga förutsättningar, och därmed också mer jämlika villkor och förhållanden, för människor i olika sociala skikt och grupper. Eftersom de processer som genererar ojämlikhet är självförstärkande, där de som *har* lite mer också kommer att ha större möjligheter att *få* lite mer, behövs ett pågående arbete enbart för att hålla ojämlikheten i samhället konstant. Om klyftorna ska minskas krävs ytterligare ansträngning.

Sverige är ett land där folkhälsan mätt på traditionellt sätt som spädbarnsdödlighet eller medellivslängd är väldigt god. Även om det finns påtagliga skillnader mellan sociala grupper i såväl hälsa som livslängd har också människor med kort utbildning eller låg inkomst relativt god hälsa i ett internationellt perspektiv. Detta är förstås utmärkt, och vittnar om att de insatser som under lång tid gjorts för att skapa mer likvärdiga och jämlika villkor och möjligheter också avspeglar sig i hälsoläget. Satsningar på förskola, utbildning och socialförsäkringar liksom på sysselsättningsskapande åtgärder har bidragit till såväl ekonomisk tillväxt som goda livsvillkor för flertalet. Detta tillsammans med förbättringar inom hälso- och sjukvården och framsteg i olika förebyggande insatser har varit viktigt för de generella hälsoförbättringar som kommit många till del.

Våra historiska framgångar till trots är ojämlikheten i hälsa och livslängd likafullt mycket påtaglig också i dag. Det är rimligen också så att ytterligare insatser är svårare att se och genomföra just för att

vi i Sverige redan kommit långt. Det är därför vi inte tror att vägen mot en mer jämlik hälsa går via en eller ett par avgörande åtgärder, utan att det är ett tålmodigt arbete med många olika frågor inom ett brett spektrum av sektorer som krävs. Därmed inte sagt att det saknas utrymme eller möjligheter för större eller mer genomgripande reformer. De tankar om en sammanhållen hälsovård för barn och unga som presenterats i kapitel 4 är ett sådant exempel.

Men huvudsakligen är det ett systematiskt och uthålligt reformarbete över ett stort antal samhällssektorer som krävs för att vi som samhälle ska röra oss mot en mer jämlik hälsa. Sådana reformer kan röra innehåll och utförande av välfärdstjänster med bäring på de livsvillkor som vi pekat ut som centrala för en god och jämlik hälsa, men även organisering, styrning och förutsättningar för utvärdering. Rent konkret handlar det ofta om behov av att förbättra tillgänglighet och kvalitet för de barn, ungdomar och vuxna som är i behov av mer eller annorlunda utformat stöd för att därigenom få samma förutsättningar som andra. Att på så sätt skapa mer likvärdiga förutsättningar genom olika insatser är ofta redan fastslaget i den lagstiftning som reglerar olika välfärdsverksamheter, det gäller nu att hitta vägar att uppnå detta.

Men varför och hur ska andra samhällssektorer än hälsosektorn arbeta med hälsofrågor? Att diskutera om det är uppväxtvillkoren, utbildningen, arbetet, inkomsterna eller hälsan som är viktigast i livet är inte särskilt meningsfullt. Allt detta är viktiga delar av ett gott liv, en god välfärd, och alla dessa aspekter av ett gott liv hänger samman för såväl individer som för samhället. Därför är det också i alla sektorers 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. Dålig hälsa påverkar å andra sidan både studieresultat som arbetsförmåga. Genom att alla sektorer bidrar till helheten genom att göra vad *de* kan för att skapa mer likvärdiga villkor och möjligheter för människor bidrar de också till en mer jämlik hälsa.

Samtidigt kan vi också konstatera att människor själva tenderar att ge hälsan större betydelse än andra aspekter av livet. Och det finns en klar logik i detta; hälsan handlar ytterst om den mänskliga existensen, men är också en avgörande aspekt av det dagliga livet. Utan att säga att hälsan ska vara det viktigaste värdet eller målet för all offentlig verksamhet kan insikten om att hälsan är det viktigaste

värdet för en övervägande majoritet av Sveriges befolkning också tjäna som vägledning för politiska avvägningar och prioriteringar. Inte minst kan den ojämlika hälsan tjäna som en indikator på att det ännu finns viktiga skillnader mellan människor i olika sociala grupper vad gäller villkor och möjligheter, vilka sätter sig i kroppen och leder till påtagliga skillnader i liv och hälsa.

Hur samhället ska utvecklas och om ojämlikhet i hälsa ska prioriteras är förstås ytterst politiska frågor. Samtidigt har det under lång tid funnits en påtaglig politisk enighet runt tanken att en god och jämlik hälsa är viktigt. Däremot har det funnits skillnader i vilka medel man betonat, och kanske främst då i vilken utsträckning det är individens egna hälsoval som ska stödjas eller om det är de mer grundläggande förutsättningarna för hälsa man bör arbeta med. Vår uppfattning är att denna åtskillnad är förlegad och måste överkommas om vi ska kunna röra oss mot en mer jämlik hälsa. Ojämlikheten i hälsa börjar inte med levnadsvanorna, och kan inte lösas enbart i hälso- och sjukvården. Men det omvända gäller också; utan att arbeta med levnadsvanor och en mer jämlik hälso- och sjukvård kommer vi inte att nå en jämlik hälsa. För många av de mer grundläggande bestämningsfaktorerna till hälsa, som kunskaper och kompetenser eller arbete och arbetsförhållanden, är det också viktigt *i sig* att arbeta mer med likvärdighet och mer jämlika förutsättningar. Problem inom skolan med sviktande kunskaper och avhopp liksom problem på arbetsmarknaden med arbetslöshet och kompetensbrister handlar i många fall just om hur olika slags ojämlikhet i förutsättningar och möjligheter inte har hanterats på ett framgångsrikt sätt.

Det finns i Sverige också sedan lång tid en bred samsyn kring jämställdhet och jämlikhet som viktiga värden. Detta är förstås inget unikt för Sverige, även om Sverige i flera avseenden har kommit längre än många andra länder i strävandena att skapa ett mer jämställt och jämlikt samhälle. Vårt arbete visar samtidigt att det finns mer att göra för att nå en mer jämlik hälsa, både vad gäller att stärka individers egna möjligheter att agera och generera resurser och det allmännas förmåga att bidra med resurser under perioder i livet eller i situationer där de egna resurserna eller handlingsutrymmet inte räcker till. Samtidigt som vi i Sverige har all rätt att vara stolta över hur långt vi har kommit på vägen mot mer jämlik hälsa finns det nu all anledning att ta nästa steg på den vägen.

Referenser

Abrahamsson, A., Bing, V. och Löfström, M. (2009). *Familjecentraler i Västra Götaland – en utvärdering*. Västra Götalandsregionen: Folkhälsokommittén.

Abrahamsson, H., Guevara, B. och Lorentzi, Å. (red.) (2016). *Kunskap om och arbetssätt i rättvisa och socialt hållbara städer. KAIROS slutrapport.* Mistra Urban Futures report 2016:1. Göteborg.

Agerholm, J. (2016). *Analysing equity in outpatient care in Stockholm County and the impact of using different data sources.* Stockholm: Karolinska institutet.

AFS 2015:4. *Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö.* Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Ahlbäck Öberg, S. och Widmalm, S. (2016). Att göra rätt – även när ingen ser på. *Statsvetenskaplig tidskrift,* 118(1), 7–17.

Albin, M., Gustavsson, P., Kjellberg, K. och Theorell, T. (2017). *Arbetsmiljö och jämlik hälsa.* Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa.

Albin, M., Jakobsson, K. och Djurfeldt, A. (2012). *Miljöns betydelse för sociala skillnader i hälsa.* Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad.

Aldén, L. och Hammarstedt, M. (2016). *Boende med konsekvens – en ESO-rapport om etnisk bostadssegregation och arbetsmarknad.* Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2016:1. Finansdepartementet.

Alm, M. (2015). *När kunskap ska styra – om organisatoriska och professionella villkor för kunskapsstyrning inom missbruksvården.* Växjö: Linneaus University Press.

Andersson, A. och Sandberg, E. (2017). *Förskolan – En investering i jämlika livsvillkor. Delrapport från Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm.* Stockholms stad.

Anderstig, C. (2012). *Försörjningskvoten i olika delar av Sverige – scenarier till år 2050*. Underlagsrapport 8 till Framtidskommissionen. Statsrådsberedningen.

Angelov, N. och Edmark, K. (2016). *När skolan själv får välja – om friskolornas etableringsmönster.* Rapport 2016:14. Uppsala: IFAU.

Annadotter, K. och Blomé, G. (2014). *Uthyrningspolicy – jämförelse och diskussion av uthyrningsregler i nio bostadsföretag med fördjupning för Landskrona stad.* KTH Bygg- och fastighetsekonomi, Institutionen för Fastigheter och Byggande. Rapport 2014:4.

Arbetsförmedlingen (2016). *Arbetsmarknadsrapport 2016.* Stockholm: Arbetsförmedlingen.

Arbetsförmedlingen (2017a). *Var finns jobben? Bedömning för 2017.* Stockholm: Arbetsförmedlingen.

Arbetsförmedlingen (2017b). *Perspektiv på arbetslösheten i olika grupper.* Rapport, dnr: Af-2017/0004 4000. Stockholm: Arbetsförmedlingen.

Arbetsmarknadsekonomiska rådet (2017). *Arbetsmarknads-ekonomisk rapport – Tudelningen på arbetsmarknaden.* Stockholm: Arbetsmarknadsekonomiska rådet.

Arbetsmiljöverket (2015). *Kvinnors arbetsmiljö 2011–2014 – Slutrapport.* Rapport 2015:6. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Arbetsmiljöverket (2016a). *Arbetsorsakade besvär 2016.* Arbetsmiljöstatistik. Rapport 2016:3. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Arbetsmiljöverket (2016b). *Arbetsmiljön 2015.* Arbetsmiljöstatistik. Rapport 2016:2. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Aronen, E.T. och Arajärvi, T. (2000). Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(2), 223–232.

Aronen, E.T. och Kurkela, S.A. (1996). Long-Term Effects of an Early Home-Based Intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(12), 1 665–1 672.

Atkinson, A.B. (2015). *Inequality. What can be done?* London: Harvard University Press.

Augustinsson, E., Backström, C., Björk, F. och Lövgren, M-L. (2016). *Arbetsintegrerade sociala företag.* Underlagsrapport till analysgruppen Arbetet i framtiden. Kansliet för strategi- och framtidsfrågor, Statsrådsberedningen.

Avdic, D. och Karimi, A. (2016). *Modern family? Paternity leave and marital stability.* Working paper 2016:23. Uppsala: IFAU.

Balkfors, A. (2015). *Sociala investeringar i Sveriges kommuner och landsting/regioner – resultat från enkätstudie.* Stockholm: SKL.

Barnett, S.W. och Belfield, C.R. (2006). Early Childhood Development and Social Mobility. *The Future of Children*, 16(2), 73–98.

Bassett, D.R. Jr, Fitzhugh, E.C., Heath, G.W., Erwin, P.C., Frederick, G.M., Wolf, D.L., Welch, W.A. och Stout, A.B. (2013). Estimated energy expenditure in school based policies and active living. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(2), 108–113.

van den Berg, M., Wendel-Vos, W., Poppel, M., Kemper, H., Mechelen, W. och Maas, J. (2015). Health benefits of green spaces in the living environment: A systematic review of epidemiological studies. *Urban Forestry & Urban Greening*, 14(4), 806–816.

Bergmark, Å. (2016). *Ekonomiskt bistånd: försörjningsvillkor och marginalisering – ett hinder för jämlik hälsa?* Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa.

Bergström, E-K. (2016). *Fluoride varnish programmes for adolescents at school – caries, conceptions and costs.* Göteborg: Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet.

Berlin, J., Carlström, E. och Sandberg, H. (2009). *Team i vård, behandling och omsorg – Erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.

Benedetti, F. och Amanzio, M. (2013). Mechanisms of the placebo response. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics,* 26(5), 520–523.

Berggren, C. (2007). Arbetsmarknaden och efterfrågan på högre utbildning – ett köns- och klassperspektiv. I: Olofsson, J., (red.) *Utbildningsvägen – vart leder den?* Stockholm: SNS Förlag.

BFS 2015:1 FRI 1. *Boverkets allmänna råd (2015:1) om friyta för lek och utevistelse vid fritidshem, förskolor, skolor eller liknande verksamhet.* Karlskrona: Boverket.

Bharadwaj, P., Johnsen, J.V. och Løken, K.V. (2014). Smoking Bans, Maternal Smoking and Birth Outcomes. *Journal of Public Economics*, 115, 72–93.

Björk, J., Albin, M., Grahn, P., Jacobsson, H., Ardö, J., Wadbro, J., Östergren, P-O. och Skärbäck, E. (2008). Recreational values of the natural environment in relation to neighbourhood satisfaction, physical activity, obesity and wellbeing. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(4), e2.

Björklund, A., Fredriksson, P., Gustafsson, J-E. och Öckert, B. (2010). *Den svenska utbildningspolitikens arbetsmarknadseffekter: Vad säger forskningen?* Rapport 2010:13. Uppsala: IFAU.

Blakely, T., Cobiac, L.J., Cleghorn, C.L., Pearson A.L., van der Deen, F.S., Kvizhinadze, G., Nghiem, N., McLeod, M. och Wilson, N. (2015). Health, Health Inequality, and Cost Impacts of Annual Increases in Tobacco Tax: Multistate Life Table Modeling in New Zealand. *PLoS Med.,* 12(7), e1001856.

Blomstedt, Y., Norberg, M., Stenlund, H., Nyström, L., Lönnberg, G., Boman, K., Wall, S. och Weinehall, L. (2015). Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990–2006. *BMJ Open*, 5(12), e009651.

Bogic, M., Njoku, A. och Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights.* 15(1), 29.

Bohman, B., Eriksson, M., Lind, M., Ghaderi, A., Forsberg, L. och Rasmussen, F. (2013). Infrequent attention to dietary and physical activity behaviours in conversations in Swedish child health services. *Acta Paediatrica*, 102(5), 520–524.

Bohman, B., Forsberg, L., Ghaderi, A. och Rasmussen, F. (2012). An Evaluation of Training in Motivational Interviewing for Nurses in Child Health Services. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 1–15.

Bokriskommittén (2014). *En fungerande bostadsmarknad – en reformagenda.* Rapport, Bokriskommittén. Stockholm.

Boverket (2010). *Socialt hållbar stadsutveckling – en kunskapsöversikt.* Regeringsuppdrag IJ2009/1746/IU. Dnr: 20114094/2009. Karlskrona: Boverket.

Boverket (2014). *Etableringshinder på bostadsmarknaden*. Rapport 2014:33. Karlskrona: Boverket.

Boverket (2015a). *Boendesituationen för nyanlända – slutrapport*. Rapport 2015:40. Karlskrona: Boverket.

Boverket (2015b). *Boverkets indikatorer november 2015. Analys av utvecklingen på bygg- och bostadsmarknaden med byggprognos.* Karlskrona: Boverket.

Boverket (2016a). *Reviderad prognos över behovet av nya bostäder till 2025.* Rapport 2016:18. Karlskrona: Boverket.

Boverket (2016b). *Trångboddhet i storstadsregionerna.* Karlskrona: Boverket.

Boverket och Tillväxtverket (2016). *Tillväxt kräver planering. Slutrapport av uppdraget för stärkt och regionalt samspel mellan fysisk planering och näringslivsutveckling 2013–2015.* Rapport 2016:9. Karlskrona: Boverket.

Brottförebyggande rådet, Brå (2014). *Brott i nära relationer – En nationell kartläggning.* Rapport 2014:8. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Bukodi, E., Erikson, R. och Goldthorpe, J.H. (2014). The effects of social origins and cognitive ability on educational attainment: Evidence from Britain and Sweden. *Acta Sociologica*, 57(4), 293–310.

Burström, B., Marttila, A., Kulane, A., Lindberg, L. och Burström, K. (2017). Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research*, 17(1), 91.

Böhlmark, A. och Holmlund, H. (2011). *20 år med förändringar i skolan: vad har hänt med likvärdigheten?* Stockholm: SNS Förlag.

Böhlmark, A. och Holmlund, H. (2012). *Lika möjligheter? Familjebakgrund och skolprestationer 1988–2010.* Rapport 2012:14. Uppsala: IFAU.

Cancerfonden (2016). *Cancerfondsrapporten 2016.*

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN (2014). *Drogutvecklingen i Sverige 2014.* Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Centrum för arbets- och miljömedicin (2016). *Arbetshälsorapport Stockholms län 2016.* Stockholm: Centrum för arbets- och miljömedicin.

Cesarini, D., Lindqvist, E., Östling, R. och Wallace, B. (2016). Wealth, Health, and Child Development: Evidence from Administrative Data on Swedish Lottery Players. *The Quarterly Journal of Economics,* 131(2), 687–738.

Chen, E. och Miller, G.E. (2013). Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors. *Annual Review of Clinical Psychology,* 9, 723–749.

Chen, Y.F., Görg, H., Görlich, D., Hassana, M, Montagna, C. och Temouri, Y. (2014). *Globalisation and the future of the welfare state.* IZA Policy Paper no. 81. Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA).

Chetty, R., Stepner, M., Abraham, S., Lin, S., Scuderi, B., Turner, N., Bergeron, A. och Cutler, D. (2016). The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001–2014. *Journal of the American Medcial Association,* 315(16), 1 750–1 766.

Centrum för idrottsforsking, CIF (2015). *Statens stöd till idrotten: uppföljning 2014.* Stockholm: Centrum för idrottsforskning.

Colagiuri, B., Schenk, L.A., Kessler, M.D., Dorsey, S.G. och Colloca, L. (2015). The placebo effect: From concepts to genes. *Neuroscience,* 307, 171–190.

Cunha, F. och Heckman, J. (2010). Investing in our young people. I: Reynolds, A.J., Rolnick, A.J., Englund, M.M. och Temple, J.A. (red.) *Childhood programs and practices in the first decade of life.* New York: Cambridge University Press.

Dadush, U. och Dervis, K. (2013). The inequality challenge. *Current History,* 112(750), 13–19.

Datainspektionen (2016). *Tillsyn avseende undersökningen Hälsa Stockholm*. Beslut 2016-12-19, Dnr 195-2016. Stockholm: Datainspektionen.

Deaton, A. (2016). On Death and Money. History, Facts and Explanations. *Journal of the American Medical Association*, 315(16), 1 703–1 705.

Deaton, A. (2003). Health Inequality and Economic Development. *Journal of Economic Literature*, 41(1), 113–158.

Diderichsen, F., Andersen, I. och Manual, C. (2011). *Health inequalities – determinants and policies.* Köpenhamn: Sundhetsstyrelsen och Köpenhamns universitet.

Diez Roux, A.V. och Mair, C. (2010). Neighbourhoods and health. *Annals of the New York Acedemy of Science.* 1186(1), 125–145.

Dir. 2006:27. *Delegationen för mänskliga rättigheter i Sverige*. Kulturdepartementet.

Dir. 2007:161. *Socialt råd*. Socialdepartementet.

Dir. 2007:46. *Expertgrupp för studier i offentlig ekonomi*. Finansdepartementet.

Dir. 2014:40. *Ett stärkt och självständigt civilsamhälle.* Utbildningsdepartementet.

Dir. 2014/40/EU. *Om tillnärmning av medlemsstaternas lagar och andra författningar om tillverkning, presentation och försäljning av tobaksvaror och relaterade produkter och om upphävande av direktiv 2001/37/EG.* Europaparlamentet och rådet.

Dir. 2014:75. *Bättre konkurrens för ökat bostadsbyggande*. Näringsdepartementet.

Dir. 2014:111. *Demokratisk delaktighet och inflytande över det politiska beslutsfattandet.* Justitiedepartementet.

Dir. 2015:20. *En samordnad utveckling av validering.* Utbildningsdepartementet.

Dir. 2015:38. *Tilläggsdirektiv till Utredningen för ett stärkt civilsamhälle*. Kulturdepartementet.

Dir. 2015:60. *En Kommission för jämlik hälsa.* Socialdepartementet.

Dir. 2016:15. *Dataskyddsförordningen*. Justitiedepartementet.

Dir 2016:45. *Översyn av regelverken för forskningsetik och gränsområdet mellan klinisk forskning och hälso- och sjukvård.* Utbildningsdepartementet.

Dir. 2016:52. *Dataskyddsförordningen – behandling av personuppgifter och anpassningar av författningar inom Socialdepartementets verksamhetsområde*. Socialdepartementet.

Dir. 2016:65. *Personuppgiftsbehandling för forskningsändamål*. Utbildningsdepartementet.

Dir. 2016:71. *Tilläggsdirektiv till Expertgruppen för biståndsanalys.* Utrikesdepartementet.

Dir. 2017:17. *Tilläggsdirektiv till Kommissionen för jämlik hälsa.* Socialdepartementet.

Dir. 2017:21. *En väl anpassad vuxenutbildning.* Utbildningsdepartementet.

Dir. 2017:24. *Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården*. Socialdepartementet.

Dir. 2017:33. *Inrättande av en delegation mot segregation.* Kulturdepartementet, Statsrådsberedningen, Regeringen.

Dock, M., Johansson, B. och Kristersson, H. (2012). *Stadens rumsliga påverkan på hälsa.* Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad.

Dodge, K.A., Goodman, W.B, Murphy, R.A., O'Donnell, K., Sato, J. och Guptil, S. (2014). Implementation and Randomized Controlled Trial Evaluation of Universal Postnatal Nurse Home Visiting. *American Journal of Public Health*, 104 (1 suppl), S136–S143.

Ds 2014:9. *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst.* Socialdepartementet.

Ekberg, J., Eriksson, R. och Friebel, G. (2013). Parental leave – a policy evaluation of the Swedish "daddy-month" reform. *Journal of Public Economics*, 97, 131–143.

Ekengren Oscarsson, H. och Bergström, A. (2015). *Svenska trender 1986–2015*. Göteborgs universitet: SOM-institutet.

Eklund, K. (2016). En helhetspolitik mot bokrisen. *Ekonomisk debatt*, 44(4), 34–46.

Ekman, I. (red.) (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård.* Stockholm: Liber.

Elstad, J.I. och Dahl, E. (2014). Fordelingsvirkninger av overføringer og trygdekutt blant alvorlig syke menn. *Søkelys på arbeidslivet*, 31(03), 267–280.

Emmelin, M. och Eriksson, M. (2012). *Kan socialt kapital ”byggas in” i våra bostadsområden och därmed förättra invånarnas upplevda och mentala hälsa?* Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad.

Engel, C. och Nordfeldt, M. (2014). *Pelarbackens verksamhet för hemlösa. En utvärdering av samlokalisering, samverkan och samtidighet mellan Enheten för hemlösa, Uppsökarenheten och Ersta sjukvårdsmottagning.* Stockholm: Ersta Sköndal högskola.

Ericsson, I. och Karlsson, M. (2012). Motor Skills and School Performance in Children with Daily Physical Education in School – A Nine-Year Intervention Study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports,* 24(2), 273–278.

Erikson, R. och Torssander, J. (2008). Social class and cause of death. *European Journal of Public Health*, 18(5), 473–578.

Fastighetsnytt (2014). *Fördelar 100 lägenheter till hemlösa barnfamiljer.* 2014-05-30.

Ferrarini, T., Nelson, K. och Sjöberg, O. (2014). Decomposing the effect of social policies on population health and inequalities: An empirical example of unemployment benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), 635–642.

Ferrarini, T., Nelson, T., Palme, J. och Sjöberg, O. (2012). *Sveriges socialförsäkringar i ett jämförande perspektiv – En institutionell analys av sjuk-, arbetsskade- och arbetslöshetsförsäkringarna i 18 OECD-länder 1930 till 2010.* Underlagsrapport till den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (SOU 2015:21).

Finansdepartmentet (2016). *Nationella upphandlingsstrategin*. Finansdepartementet.

Finansdepartementet (2014). *Höjd skatt på tobak inför budgetpropositionen 2015.* Promemoria, oktober 2014. Finansdepartementet.

Finanspolitiska rådet (2016). *Svensk finanspolitik – Finanspolitiska rådets rapport 2016*. Stockholm: Finanspolitiska rådet.

Finnissa, D. G. och Benedetti, F. (2005). Mechanisms of the placebo response and their impact on clinical trials and clinical practice. *Pain*, 114(1–2), 3–6.

FN (1989).Konventionen om barnets rättigheter (CRC). Utrikesdepartementet.

Folkhälsomyndigheten (2014). *Tonåringars psykiska hälsa – utvecklingen de senaste 30 åren.* Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten (2015). *Socioekonomiska och demografiska skillnader på ANDT-området med fokus på alkohol och tobak.* Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten (2016a). *Folkhälsan i Sverige 2016*. Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten (2016b). *Barn i familjer med missbruk, psykisk ohälsa eller våld. Resultat och erfarenheter från ett utvecklingsarbete.* Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten (2016c). *Skolprestationer, skolstress och psykisk ohälsa bland tonåringar.* Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten (2017). *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2017.* Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten (u.å.) *Föräldrastöd – är det värt pengarna? Hälsoekonomiska analyser av föräldrastödsprogram.* Solna/Östersund: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket (2017). *Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet.* Stockholm/Uppsala: Folkhälsomyndigheten och Livsmedelsverket

Foorman, B.R., Breier, J.I. och Fletcher, J.M. (2003). Interventions Aimed at Improving Reading Success: An Evidence-Based approach. *Developmental Neuropsychology*, 24(2–3), 613–639.

Ford, P. J., Yamazaki, K. och Seymour, G. J. (2007). Cardiovascular and Oral Disease Interactions: What is the Evidence? *Primary Dental Care*, 14(2), 59–66.

Forslund, A. och Vikström, J. (2011). *Arbetsmarknadspolitikens effekter på sysselsättning och arbetslöshet – en översikt.* Rapport 2011:7. Uppsala: IFAU.

Fransson, E.I., Heikkilä, K., Nyberg, S.T., Zins, M., Westerlund, H., Westerholm, P., Väänänen, A., Virtanen, M., Vahtera, J., Theorell, T., Suominen, S., Singh-Manoux, A., Siegrist, J., Sabia, S., Rugulies, R., Pentti, J., Oksanen, T., Nordin, M., Nielsen, M.L., Marmot, M.G., Magnusson Hanson, L.L., Madsen, I.E., Lunau, T., Leineweber, C., Kumari, M., Kouvonen, A., Koskinen, A., Koskenvuo, M., Knutsson, A., Kittel, F., Jöckel, K.H., Joensuu, M., Houtman, I.L., Hooftman, W.E., Goldberg, M., Geuskens, G.A., Ferrie, J.E., Erbel, R., Dragano, N., De Bacquer, D., Clays, E., Casini, A., Burr, H., Borritz, M., Bonenfant, S., Bjorner, J.B., Alfredsson, L., Hamer, M., Batty, G.D., Kivimäki, M. (2012). Job Strain as a Risk Factor for Leisure-Time Physical Inactivity: An Individual-Participant Meta-Analysis of Up to 170 000 Men and Women: The IPD-Work Consortium. *American Journal of Epidemiology*, 176(12), 1 078–1 089.

Fredriksson, P., Öckert, B., och Oosterbeek, H. (2013). Long-term effects of class size. *The Quarterly Journal of Economics*, 128(1), 249–285.

Friedl, A., Görlich, D., Horn, S., Krieger-Boden, C. och Lücke, M. (2015). How to deal with inequality: Welfare system challenges and European responses. *Kiel Policy Brief*, no. 85.

Fritz, J. (2017). *Physical Activity During Growth. Effects on Bone, Muscle, Fracture Risk and Academic Performance.* Lund: Lunds universitet.

Fritzell, J. (2016). *Fattigdom, inkomst och jämlik hälsa.* Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa.

Fritzell, S., Schultz, A., Burström, B. och Bokedal, C. (2016). Jämlik hälsa kräver nya arbetssätt i vården. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 93(5), 574–583.

Fröberg, A., Raustorp, A., Pagels, P., Larsson, C. och Boldemann, C. (2017). Levels of Physical Education lessons in Sweden. *Acta Paediatrica*, 106(1), 135–141.

Fugelli, P. (2006). Tillit är medicinens grundämne. *Läkartidningen*, 103(24–25), 1 961–1 964.

Försäkringskassan (2012). *Det statliga tandvårdsstödet – en lägesrapport 2012.* Socialförsäkringsrapport 2012:7. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2016a). *Sjukfrånvarons utveckling 2016.* Socialförsäkringsrapport 2016:7. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2016b). *Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest*. Korta analyser 2016:2. Stockholm: Försäkringskassan.

Garpenby, P. och Carlsson, P. (1999). Mot bättre vetande – Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Bilaga 6 i SOU 1999:66, *God vård på lika villkor – underlag till slutbetänkande Bilaga 2–6*. Stockholm: Fritzes.

Garpenby, P. (2016). Kunskapsstyrning – mångtydig styrform som behöver studeras. I: Henriksson, M. (red.) *Perspektiv på utvärdering, prioritering, implementering och hälsoekonomi. En hyllningsskrift till Per Carlsson*. Linköping: Linköpings universitet.

Glennerster, H. (2010). The sustainability of Western welfare states. I: Castles F.G., Liebfried, S., Lewis, J., Obinger, H. och Pierson, C. (red.), *The Oxford handbook of the welfare state*, Oxford: Oxford University Press.

Goldthorpe, J.H. (2001). Causation, statistics, and sociology. *European Sociological Review*, 17(1), 1–20.

von Greiff, C., Sjögren, A. och Wieselgren, I-M. (2012). *En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan.* Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2012:2. Finansdepartementet.

Grönqvist, E., Norén, A., Sjögren, A. och Svaleryd, H. (2016). *Nyktrare mammor, friskare barn? Effekter av AUDIT-screening och motiverande samtal i svensk mödravård.* Rapport 2016:13. Uppsala: IFAU.

Gustafsson, J-E., Lind, P., Mellander, E. och Myrberg, M. (2014). *Lära för livet? Om skolans och arbetslivets avtryck i vuxnas färdigheter*. SNS Utbildningskommission. Stockholm: SNS Förlag.

Gustafsson, K. och Marklund, S. (2011). Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: A Swedish prospective cohort study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 24(2), 153–165.

Hall, C. (2009). *Does making upper secondary school more comprehensive affect dropout rates, educational attainment and earnings? Evidence from a Swedish pilot scheme.* Working paper 2009:9. Uppsala: IFAU.

Hall, C. (2013). *Does more general education reduce the risk of future unemployment? Evidence from labor market experiences during the Great Recession.* Working paper 2013:17. Uppsala: IFAU.

Hartman, L. och Sjögren, A. (2017). *Hur ojämlikt är Sverige? Sociala skillnader i dödsrisker: Utvecklingen över tid och skillnader mellan åldersgrupper och regioner.* Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa.

Healthy cities Sverige (2017). PM inkommet till Kommissionen för jämlik hälsa den 6 februari 2017.

Heckman, J.J. (2000). Policies to foster human capital. *Research in economics*, 54(1), 3–56.

Heckman, J.J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*, 312(5782), 1 900–1 902.

Hedborg, A. (2016). *Tillbaka till socialförsäkringar för alla.* Underlagsrapport till analysgruppen Arbetet i framtiden. Kansliet för strategi- och framtidsfrågor, Statsrådsberedningen.

Hemström, Ö. (2013). Medellivslängd – mått med gamla anor. *SCBs tidskrift Välfärd*, nr 4, s. 26–27.

Hemström, M. och Martinsson, S. (2002). *Att följa upp och utvärdera arbetsmarknadspolitiska program*. Rapport 2002:1. Uppsala: IFAU.

Holmberg, S. och Rothstein, B. (2015). Hög mellanmänsklig tillit i Sverige – men inte bland alla. I: Bergström, A., Johansson, B., Oscarsson, H. och Oskarson, M. (red.) *Fragment: SOM-undersökningen 2014.* SOM-rapport nr. 63. Göteborg: Göteborgs universitet, SOM-institutet.

Holmlund, H., Häggblom, J., Lindahl, E., Martinson, S., Sjögren, A., Vikman, U. och Öckert, B. (2014). *Decentralisering, skolval och fristående skolor: resultat och likvärdighet i svensk skola.* Rapport 2014:25. Uppsala: IFAU.

Holmlund, H. (2016). *Education and equality of opportunity: What have we learned from educational reforms?* Working paper 2016:5. Uppsala: IFAU.

Huber, P., Leoni, T. och Pitlik, H. (2016). Reforming Welfare States. I: Huber, P., Nerudová, D. och Rozmahel, P. (red.) *Competitiveness, Social Inclusion and Sustainability in a Diverse European Union. Perspectives from Old and New Member States*. Cham: Springer International Publishing.

Hvide, H. K. och Lee, J. H. (2015). *Does source of income affect risk and intertemporal choices?* Discussion Paper in Economics. University of Aberdeen Business School.

Hyresgästföreningen (2015). *Unga vuxnas boende. Hur bor unga vuxna? Hur vill de bo? Undersökning från Hyresgästföreningen.* Hyresgästföreningens riksförbund.

Hällsten, M. (2014). Inequality across three and four generations in Egalitarian Sweden: 1st and 2nd cousin correlations in socio-economic outcomes. *Research in Social Stratification and Mobility*, 35, 19–33.

Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2014). *Utvecklingen av socialförsäkringsförmåner sedan 1990-talet.* Rapport 2014:4. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

Inspektionen för socialförsäkringen, ISF (2015). *Offentlig och kollektivavtalad sjukförsäkring – Institutionell utveckling under 30 år.* Rapport 2015:6. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

Institutet för miljömedicin (2013). *Miljöhälsorapport 2013.* Stockholm: Karolinska institutet.

Jackson, M. (red.) (2013). *Determined to succeed? Performance versus choice in educational attainment*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Jackson, L.C., Redline, S. och Emmons, K. M. (2015). Sleep as a Potential Fundamental Contributor to Cardiovascular Health Disparities. *Annual Review of Public Health*, 36, 417–440.

Janlert, U. (2016). *Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa – en kunskapsöversikt.* Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa.

Johansson, S. (1970). *Om Levnadsnivåundersökningen*. Stockholm: Allmänna förlaget.

Johansson, S. (1979). *Mot en teori för social rapportering*. Stockholm: Institutet för social forskning.

Joshipura, K.J., Pitiphat, W., Hung, H.C., Willett, W.C., Colditz, G.A. och Douglass, C.W. (2006). Pulpal Inflammation and Incidence of Coronary Heart Disease. *Journal of Endodontics*, 32(2), 99–103.

Kansliet för strategi- och framtidsfrågor (2016). *Arbetet i framtiden.* Slutrapport av analysgruppen Arbetet i framtiden. Kansliet för strategi- och framtidsfrågor, Statsrådsberedningen.

Karasek, R. och Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life.* New York: Basic Books.

Knutagård, M. (2012). Hemlösa barn och ojämlikhet i hälsa – en redogörelse för forskningsläget. I: Köhler, M. (red.) *Barn i Malmö – Skilda livsvillkor ger ojämlik hälsa.* Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad.

Kristenson, M. (2017a). *Betydelsen av psykosociala faktorer för en jämlik hälsa*. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa.

Kristenson, M. (2017b). *Hälso- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa.* Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa.

Kristenson, M., Eriksen, H., Sluiter, J.K. och Starke, D. (2004). Psychobiological mechanisms for socioeconomic differences in health. *Social Science & Medicine,* 58(8), 1 511–1 522.

Kumlin, S. och Haugsgjerd, A. (2017). The welfare state and political trust: Bringing performance back in. I: van der Meer, T. och Zmerli, S. (red.) *Handbook of Political Trust.* Kommande, Cheltenham UK: Edward Elgar Publishing.

Kungliga vetenskapsakademin (2010). *Konferensuttalande. State of the Science: Skola, lärande och psykisk hälsa 26–28 april 2010.* Kungliga vetenskapsakademin.

Kvarnström, S. (2011). *Collaboration in Health and Social Care: Service User Participation and Teamwork in Interprofessional Clinical Microsystems*. Jönköping: Högskolan i Jönköping.

Kvarnström, S., Willumsen, E., Andersson-Gäre, B. och Hedberg, B. (2012). How service users perceive the concept of participation, specifically in interprofessional practice. *British Journal of Social Work*, 42(1), 129–146.

Kvist, J. (2013). Is the Nordic welfare model viable? 21st century challenges to the Nordic welfare model in a European context. *Journal of Policy Science*, 7, 73–95.

Kvist, J., Fritzell, J., Hvinden, B. och Kangas, O. (red.) (2012). *Changing social equality and the Nordic welfare model in 21st century.* Bristol: Policy Press.

Kölegård, M.L. (2012). Boendesegregation, grannskap och hälsa. I: Rostila, M. och Toivanen, S. (red.) *Den orättvisa hälsan: Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. Stockholm: Liber.

Langemark, A. (2009). *Är familjecentraler ett bra arbetssätt? En utvärdering av Hallands familjecentraler på uppdrag av Landstingsstyrelsen, Landstinget Halland.* PM 2009:4. FoU SocialCentrum, Region Halland.

LeBlanc, A.G., Spence, J.C., Carson, V., Connor Gorber, S., Dillman, C., Janssen, I., Koh, M.E., Stearns, J. A., Timmons, B.W. och Tremblay, M. S. (2012). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0–4 years). *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 37(4), 753–772.

Lind, H. (2016). *Åtkomliga bostäder – så gör vi det möjligt för hushåll med låga inkomster att hitta en bostad.* Stockholm: SNS Förlag.

Lind, H. och Mjörnell, K. (red.) (2015). *Social hållbarhet med fokus på bostadsrenovering – en antologi*. Sustainable Integrated Renovation, Rapport 2015:4. Borås.

Lindahl, M. (2011). Estimating the Effect of Income on Health and Mortality Using Lottery Prizes as an Exogenous Source of Variation in Income. *Journal of Human Resources*, 40(1), 144–168.

Lindbäck, A. (2016). Hur avveckla hyreskontrollen? *Ekonomisk debatt,* 44(7), 17–28.

Lindsay, G., Dockrell, J., Desforges, M., Law, J. och Peacey, N. (2010). Meeting the needs of children and young people with speech, language and communication difficulties. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45(4), 448–460.

Lingfors, H., Persson, L.G., Lindström, K., Bengtsson, C. och Lissner, L. (2009). Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only: Results from the Live for Life health promotion programme. *Preventive Medicine*, 48(1), 20–24.

Liu, M., Wu, L. och Ming, Q. (2015). How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(8), e0134804.

Livsmedelsverket (2016). *Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige.* Livsmedelsverkets rapportserie nr 9/2016. Uppsala: Livsmedelsverket.

LO (2017). *LO:s förslag om utbildningsjobb för stärkt etablering.* Landsorganisationen i Sverige.

Lundberg, O., Fritzell, J., Åberg, Y. och Kölegård, M. (2010). The potential power of social policy programmes: income redistribution, economic resources and health. *International Journal of Social Welfare*, 19, 1–13.

Lundberg, O. (2013). Ökande skillnader i livslängd – den svenska paradoxen. I: *Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa.* Bilaga 2, s. 48–59. Stockholm: SKL.

Lundkvist, L. (2016). Migration ger en yngre befolkning. *SCBs tidskrift Välfärd*, nr 1, s. 8–9.

Lynch, J., Smith, G.D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N. och Kaplan, G.A. (2004). Is income inequality a determinant of population health? A systematic review. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 5–99.

Länsstyrelserna (2015a). *Ägardirektiv till allmän nytta. Kommunernas styrning av bostadsbolagen.* Rapport 2015:50. Länsstyrelsen Skåne.

Länsstyrelserna (2015b). *Hemlöshet – en fråga om bostäder. Slutrapport för länsstyrelsernas hemlöshetsuppdrag 2012–2014*. Länsstyrelsen Skåne.

Maas, J., Verheij R.A., Groenewegen, P.P., Vries, S. och Spreeuwenberg, P. (2006). Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(7), 587–592.

Mackenbach J.P., Kulhánová I., Menvielle G., Bopp, M., Borrell, C., Costa, G., Deboosre, P., Esnaola, S., Kalediene, R., Kovacs, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Regidor, E., Rodriguez-Sanz, M., Strand, B.H., Hoffmann, R., Eikemo, T.A., Östergren O. och Lundberg, O. (2015). Trends in inequalities in premature mor-

tality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(3), 207–217.

Malmö stad (2013). *Malmös väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa*. Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad.

Malmö stad (2016a). *Utredning om etablering av fler familjecentraler i Malmö stad samt en översyn av samtliga öppna förskolor.* Malmö stad: Förskoleförvaltningen.

Malmö stad (2016b). *Slutrapport 100 extra MKB-lägenheter – en särskild satsning för hemlösa barnfamiljer*. Malmö stad: Stadskontoret.

Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E. och Zhao, J. (2013). Poverty Impedes Cognitive Function. *Science*, 341(6149), 976–980.

Marmot, M. (2010). Fair Society, Healthy Lives: *The Marmot Review, Strategic review of health inequalities in England post-2010.* 2nd Print Run ed: The Marmot Review; February 2010.

Marmot, M. och Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of health.* Oxford: Oxford University Press.

Marttila, A., Burström, K., Lindeberg, L. och Burström, B. (2015). *Utökat barnhälsovårdsprogram för förstagångsföräldrar – samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst.* Utvärderingsrapport 2015. Stockholm: Karolinska institutet och Stockholms läns landsting.

Matthews, K.A., Gallo, L.C. och Taylor, S.E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 146–173.

Matthiessen, J., Andersen, L.F., Barbieri, H.E., Borodulin, K., Knudsen, V.K., Kørup, K., Thorgeirsdottir, H., Trolle, E. och Fagt, S. (2016). *The Nordic Monitoring System 2011–2014: Status and development of diet, physical activity, smoking, alcohol and overweight*. Nordic Council of Ministers, TemaNord 2016:561.

Mattsson, K. (2015). *Maternal smoking during pregnancy – Long-term health effects in the offspring.* Lund: Lunds universitet.

Meghir, C. och Palme, M. (2005). Educational Reform, Ability, and Family Background. *American Economic Review*, 95(1), 414–424.

Mirowsky, J. och Ross, C.E. (2003). *Education, social status and health.* New York: Aldine de Greuyter.

Mitchell, R. och Popham, F. (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *The Lancet,* 372(9650), 1 655–1 660.

Molander, P. (2014). *Ojämlikhetens anatomi*. Stockholm: Weylers.

Molander, P. (2017). *Dags för omprövning – en ESO-rapport om styrning av offentlig verksamhet.* Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2017:1. Finansdepartementet.

Morel, N., Palier, B. och Palme, J. (red.) (2012). *Towards a social investment state? Ideas, policies and challenges.* Bristol: Policy Press.

Moutsopoulos, N.M. och Madianos P.N. (2006). Low-Grade Inflammation in Chronic Infectious Diseases. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1088(1), 251–264.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2014). *Fokus 14 – Om ungas fritid och organisering.* Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF).

Myndigheten för vårdanalys (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – en extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring.* Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Myndigheten för vårdanalys (2014). *En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande.* Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Förebygga för att överbrygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor.* Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Myrberg, M. (2007). *Dyslexi – en kunskapsöversikt.* Vetenskapsrådets rapportserie 2:2007. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Mörk, E., Sjögren, A. och Svaleryd, H. (2015). *Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa.* Rapport 2015:13. Uppsala: IFAU.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2014). *Våld och hälsa – en befolkningsstudie om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa.* Uppsala: Uppsala universitet.

Nelson, K. (2004). Mechanisms of poverty alleviation: anti-poverty effects of non-means-tested and means-tested benefits in five welfare states. *Journal of European Social Policy*, 14(4), 371–390.

Nelson, K. och Fritzell, J. (2014). Welfare states and population health: The role of minimum income benefits for mortality. *Social Science & Medicine*, 112, 63–71.

Nilsson, A. (2013). *Elevhälsans uppdrag – främja, förebygga och stödja elevens utveckling mot målen*. Stockholm: Skolverket.

Nilsson, I., Nilsson Lundmark, E. och Wadeskog, A. (2014). *Unga, skolmisslyckande och arbetsmarknad – Socioekonomisk analys inom projektet Vägar till arbete.* Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet.

Nilsson, I. (2017). *Utanförskap, hälsa och en effektiv resursanvändning. En idéskrift om ett systemförändrande perspektiv på sociala investeringar och samverkan*. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa.

Nilsson, P. (1994). *Den allvarsamma fritiden: en litteraturstudie av undersökningar om barns och ungdomars fritids- och kulturvanor.* Stockholm: Statens ungdomsråd.

Norström Skans, O., Eriksson, S. och Hensvik, C. (2017). *Åtgärder för en inkluderande arbetsmarknad. SNS Konjunkturrådsrapport 2017.* Stockholm: SNS Förlag.

Nygren, L., Edvall-Malm, D., Eriksson, M. och Hamreby, K. (2015*). Barnavårdskarriärer. En studie av risktecken och insatser för unga vuxna som varit föremål för omfattande interventioner från socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård*. Stockholm: Uppdrag psykisk hälsa.

Näringsdepartementet (2015). *En nationell strategi för hållbar regional tillväxt och attraktionskraft 2015–2020.* Dnr: N2015.31. Näringsdepartementet.

OECD (2012). *Equity and quality in education – supporting disadvantaged students and schools*. OECD Publishing.

OECD (2013). *Mental health and work: Sweden*. Paris: OECD.

OECD (2015). *Improving schools in Sweden: An OECD perspective.* Paris: OECD.

OECD (2017). *Sweden. OECD Economic Surveys.* Paris: OECD.

Olds, D.L., Kitzman, H.J., Cole, R.E., Hanks, C.A., Anson, E.A., Arcoleo, K.J. och Holmberg, J.M. (2010). Enduring Effects of Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses on Children: Follow-up of a Randomized Trial Among Children at Age 12 Years. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164(5), 412–418.

von Otter, C. (2010). *Arbetsgivarringar: samverkan, stöd, rörlighet och rehabilitering – En programuppföljning*. Rapport 2010:01. Stockholm: Vinnova.

Oudin, A., Richter J.C., Taj T., Al-Nahar, L. och Jakobsson, K. (2016). Poor housing conditions in association with child health in a disadvantage immigrant population – a cross-sectional study in Rosengård Malmö, Sweden. *BMJ Open*, 6(1), e007979.

Phelan, J.C., Link, B.G. och Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1 suppl), S28–S40.

Pickett, K. och Wilkinson, R. (2010). *Jämlikhetsanden: därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*. Stockholm: Karneval förlag.

Pisinger, C., Aadahl, M., Toft, U. och Jørgensen, T. (2011). Motives to quit smoking and reasons to relapse differ by socio-economic status. *Preventive Medicine*, 52(1), 48–52.

Probst, C., Roerecke, M., Beherendt, S. och Rehm, J. (2015). Gender differences in socioeconomic inequality of alcohol-attributable mortality: A systematic review and meta-analysis. *Alcohol and Drug Review*, 34(3), 267–277.

Prop. 2003/03:35. *Mål för folkhälsan* (bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). Socialdepartementet.

Prop. 2009/10:165. *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet.* Utbildningsdepartementet.

Prop. 2013/14:172. *Allas kunskap – allas bildning.* Utbildnings-departementet.

Prop. 2016/17:1. *Budgetproposition för 2017.*

Prop. 2016/17:50. *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft.* Utbildningsdepartementet.

Prop. 2016/17:100. *2016 års ekonomiska vårproposition*. Bilaga 2 Fördelningspolitisk redogörelse.

van Raalte, A.A., Kunst, A.E., Lundberg, O., Leinsalu, M., Martikainen, P., Artnik, B., Deboosere, P., Stirbu, I., Wojtyniak, B. och Mackenbach, J. (2012). The contribution of educational inequalities to lifespan variation. *Population Health Metrics*, 10(1), 3.

Ramstedt, M. (2004). The role of alcohol in the global and regional burden of disease. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift*, 21, 97–107.

Rapport från riksdagen 2014/15:RFR13. *Finsam – en uppföljning av finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.*

Reeves, A., McKee, M., Mackenbach, J., Whitehead, M. och Stuckler, D. (2016). Introduction of a national minimum wage reduced depressive symptoms in low-wage workers: a quasi-natural experiment in the UK. *Health Economics*, 26(5), 639–655.

Regeringens skrivelse 2015/16:80. *En arbetsmiljöstrategi för det moderna arbetslivet 2016–2020.* Arbetsmarknadsdepartementet.

Regeringens skrivelse 2015/16:86. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020*. Socialdepartementet.

Regeringens skrivelse 2016/17:10. *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid.* Kulturdepartementet.

Regeringens skrivelse 2016/17:29. *Regeringens strategi för det nationella arbetet med mänskliga rättigheter.* Kulturdepartementet.

Regeringsbeslut U2016/02335/S. *Uppdrag att ta fram återkommande prognoser över behovet av förskollärare och olika lärarkategorier.* Utbildningsdepartementet.

Regeringsbeslut U2016/04956/S. *Uppdrag angående mer rörelse i skolan.* Utbildningsdepartementet.

Region Halland (2015). *Tillväxtstrategi för Halland 2014–2020. Strategiska val och prioriteringar för regional tillväxtpolitik i Halland.* Region Halland.

Region Skåne (2013). *Folkhälsorapport Skåne 2013 – en undersökning om vuxnas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa.* Region Skåne.

Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Statens skolinspektion.

Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R.E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L.H. och Udry, J.R. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823–832.

Riksrevisionen (2016). *En god arbetsmiljö för alla – Statliga insatser inom arbetsmiljöområdet.* Rapport 2016:23. Stockholm: Riksrevisionen.

Robeyns, I. (2005). The capability approach: a theoretical survey. *Journal of Human Development*, 6(1), 93–117.

Rosvall, M., Gerward, S., Engström, G. och Hedblad, B. (2008). Income and short-term case fatality after myocardial infarction in the whole middle-aged population of Malmö, Sweden. *The European Journal of Public Health*, 18(5), 533–538.

Rothstein, B. (2011). *The quality of government. Corruption, social trust, and inequality in international perspective*. Chicago och London: The University of Chicago Press.

Rothstein, B., Holmberg, S. och Arkhede, S. (2016). *Mellanmänsklig tillit i Sverige.* SOM-rapport nr 2016:02. Göteborg: Göteborgs universitet, SOM-institutet.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. och Richardson, W.S. (1996). Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't: It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 312, 71.

Salari, R. och Filus, A. (2017). Using the Health Belief Model to Explain Mothers' and Fathers' Intention to Participate in Universal Parenting Programs. *Prevention Science*, 18(1), 83–94.

Salari, R., Wells, M.B. och Sarkadi, A. (2014). Child behaviour problems, parenting behaviours and parental adjustment in mothers and fathers in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), 547–553.

Salonen, T. (red.) (2015). *Nyttan med Allmännyttan*. Stockholm: Liber.

Sammons, P., Elliot, K., Sylva, K., Melhuish, E., Siraj-Blatchford, I. och Taggart, B. (2004). The impact of pre-school on young children's cognitive attainments at entry to reception. *British Educational Research Journal*, 30(5), 691–712.

Sampaio, F., Sarkadi, A., Salari, R., Zethraeus, N. och Feldman, I. (2015). Cost and effects of a universal parenting programme delivered to parents of preschoolers. *European Journal of Public Health*, 25(6), 1 035–1 042.

SCB (2009). *Barns fritid.* Levnadsförhållanden, rapport 116. Statistiska centralbyrån.

SCB (2015). *Arbetskraftsundersökningarna – Tema: Utvecklingen av tidsbegränsat anställda.* AM 110 SM 1501. Statistiska centralbyrån.

SCB (2016). *Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper*. Demografiska rapporter, rapport 2016:2. Statistiska centralbyrån.

Schwartz, J., Bellinger, D. och Glass, T. (2011). Exploring potential sources of differential vulnerability and susceptibility in risk from environmental hazards to expand the scope of risk assessment. *American Journal of Public Health*, 101(1 suppl), S94–S101.

Sen, A. (2009). *The idea of justice.* London: Allen Lane.

Sepp, H., Höijer, K. och Wendin, K. (2016). *Barns matvanor ur ett sensoriskt och pedagogiskt perspektiv. Litteraturgenomgång.* Livsmedelsverkets rapportserie nr 11/2016. Uppsala: Livsmedelsverket.

SFS 1977:1160. *Arbetsmiljölag.*

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag.*

SFS 1984:387. *Polislag.*

SFS 1986:223. *Förvaltningslag.*

SFS 1994:137. *Lag om mottagande av asylsökande m.fl.*

SFS 1998:531. *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.*

SFS 1998:800. *Miljöbalk.*

SFS 2000:1383. *Lag om kommunernas bostadsförsörjningsansvar*.

SFS 2001:100. *Förordning om den officiella statistiken*.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag.*

SFS 2003:1210. *Lagen on finansiell samordning.*

SFS 2007:713. *Förordning om regionalt tillväxtarbete*.

SFS 2009:724. *Lag om nationella minoriteter och minoritetsspråk*.

SFS 2010:800. *Skollag*.

SFS 2010:879. *Lag om allmännyttiga kommunala bostadsaktiebolag.*

SFS 2010:900. *Plan- och bygglag.*

SFS 2010:1065. *Lag om kollektivtrafik.*

SFS 2013:407. *Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.*

SFS 2014:821. *Patientlagen.*

SFS 2014:1385. *Kungörelse om beslutad ny regeringsform*.

SFS 2016:353. *Tobakslag.*

SFS 2016:1088. *Förordning (2011:446) med instruktion för Finanspolitiska rådet.*

Shah, A.K., Mullainathan, S. och Shafir, E. (2012). Some Consequences of Having Too Little. *Science*, 338(6107), 682–685.

Sjöberg, O. (2016). Positive welfare state dynamics? Sickness benefits and sickness absence in Europe 1997–2011. *Social Science & Medicine*, 177, 158–168.

Sjögren, A. och Vikström, J. (2015). How long and how much? Learning about the design of wage subsidies from policy changes and discontinuities. *Labour Economics*, 34, 127–137.

Sjögren Lindquist, G. och Wadensjö, E. (2011). *Avtalsbestämda ersättningar, andra kompletterande ersättningar och arbetsutbudet*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2011:4. Finansdepartementet.

SKL (2013). *Vänd frånvaro till närvaro. Guide för systematiskt skolnärvaroarbete i kommuner*. Stockholm: SKL.

SKL (2017). *Minskade hälsoskillnader. Ett gemensamt ansvar.* Stockholm: SKL.

Skolinspektionen (2011). *Arbetsplatsförlagd utbildning i praktiken – en kvalitetsgranskning av gymnasieskolans yrkesförberedande utbildningar.* Rapport 2011:2. Stockholm: Skolinspektionen.

Skolinspektionen (2014). *Kunskapsöversikt för kvalitetsgranskning av elevhälsans arbete.* Dnr: 2014:2123. Stockholm: Skolinspektionen.

Skolinspektionen (2015). *Elevhälsa. Elevers behov och skolans insatser.* Stockholm: Skolinspektionen.

Skolinspektionen (2016). *Skolans arbete med extra anpassningar. Kvalitetsgranskningsrapport.* Dnr: 2015:2217. Stockholm: Skolinspektionen.

Skolinspektionen (2017). *Delrapport II. Förskolans kvalitet och måluppfyllelse.* Stockholm: Skolinspektionen.

Skolverket (2011a). *Läroplan för gymnasieskolan 2011, examensmål och gymnasiegemensamma ämnen*. Stockholm: Skolverket.

Skolverket (2011b). *Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet 2011.* Stockholm: Skolverket.

Skolverket (2012). *Likvärdig utbildning i svensk grundskola? En kvantitativ analys av likvärdighet över tid*. Rapport 374. Stockholm: Skolverket.

Skolverket (2013a). *Betydelsen av icke-kognitiva förmågor. Forskning m.m. om individuella faktorer bakom framgång.* Stockholm: Skolverket.

Skolverket (2013b). *Allmänna råd för arbete med extra anpassningar, särskilt stöd och åtgärdsprogram.* Stockholm: Skolverket.

Skolverket (2013c). *Skolverkets lägesbedömning 2013.* Rapport 387. Stockholm: Skolverket.

Skolverket (2013d). *PISA 2012 – 15-åringars kunskaper i matematik, läsförståelse och naturvetenskap.* Rapport 398. Stockholm: Skolverket.

Skolverket (2014). *Grundskolan i internationella kunskapsmätningar – kunskaper, skolmiljö och attityder till lärande.* Rapport 407. Stockholm: Skolverket.

Skolverket (2015a). *Skolverkets lägesbedömning 2015.* Rapport 421. Stockholm: Skolverket.

Skolverket (2015b). *Betyg och studieresultat i gymnasieskolan 2014/15.* PM 2015-12-17, underlag till Gymnasieutredningen, (SOU 2016:77).

Skolverket (2016a). *Läroplan för förskolan Lpfö 98.* Reviderad 2016. Stockholm: Skolverket.

Skolverket (2016b). *Invandringens betydelse för skolresultaten.* Stockholm: Skolverket.

Skolverket och Livsmedelsverket (2013). *Skolmåltiden – en viktig del av en bra skola.* Stockholm: Skolverket; Uppsala: Livsmedelsverket.

Snowling, M.J., Bishop, D.V.M., Stothard, S.E., Chipchase, B. och Kaplan, C. (2006). Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(8), 759–765.

Socialdepartementet (2013). *Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – En vinst för alla.* Dnr: S2013.010. Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010). *Social rapport 2010.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011a). *Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011b). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011c). *Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013a). *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013b). *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014a). *Vägledning för barnhälsovården.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014b). *Öppna jämförelser 2014, Jämlik vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015a). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2014. Assisterad befruktning 1991–2013.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015b). *Föräldrastöd inom hälso- och sjukvården.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015c). *Kunskapsstöd för mödrahälsovården.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015d). *Öppna jämförelser 2015, Jämlik vård – Kvinnors hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2016a). *Öppna jämförelser 2016. Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2016b). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen och Diskrimineringsombudsmannen (2015). *Att mötas i hälso- och sjukvård – Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2001:79. *Välfärdsbokslut för 1990-talet*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande av Ansvarskommittén.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2007:75. *Att styra staten – regeringens styrning av sin förvaltning. Betänkande av Styrutredningen.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2008:18. *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren. Betänkande av Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2008:118. *Styra och ställa – förslag till effektivare statsförvaltning. Slutbetänkande från Förvaltningskommittén.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2008:131. *Föräldrastöd – en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap. Betänkande av Föräldrastödsutredningen.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2011:29. *Samlat, genomtänkt och uthålligt? En utvärdering av regeringens nationella handlingsplan för mänskliga rättigheter 2006–2009. Betänkande av Utredningen för utvärdering av nationella handlingsplanen för mänskliga rättigheter.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2011:79. *Kunskapsområdet företagshälsovård – En rapport om utbildning, utveckling och forskning*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2012:2. *Framtidens högkostnadsskydd i vården. Betänkande av Vårdavgiftsutredningen.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2012:33. *Gör det enklare! Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2012:36. *Registerdata för forskning. Delbetänkande av Statistikutredningen 2012.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2012:88. *Att hyra – från en rätt för alla till en möjlighet för allt fler. Slutbetänkande från Hyresbostadsutredningen.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2013:40. *Att tänka nytt för att göra nytta – om perspektivskiften i offentlig verksamhet. Slutbetänkande från Innovationsrådet.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2014:45. *Unik kunskap genom registerforskning. Betänkande av Registerforskningsutredningen.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2014:81. *Yrke, karriär och lön – kvinnors och mäns olika villkor på den svenska arbetsmarknaden.* Forskningsrapport till Delegationen för jämställdhet i arbetslivet. Stockholm: Fritzes.

SOU 2015:6. *Mer gemensamma tobaksregler – ett genomförande av tobaksproduktdirektivet.* Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2015:21. *Mer trygghet och bättre försäkring. Slutbetänkande av Parlamentariska socialförsäkringsutredningen.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2015:55. *Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck. Slutbetänkande av Utredningen som ska föreslå en nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2015:76. *Ett tandvårdsstöd för alla. Fler och starkare patienter. Betänkande av Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2015:85. *Bostäder att bo kvar i – Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer. Betänkande av Utredningen om bostäder för äldre.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2015:88. *Gestaltad livsmiljö – en ny politik för arkitektur, form och design*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2016:2. *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.* Stockholm: Wolters Kluwers.

SOU 2016:5. *Låt fler forma framtiden! Betänkande av 2014 års Demokratiutredning – Delaktighet och jämlikt inflytande*. Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2016:13. *Palett för ett stärkt civilsamhälle. Betänkande av Utredningen för ett stärkt civilsamhälle.* Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2016:14. *En översyn av tobakslagen – nya steg mot ett minskat tobaksbruk*. *Slutbetänkande av Tobaksdirektivsutredningen.* Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2016:19. *Barnkonventionen blir svensk lag. Betänkande av Barnrättighetsutredningen.* Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2016:38. *Samling för skolan – Nationella målsättningar och utvecklingsområden för kunskap och likvärdighet*. *Delbetänkande av 2015 års skolkommission.* Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2016:55. *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa.* Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2016:59. *På goda grunder – en åtgärdsgaranti för läsning, skrivning och matematik*. *Betänkande av Utredningen om en läsa-skriva-räkna-garanti.* Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2016:77. *En gymnasieutbildning för alla – åtgärder för att alla unga ska påbörja och fullfölja en gymnasieutbildning*. *Betänkande av Gymnasieutredningen.* Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2016:94. *Saknad! Uppmärksamma elevers frånvaro och agera. Betänkande av Att vända frånvaro till närvaro – en utredning om problematisk elevfrånvaro.* Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2017:4. *För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket*. *Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa.* Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2017:9. *Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar. Delbetänkande av Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar*. Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2017:18. *En nationell strategi för validering. Delbetänkande av Valideringsdelegationen 2015–2019.* Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2017:21. *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.* Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2017:35. *Samling för skolan – Nationell strategi för kunskap och likvärdighet. Slutbetänkande av 2015 års skolkommission.* Stockholm: Wolters Kluwer.

SOU 2017:28. *Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö. Betänkande av Utredningen om ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö.* Stockholm: Wolters Kluwer.

Stanfors, M. (2014). *Det obetalda hem- och omsorgsarbetet.* Underlagsrapport till Jämställdhetsutredningen (SOU 2015:86).

Stansfeld, S.A. (2015). Noise Effects on Health in the Context of Air Pollution Exposure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(10), 12 735–12 760.

Statens folkhälsoinstitut (2009a). *Alkohol, graviditet och barns utveckling.* Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2009b). *Hälsokonsekvensbedömningar i kommuner, landsting och regioner. En studie av införandet av hälsokonsekvensbedömningar och behovet av stöd*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2010a). *Metoder för kvantitativa hälsokonsekvensbedömningar (HKB) – miljö och fysisk aktivitet.* Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2010b). *Tobak: Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010.* Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2011). *Dopning i samhället – Vad? Hur? Vem? Varför?.* Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2012). *Överdrivet spelande och hälsa – En systematisk litteraturöversikt.* Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2013). *Risk och skyddsfaktorer för problemspelande – Resultat från Swelogs fördjupningsstudie*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Steptoe, A. och Kivimäki, M. (2013). Stress and Cardiovascular Disease: An Update on Current Knowledge. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 337–354.

Stewart-Brown, S. (2008). Improving parenting: The why and the how. *Archives of Disease in Childhood*, 93(2), 102–104.

Sundström, G. (2016). Strategisk styrning bortom NPM. *Statsvetenskaplig tidskrift,* 118(1), 145–171.

Söder, B., Meurman, J.H. och Söder, P-Ö. (2015). Gingival Inflammation Associates with Stroke – A Role for Oral Health Personnel in Prevention: A Database Study. *PLoS One*, 10(9), e0137142.

Söder, B., Meurman, J.H. och Söder, P-Ö. (2016). Dental Calculus Links Statistically to Angina Pectoris: 26-Year, Observational Study. *PLoS One,* 11(6), e0157797.

Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S. och Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1 053–1 058.

Tahvilzadeh, N. (2015a). *Socialt hållbar stadsutveckling? Stadsdelsnämnderna, stadsutvecklarrollen och sociala konsekvensanalyser i planeringen av Göteborgs stad.* Förvaltningshögskolans rapporter nr. 136. Göteborg: Göteborgs universitet.

Tahvilzadeh, N. (2015b). Det våras för medborgardialoger. I: *Låt fler forma framtiden! Forskarantologi.* Bilaga till betänkande av 2014 års Demokratiutredning – Delaktighet och jämlikt inflytande (SOU 2015:96). Stockholm: Fritzes.

Taloyan, M., Aronsson, G., Leineweber, C., Magnusson Hanson, L., Alexanderson, K. och Westerlund, H. (2012). Sickness presenteeism predicts suboptimal self-rated health and sickness absence: A nationally representative study of the Swedish working population. *PLoS ONE*, 7(9), e44721.

Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I. och Barroso, E. (2011). Psychiatric and psychosocial predictors of medical outcome after liver transplantation: a prospective, single-center study. *Transplantation Proceedings*, 43(1), 155–157.

Theorell, T. (2006). *I spåren av 90-talet.* Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Thorslund, K., Johansson Hanse, J. och Axberg, U. (2014). Universal parental support – How to reach out: a cross-sectional random sample of Swedish parents. *BMC Public Health*, 14(1064), 1–8.

Timmons, B.W., Leblanc, A.G., Carson, V., Connor Gorber, S., Dillman, C., Janssen, I., Kho, M.E., Spence, J.C., Stearns, J.A. och Tremblay, M.S. (2012). Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0–4 years). *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 37(4), 773–792.

Tinghög, P., Arwidsson C., Sigvardsdotter, E., Malm, A. och Saboonchi, F. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige . En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor.* Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1. Stockholm: Röda Korsets Högskola.

Trägårdh, L., Wallman Lundåsen, S., Wollebæk, D. och Svedberg, L. (2013). *Den svala svenska tilliten.* Stockholm: SNS förlag.

Uppdrag psykisk hälsa (2015a). *Vad är sociala investeringar? 17 frågor och svar*. Uppdrag psykisk hälsa, SKL.

Uppdrag psykisk hälsa (2015b). *Tjugo barnavårdsärenden. Kostnadsberäkningar av studien ”Barnavårdskarriärer. En studie av risktecken och insatser för unga vuxna som varit föremål för omfattande interventioner från socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård”.* Uppdrag psykisk hälsa, SKL.

Uppdrag psykisk hälsa (2016a). *Elevhälsans arbete – En intervjuundersökning med fokus på vilka aktiviteter som genomförs och i vilken utsträckning.* Uppdrag psykisk hälsa, SKL.

Uppdrag psykisk hälsa (2016b). *Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar.* Uppdrag psykisk hälsa, SKL.

Vedhara, K. (2012). Psychoneuroimmunology: the whole and the sum of its parts. *Brain,Behavior, and Immunity*, 26(2), 210–211.

Vetenskapsrådet (2015). *En likvärdig förskola för alla barn – innebörder och indikatorer.* Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vinnerljung, B., Berlin, M. och Hjern, A. (2010). Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. I: Socialstyrelsens *Social Rapport 2010*, kap. 7, s. 227–266. Stockholm: Socialstyrelsen.

Virtanen, M., Jokela, M., Nyberg, S.T., Madsen, I.E., Lallukka, T., Ahola, K., Alfredsson, L., Batty, G.D., Bjorner, J.B., Borritz, M., Burr, H., Casini, A., Clays, E., De Bacquer, D., Dragano, N., Erbel, R., Ferrie, J.E., Fransson, E.I., Hamer, M., Heikkilä, K., Jöckel, K.H., Kittel, F., Knutsson, A., Koskenvuo, M., Ladwig, K.H., Lunau, T., Nielsen, M.L., Nordin, M., Oksanen, T., Pejtersen, J.H., Pentti, J., Rugulies, R., Salo, P., Schupp, J., Siegrist, J., Singh-Manoux, A., Steptoe, A., Suominen, S.B., Theorell, T., Vahtera, J., Wagner, G.G., Westerholm, P.J., Westerlund, H. och Kivimäki, M. (2015). Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *British Medical Journal*, 350, g7772.

Västra Götalandsregionen (2016). *Att motverka skolmisslyckanden. Konsten att kunna ha två tankar i huvudet samtidigt …* Rapport 2016:9. Västra Götalandsregionen: Koncernavdelning data och analys.

Wallby, T. och Hjern, A. (2011). Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county. *Acta Paediatrica*, 100(11), 1 495–1 503.

Weiman, H. Björk, J. Rylander, L. Albin, M. Skärbäck, E., Grahn P., Östergren, P-O. och Björk, J. (2015). Effects of changing exposure to neighbourhood greenness on general and mental health: A longitudinal study. *Health and Place*, 33, 48–56.

Wells, M.B., Sarkadi, A. och Salari, R. (2015). Mothers' and fathers' attendance in a community-based universally offered parenting program in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(3), 274–280.

Wheeler, B.W. och Ben-Shlomo, Y. (2005). Environmental equity, air quality, socioeconomic status and respiratory health. A linkage analysis of routine data from the Health Survey for England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(11), 948–54.

WHO (2003). *WHO Framework Convention on Tobacco Control.* Geneva: WHO Document Production Services.

WHO (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva: World Health Organisation.

WHO (2014). *Global status report on alcohol and health 2014.* Geneva: World Health Organisation.

WHO (2015a). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(10010), 2 287–2 323.

WHO (2015b). *Fiscal Policies for Diet and Prevention of Non-communicable Diseases – Technical Meeting Report.* Geneva: WHO Document Production Services.

Wohlgemuth, D. (2006). Leder social representativitet till åsiktsrepresentativitet? I: Bäck, H. och Gilljam, M. (red.) *Valets mekanismer.* Malmö: Liber.

Wollebæk, D., Wallman Lundåsen, S. och Trägårdh, L. (2012). Three Forms of Interpersonal Trust. Evidence from Swedish Municipalities. *Scandinavian Political Studies,* 35(4), 319–346.

Wretlind, K., Åhs Jonsson, U. och Magnusson, M. (2016). *Insatser för att minska skillnader i hälsa: Hälsosamtal med familjer – speciellt med fokus på hälsosamma matvanor.* Hälsoodontologiska enhetens rapportserie. Rapport 2. Västra Götalandsregionen: Folktandvården Västra Götaland.

Wängnerud, L. (1998). *Politikens andra sida – Om kvinnorepresentation i Sveriges riksdag.* Göteborg: Göteborgs Universitet.

Yngwe, P-E. (2004). Forskning om ekonomisk utsatthet och barns livschanser. I: *Ekonomiskt utsatta barn.* Ds 2004:41. Del 1, s. 305–348. Socialdepartmentet.

Zdravkovic, S., Grahn, M. och Björngren Cuadra, C. (2016). *Kartläggning av nyanländas hälsa – Delrapport från MILSA.* Malmö: Malmö högskola.

Åhs, AM. och Westerling, R. (2006). Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy*, 78(2), 178–193.

Östgötakommissionen (2014).*Östgötakommissionen för folkhälsa – slutrapport.* Uppsala: Östgötakommissionen.

Kommittédirektiv 2015:60

En kommission för jämlik hälsa

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 faktorers 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 folkhälsoutvecklingen 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 tvärsektoriellt. Även generationsmålet och miljökvalitetsmålen 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 folkhälsoutvecklingen 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 fri-

villiga åtaganden att tillämpa ett sektorsövergripande arbetssätt (*health in all policies*) i arbetet med folkhälsans sociala bestämningsfaktorer 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 folkhälsolag 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 tvärsektoriella 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 tvärsektoriellt 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 tvärsektoriella 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 faktorers 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 for 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

Förslagens 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)

Kommittédirektiv 2017:17

Tilläggsdirektiv till Kommissionen för jämlik hälsa (S 2015:02)

Beslut vid regeringssammanträde den 16 februari 2017

Sammanfattning

Regeringen beslutade den 4 juni 2015 kommittédirektiv om att tillsätta en kommitté – en kommission för jämlik hälsa (dir. 2015:60). Kommittén har antagit namnet Kommissionen för jämlik hälsa (S2015:02).

Kommissionen för jämlik hälsa ska lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Till grund för kommissionens uppdrag ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Kommissionens huvudsakliga fokus ska vara hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Hälsoskillnader mellan könen och andra hälsoskillnader, t.ex. mellan personer med funktionsnedsättning, hbtq-personer, personer med utländsk bakgrund, det samiska folket och personer som tillhör nationella minoriteter, ska genomgående uppmärksammas i kommissionens arbete.

Kommissionen har även i uppdrag att aktivt verka för att de förslag som presenteras ska ha 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. Regeringen ser positivt på det utåtriktade arbete som kommissionen hittills har genomfört men anser att det behövs ytterligare kommunikativa insatser för att uppmärksamma samhällets ojämlika fördelning i hälsa. För att nå regeringens mål om att sluta hälsoklyftorna inom en

generation är det angeläget att alla berörda sektorer och aktörer tar sitt ansvar.

Kommissionen får därför nu i uppdrag att verka för en fördjupad diskussion om allas engagemang och ansvar för att utjämna de påverkbara hälsoklyftorna. Vidare ska kommissonen på olika sätt delta i samhällsdebatten i frågor som berör dess uppdrag och löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete och dess resultat.

Utredningstiden förlängs för den del av kommissionens uppdrag som rör utåtriktat arbete. De insatser som genomförts i enlighet med dessa direktiv redovisas senast den 31 oktober 2017.

Hälsans ojämlika fördelning

Den 29 augusti 2016 redovisade kommissionen i ett delbetänkande (SOU 2016:55) de utgångspunkter, fakta och ställningstaganden i fråga om jämlik hälsa som kommer att ligga till grund för kommissionens slutbetänkande, som ska lämnas till Regeringskansliet senast den 31 maj 2017.

I delbetänkandet definierar Kommissionen ojämlikhet i hälsa som systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position. Kommissionens huvudsakliga fokus ligger på skillnader mellan socioekonomiska grupper samt mellan könen.

Ojämlikhet i hälsa uppkommer genom skillnader mellan sociala grupper i tillgången till ett antal sammankopplade och ömsesidigt förstärkande villkor och möjligheter (resurser), i ett samspel som sker över hela livet. Det handlar bl.a. om livsvillkor såsom utbildning, arbete, boende och om levnadsvanor. Hälsa är därmed både en förutsättning för och ett resultat av andra villkor och möjligheter, som utbildning, arbete, försörjning etc. De sociala skillnader i hälsa måste också förstås mot bakgrund av de reella möjligheter som människor har att göra och vara det de vill, samt de socialt påverkade handlingsmönster som delvis styr människors handlingar.

Kommissionen ser ojämlikhet i hälsa som ett resultat av samspelet mellan individ och samhälle, där såväl individ som samhälle har ett ansvar. Resurser som är centrala för hälsa genereras av individer själva och deras familjer, men olika välfärdsstatliga institutioner är också betydelsefulla genom att tillhandahålla kollektiva resurser.

De kollektiva resursernas tillgänglighet och kvalitet blir särskilt viktiga för de grupper som har mindre av resurser och handlingsutrymme.

Kommissionen tar i betänkandet upp olika argument för varför det är viktigt att arbeta för jämlik hälsa. Det finns moraliska och rättviseteoretiska argument, och rätten till hälsa fastslås i svensk lag samt i flera internationella konventioner om de mänskliga rättigheterna. Andra argument är kopplade till bättre utnyttjande av det allmännas resurser samt hållbar utveckling. Kommissionen anser att argumenten kompletterar varandra och att de sammantaget ger ett brett underlag för att uppmärksamma och verka för minskade sociala skillnader i hälsa.

Kommissionen identifierar sju områden där olika former av resursbrister kan vara mest avgörande för jämlik hälsa. Dessa är: 1) det tidiga livet, 2) kunskaper, kompetenser och utbildning, 3) arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, 4) inkomst och försörjningsmöjligheter, 5) boende och närmiljö, 6) levnadsvanor och 7) kontroll, inflytande och delaktighet.

Vidare identifierar kommissionen tre principiellt olika typer av åtgärder för att åstadkomma en mer jämlik hälsa. För det första åtgärder som handlar om att stärka människors egna möjligheter att agera och generera resurser. För det andra åtgärder som innebär att göra mer av sådant som verkar fungera. För det tredje åtgärder som innebär att göra saker bättre eller annorlunda för att på så sätt få ut mer nytta för brukare av olika välfärdstjänster. Här avses då strategisk styrning, ledning och uppföljning.

Kommissionens utåtriktade arbetet ska fortsätta

Kommissionen har i dag uppdraget att aktivt verka för att de förslag som presenteras ska ha 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. Kommissionen har för detta syfte bl.a. träffat olika organisationer och myndigheter, organiserat och genomfört ett antal konferenser och dialogseminarier på regional nivå samt medverkat vid ett stort antal konferenser och seminarier arrangerade av andra aktörer.

Regeringen ser positivt på det utåtriktade arbete som Kommissionen hittills har genomfört, men det behövs ytterligare kommunikativa insatser för att uppmärksamma samhällets ojämlika fördelning i hälsa. För att nå regeringens mål om att sluta hälsoklyftorna inom en generation är det angeläget att alla berörda sektorer och aktörer tar sitt ansvar. Vidare måste kommuner, landsting och aktörer inom privata och civila sektorer prioritera ett långsiktigt tvärsektoriellt arbete för en god och jämlik hälsa. För att uppnå ett brett, löpande och långsiktigt engagemang på samhällets samtliga nivåer krävs kunskap om såväl förekomsten som fördelningen av hälsoskillnader i befolkningen. Kommissionen ska därför göra följande:

– Verka för en fortsatt diskussion om allas engagemang och ansvar för att utjämna de påverkbara hälsoklyftorna. Kommunikation ska ske med företrädare för politiska partier och relevanta samhällsaktörer. Detta omfattar men är inte begränsat till organisationer i det civila samhället såsom patient-, brukar- och konsumentorganisationer, fackförbund och professionsorganisationer, idrottsrörelsen samt näringslivsorganisationer (däribland livsmedelssektorn). Kommunikation ska även ske med forskarsamhället, statliga myndigheter och företrädare för kommun- och landstingssektorn,
– På olika sätt delta i samhällsdebatten i frågor som berör detta uppdrag,
– Löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete.

Uppdragets genomförande och redovisning

Det som sägs om konsekvensbeskrivning, samråd och arbetsformer i ursprungsdirektiven gäller också i dessa tilläggsdirektiv.

De insatser som genomförts i enlighet med dessa direktiv redovisas senast den 31 oktober 2017.

(Socialdepartementet)

Konsekvenser av förslag i avsnitt 4.3

I avsnitt *4.3 inkomster och försörjningsmöjligheter* läggs fyra förslag. För tre av dessa förslag har Kommissionen låtit göra konsekvensberäkningar i SCB:s simuleringsmodell FASIT (Fördelnings Analytiskt Statistiksystem för Inkomster och Transfereringar). Förslagen är: 1) indexera riksnormen i det ekonomiska biståndet med årlig ändring i inkomstindex från 2017; 2) dra bort barnbidraget från inkomstunderlaget för prövning för ekonomiskt bistånd; 3) höja inkomstgränsen för prövning av bostadsbidrag till 170 000 kronor per år. Beräkningarna genomfördes 2016. Modellen baseras på urval (MSTAR) från 2014 framskrivet med prognoser på demografi och ekonomi till år 2017.

Tabell 1 **Sammanfattningstabell med kostnader för staten 2017 av förslagen i miljarder kronor, samt effekt på samtliga individer**

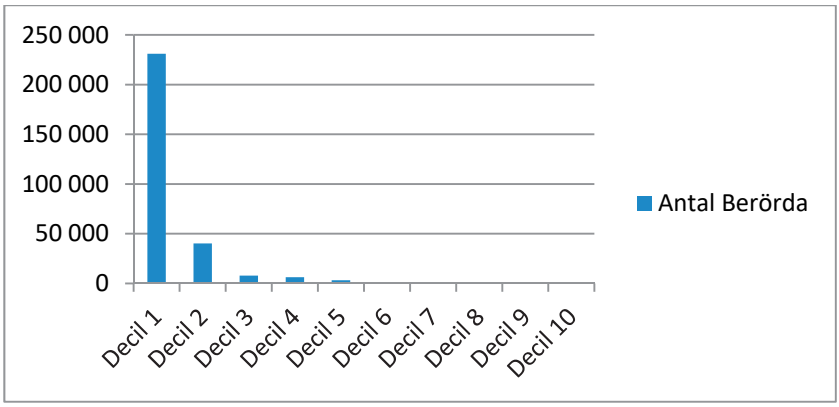
Förslag	Bruttokostnad	Nettokostnad	Ökning av disp. ink. i lägsta inkomstdecilen	Ökning av disp. ink. upp till fjärde inkomstdecilen
1	0,5	0,5	0,5 %	0,1 %
2	1,6	1,6	2,4 %	0,6 %
3	0,76	0,82	0,6 %	0,2 %

Källa: Egna beräkningar.

Förslag 1 att indexera riksnormen i det ekonomiska biståndet innebär en ökning av riksnormen och beräknas, enligt FASIT-modellen, leda till ökade kostnader för kommunerna motsvarande 0,5 miljarder kronor räknat på år 2017. Ökningen tillfaller bara kommunerna och dessa måste kompenseras enligt finansieringsprincipen. Cirka 500 miljoner

motsvarar hur mycket mer ekonomiskt bistånd som skulle betalats ut givet regelförändringen. Cirka 100 miljoner av dessa beräknas gå till nya berörda hushåll (som inte skulle haft ekonomiskt bistånd innan reformen). Den genomsnittliga ökningen i årligt bistånd för hushåll som hade ekonomiskt bistånd innan reformen motsvarar 2 000 kronor om året. Förslaget innebär att den lägsta inkomstdecilen får ökade disponibla inkomster med cirka 0,5 procent.

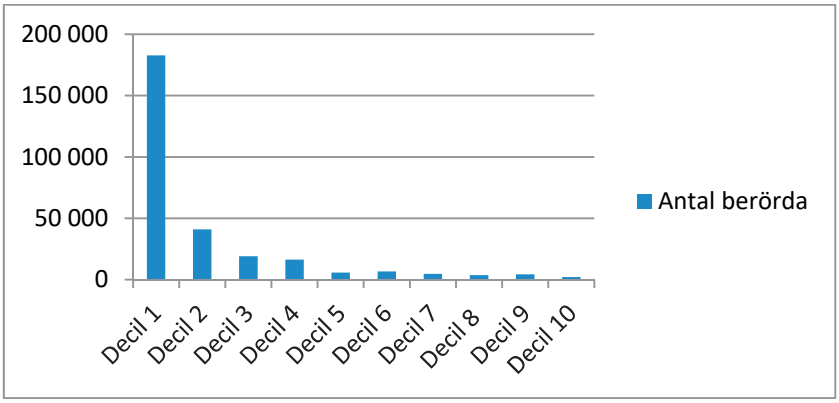
Figur 1 Antal berörda av förslag 1



Källa: FASIT, egna beräkningar.

Förslag 2 att dra bort barnbidraget från inkomstunderlaget för prövning för ekonomiskt bistånd beräknas, enligt FASIT-modellen, innebära ökade kostnader med 1,6 miljarder kronor räknat på år 2017. Ökningen tillfaller bara kommunerna och dessa måste kompenseras enligt finansieringsprincipen. Förslaget innebär ingen kostnadsökning för själva barnbidraget. Förslaget innebär att den lägsta inkomstdecilen får ökade disponibla inkomster med i genomsnitt cirka 2,4 procent och träffar särskilt ensamstående med barn.

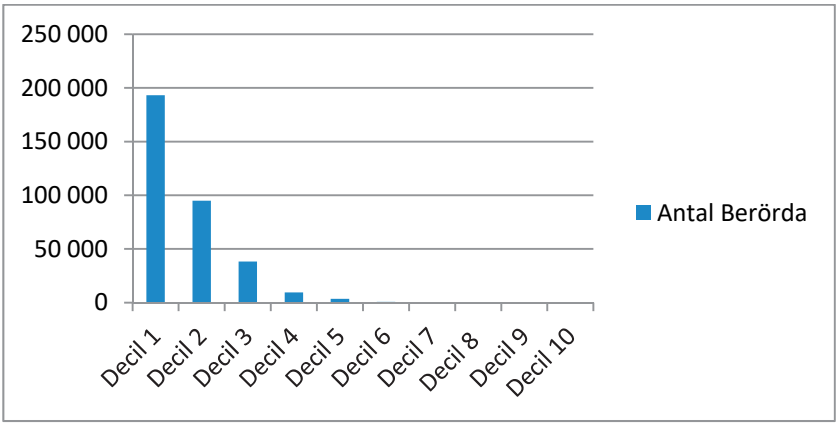
Figur 2 Antal berörda av förslag 2



Källa: FASIT, egna beräkningar.

Förslag 3 att höja inkomstgränsen för prövning av bostadsbidrag till 170 000 kronor per år beräknas, enligt FASIT-modellen, innebära ökade kostnader med 820 miljoner kronor räknat på år 2017. Nettoeffekten blir 760 miljoner kronor på grund av minskningen i både BTP (bostadstillägg för pensionärer) och ekonomiskt bistånd. Ökningen tillfaller staten. Förslaget innebär att den lägsta inkomstdecilen får ökade disponibla inkomster med cirka 0,6 procent.

Figur 3 Antal berörda av förslag 3



Källa: FASIT, egna beräkningar.

Beräkningar bör tolkas med försiktighet

FASIT-modellen är den vedertagna mikrosimuleringsmodell som används av Regeringskansliet vid förändringar i skatte-, transfereringsoch avgiftssystemen. Liksom alla ekonomteriska modeller bygger den emellertid på en rad olika antaganden som gör resultaten relativt osäkra. Kostnaderna för utgivet ekonomiskt bistånd bygger på differensen mellan biståndshushållens inkomster och behov. I de senare inräknas normen samt övriga utgifter, framför allt boendekostnader (men också el, arbetsresor och hemförsäkring). Uppskattningsvis utgör boendekostnaderna cirka 40 procent av behovssidan[105] (officiell statistik saknas), medan normen för försörjningsstöd utgör resterande del.[106] En förändring av normens nivå påverkar således cirka 60 procent av behovssidan och därmed också endast 60 procent av de samlade kostnaderna.

År 2015 uppgick kostnaderna för ekonomiskt bistånd i Sverige till 10,6 miljarder. 6,4 miljarder är då den andel som uppskattningsvis påverkas av förändringar i normen. Ett år då priserna ökar med en procent och inkomsterna med två procent blir effekten av en över-

[105] Exempel: Den vanligaste hushållstypen ensamstående utan barn: norm 3 930 kronor, hyra bostad 1 rok 3 665 kronor (riksgenomsnitt 2016, SCB), sammanboende med två små barn: norm 10 850, hyra bostad 3 rok 6 324 kronor.
[106] Detta är förenklat då bidrag också utgår för ”kostnader för livsföring i övrigt”, vilka ligger utanför normberäkningen.

gång till inkomstindexering en procent i fasta priser, dvs. 64 miljoner. Till detta kan då tilläggas effekten av att fler blir berättigade till stöd när normen höjs, men detta handlar då om hushåll som ligger på marginalen och som endast är aktuella för mycket små belopp, dvs. de går inte in med samma ”tyngd” kostnadsmässigt som de som redan uppbär stöd (i princip handlar det bara om en procent av normbeloppet i detta exempel, förutsatt att de saknade rätt till stöd före indexeringen). Effekten är svår att uppskatta men kostnadsökningen pga. nya hushåll överskattas sannolikt i FASIT-modellen. Kostnadsökningen på ett år med 500 miljoner kronor bör därför enligt vår bedömning tolkas med försiktighet på grund av osäkerhet kring hur antaganden i beräkningsmodellen hanterar de faktorer som diskuterats här. Detta gäller även beräkningarna för förslag 2 och 3.

Statens offentliga utredningar 2017

Kronologisk förteckning

1. För Sveriges landsbygder – en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd. N.
2. Kraftsamling för framtidens energi. M.
3. Karens för statsråd och statssekreterare. Fi.
4. För en god och jämlik hälsa. En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. S.
5. Svensk social trygghet i en globaliserad värld. Del 1 och 2. S.
6. Se barnet! Ju.
7. Straffprocessens ramar och domstolens beslutsunderlag i brottmål – en bättre hantering av stora mål. Ju.
8. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017. Kärnavfallet – en fråga i ständig förändring. M.
9. Det handlar om oss. – unga som varken arbetar eller studerar. U.
10. Ny ordning för att främja god sed och hantera oredlighet i forskning. U.
11. Vägskatt. Volym 1 och 2. Fi.
12. Att ta emot människor på flykt. Sverige hösten 2015. Ju.
13. Finansiering av infrastruktur med privat kapital? Fi.
14. Migrationsärenden vid utlandsmyndigheterna. Ju.
15. Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden. S.
16. Sverige i Afghanistan 2002–2014. UD.
17. Om oskuldspresumtionen och rätten att närvara vid rättegången. Genomförande av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. Ju.
18. En nationell strategi för validering. U.
19. Uppdrag: Samverkan. Steg på vägen mot fördjupad lokal samverkan för unga arbetslösa. A.
20. Tillträde för nybörjare – ett öppnare och enklare system för tillträde till högskoleutbildning. U.
21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Del 1 och 2. S.
22. Från värdekedja till värdecykel – så får Sverige en mer cirkulär ekonomi. M.
23. digitalforvaltning.nu. Fi.
24. Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön? A.
25. Samlad kunskap – stärkt handläggning. S.
26. Delningsekonomi. På användarnas villkor. Fi.
27. Vissa frågor inom fastighets- och stämpelskatteområdet. Fi.
28. Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö. A.
29. Brottsdatalag. Ju
30. En omreglerad spelmarknad. Del 1 och 2. Fi.
31. Stärkt konsumentskydd på bostadsrättsmarknaden. Ju.
32. Substitution i Centrum – stärkt konkurrenskraft med kemikaliesmarta lösningar. M.
33. Stärkt ställning för hyresgäster. Ju.
34. Ekologisk kompensation – Åtgärder för att motverka nettoförluster av biologisk mångfald och ekosystemtjänster, samtidigt som behovet av markexploatering tillgodoses. M.
35. Samling för skolan. Nationell strategi för kunskap och likvärdighet. U.
36. Informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Ju.
37. Kvalificerad välfärdsbrottslighet – förebygga, förhindra, upptäcka och beivra. Ju.

38. Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning. Fi.
39. Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskydds-förordning. Ju.
40. För dig och för alla. S.
41. Meddelarskyddslagen – fler verksamheter med stärkt meddelarskydd. Ju.
42. Vem har ansvaret? M.
43. På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. S.
44. Entreprenad, fjärrundervisning och distansundervisning. U.
45. Ny lag om företagshemligheter. Ju.
46. Stärkt ordning och säkerhet i domstol. Ju.
47. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. S.

Statens offentliga utredningar 2017

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Uppdrag: Samverkan. Steg på vägen mot fördjupad lokal samverkan för unga arbetslösa. [19]

Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön? [24]

Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö. [28]

Finansdepartementet

Karens för statsråd och statssekreterare. [3]

Vägskatt. Volym 1 och 2. [11]

Finansiering av infrastruktur med privat kapital? [13]

digitalforvaltning.nu. [23]

Delningsekonomi. På användarnas villkor. [26]

Vissa frågor inom fastighets- och stämpelskatteområdet. [27]

En omreglerad spelmarknad. Del 1 och 2. [30]

Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning. [38]

Justitiedepartementet

Se barnet! [6]

Straffprocessens ramar och domstolens beslutsunderlag i brottmål – en bättre hantering av stora mål. [7]

Att ta emot människor på flykt. Sverige hösten 2015. [12]

Migrationsärenden vid utlandsmyndigheterna.[14]

Om oskuldspresumtionen och rätten att närvara vid rättegången. Genomförande av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. [17]

Brottsdatalag. [29]

Stärkt konsumentskydd på bostadsrättsmarknaden. [31]

Stärkt ställning för hyresgäster. [33]

Informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. [36]

Kvalificerad välfärdsbrottslighet – förebygga, förhindra, upptäcka och beivra. [37]

Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. [39]

Meddelarskyddslagen – fler verksamheter med stärkt meddelarskydd. [41]

Ny lag om företagshemligheter. [45]

Stärkt ordning och säkerhet i domstol. [46]

Miljö- och energidepartementet

Kraftsamling för framtidens energi. [2]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017. Kärnavfallet – en fråga i ständig förändring. [8]

Från värdekedja till värdecykel – så får Sverige en mer cirkulär ekonomi. [22]

Substitution i Centrum – stärkt konkurrenskraft med kemikaliesmarta lösningar. [32]

Ekologisk kompensation – Åtgärder för att motverka nettoförluster av biologisk mångfald och ekosystemtjänster, samtidigt som behovet av markexploatering tillgodoses. [34]

Vem har ansvaret? [42]

Näringsdepartementet

För Sveriges landsbygder – en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd. [1]

Socialdepartementet

För en god och jämlik hälsa. En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. [4]

Svensk social trygghet i en globaliserad värld. Del 1 och 2.[5]

Kvalitet och säkerhet
på apoteksmarknaden. [15]

Läs mig! Nationell kvalitetsplan
för vård och omsorg om äldre personer.
Del 1 och 2. [21]

Samlad kunskap – stärkt handläggning. [25]

För dig och för alla. [40]

På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och
effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen.
[43]

Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa.
Förslag för ett långsiktigt arbete för en
god och jämlik hälsa. [47]

Utbildningsdepartementet

Det handlar om oss.
– unga som varken arbetar eller studerar. [9]

Ny ordning för att främja god sed
och hantera oredlighet i forskning. [10]

En nationell strategi för validering [18]

Tillträde för nybörjare – ett öppnare och
enklare system för tillträde till hög-
skoleutbildning. [20]

Samling för skolan.
Nationell strategi för kunskap och
likvärdighet. [35]

Entreprenad, fjärrundervisning
och distansundervisning. [44]

Utrikesdepartementet

Sverige i Afghanistan 2002–2014. [16]

KOMMISSIONEN FÖR
Jämlik Hälsa

Wolters Kluwer

106 47 Stockholm Tel 08-598 191 90 kundservice@wolterskluwer.se www.wolterskluwer.se

ISBN 978-91-38-24620-7 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB