Kommittédirektiv

Tilläggsdirektiv till Kommissionen för jämlik hälsa (S 2015:02)

Dir. 2017:17

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 kommssionens 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 gene-

reras 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)