

Projektplan för

Handlingsplan för att motverka ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland.

1 Sammanfattning och slutsatser/förslag

Ojämlikhet i hälsa utgör ett av de största hälsopolitiska problemen. Att motverka ojämlikhet i hälsa är ett högt politiskt prioriterat mål. Det leder till en polarisering i samhället och medför en stor samhällelig kostnad både i förlorade levnadsår, hälsa i befolkningen och i kronor.

Slutsatser från nuvarande forskning och kunskap understryker att en effektiv strategi för att motverka ojämlikhet i hälsa måste baseras på insatser och åtgärder för att påverka *bestämningsfaktorer* för jämlikhet i hälsa. Detta är också kärnan i den svenska folkhälsopolitiken.

Innehållet i en handlingsplan för att motverka ojämlikhet i hälsa bör bygga på en sådan strategi men avgränsas till att omfatta sådana bestämningsfaktorer som regionala förvaltningar, myndigheter och organisationer har möjlighet att påverka. En handlingsplan för att motverka ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland bör därför

- Identifiera de beslut, insatser eller åtgärder vilka mot bakgrund av nuvarande kunskap har störst sannolikhet att motverka ojämlikhet i hälsa.
- Avgränsas till ett hanterligt antal bestämningsfaktorer vilka är grundade i den folkhälsopolitiska policyns sex utmaningar och som har förutsättningar att faktiskt kunna genomföras
- Liksom den folkhälsopolitiska policyn ha som ambition att bli territoriell, det vill säga involvera även det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete som sker i kommunerna, i föreningslivet och i de statliga verken på länsnivå
- Knyta an till andra liknande initiativ i andra regioner/landsting och kommuner

Handlingsplanen bör utvecklas i samverkan med en rad aktörer på lokal, regional och nationell nivå.

2 Förutsättningarna

Ojämlikhet i hälsa utgör idag ett av de största hälsopolitiska problemen i Sverige. Det är paradoxalt mot bakgrund av den omfattande kunskap om hur ojämlikhet i hälsa ser ut och den politiska diskussion den har givit upphov till i modern tid. Det finns heller inte någon politisk oenighet om det övergripande folkhälsopolitiska målet, ”att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor i hela befolkningen”. Vi vet att ojämlikhet i hälsa och en ojämlik fördelning av förhållanden som skapar ohälsa bidrar till en polarisering i samhället. Vi vet att det

leder till många förlorade levnadsår och år med sämre hälsa, kort sagt, ojämlikhet i hälsa motverkar intentionen i Vision Västra Götaland - Det goda livet.

Samtidigt ökar vår kunskap om hur åtminstone vissa delar av de systematiska skillnader som finns mellan olika befolkningsgrupper skulle kunna påverkas. Den svenska folkhälsopolitiken bygger på tanken att med politiska beslut påverka s.k. *bestämningsfaktorer för hälsa*, det vill säga sådana förhållanden eller faktorer i samhället som påverkar hälsotillståndet. Genom att med beslut, insatser och åtgärder påverka hur *bestämningsfaktorer* för hälsa fördelas i befolkningen kommer också fördelningen av hälsa att påverkas. Det kan till exempel gälla beslut som påverkar människors livsvillkor eller insatser för att ge människor möjlighet att välja en hälsosam livsstil.

Folkhälsokommittén anser därför att en handlingsplan för att motverka ojämlikhet i hälsa bör

- Identifiera de beslut, insatser eller åtgärder vilka mot bakgrund av nuvarande kunskap har störst sannolikhet att motverka ojämlikhet i hälsa.
- Avgränsas till ett hanterligt antal bestämningsfaktorer vilka är grundade i den folkhälsopolitiska policyns sex utmaningar och som har förutsättningar att faktiskt kunna genomföras
- Liksom den folkhälsopolitiska policyn ha som ambition att bli territoriell, det vill säga involvera även det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete som sker i kommunerna, i föreningslivet och i de statliga verken på länsnivå
- Knyta an till andra liknande initiativ i andra regioner/landsting och kommuner

3 Omfattningen av ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland

En beskrivning av omfattningen av ojämlikhet i hälsa kan göras på många sätt. Nedanstående analys följer i princip den analysmodell som användes i en studie publicerad av EU-kommisionens DG SANCO vilken syftade till att beräkna de ekonomiska konsekvenserna för EU-regionen av ojämlikhet i hälsa. Analysen är resultatet av ett samarbete mellan Folkhälsokommitténs kansli, Regionutvecklingssekretariatets analysenhet, Hälso- och sjukvårdsavdelningens analysenhet och Statens Folkhälsoinstitut. Analysen är i en avslutande fas. Nu föreligger preliminära resultat. Omfattningen av ojämlikhet i hälsa har beräknats med tre mått:

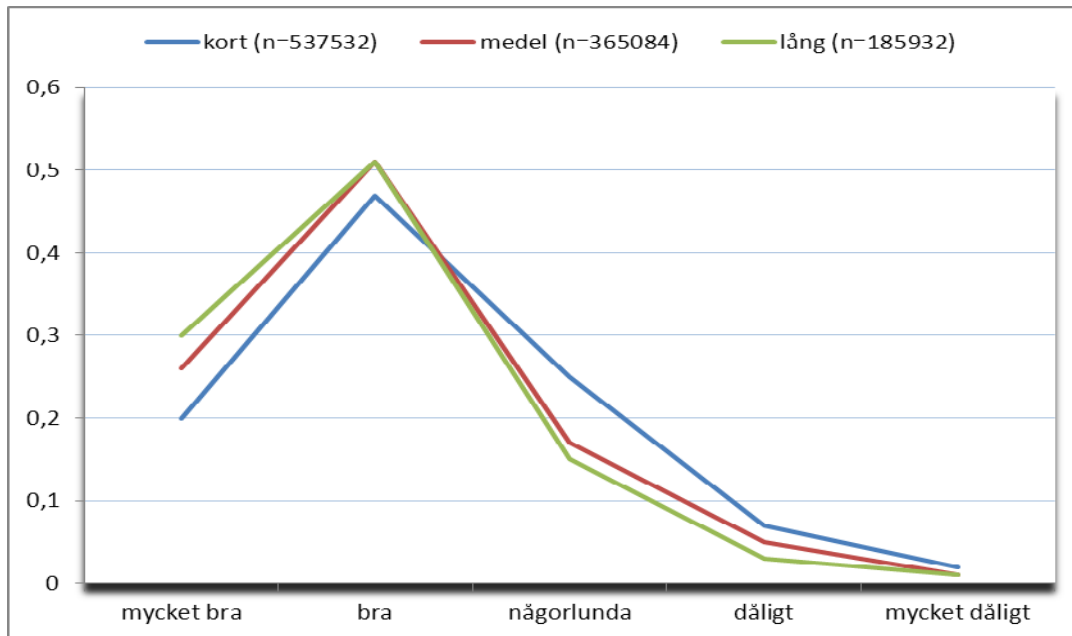
- Skillnader i självrapporerad hälsa
- Skillnader i dödlighet
- Skillnader i förlorade levnadsår.

Därutöver redovisas nedan *preliminära* resultat från beräkningen av hur mycket ojämlikhet i hälsa kostar. Detta uttrycks på två sätt: dels som hälsa som kapitalvara, dels som hälsa som konsumtionsvara. Dessutom beräknas kostnaderna för regionens hälso- och sjukvård till följd av ojämlikhet i hälsa.

I analysen har utbildningslängd valts som socioekonomisk indelning. Befolkningen 25 – 74 år har delats in i tre utbildningsgrupper, kort (högst 2-årigt gymnasium), medellång (högst 2-årigt eftergymnasial utbildning) och lång (3-årig eftergymnasial utbildning eller längre).

3.1 Skillnader i självrapporterad hälsa

Data är hämtad från enkätundersökningen Hälsa på lika villkor från 2007 för att beräkna hälsoutfallet av självrapporterad hälsa i de olika utbildningsgrupperna. Data över dödligheten i utbildningsgrupperna 2007 hämtades från Västdatabasen.



Figur 1 Fördelningen av självskattad hälsa för befolkningen 25-74 år med kort, medellång och lång utbildning enligt "Hälsa på lika villkor 2007". Åldersstandardiserade tal.

Det finns ett gemensamt mönster mellan utbildningsgrupperna. Flertalet anser sitt hälsotillstånd vara mycket bra eller bra. Ett fåtal anser det vara mycket dåligt. Men det finns systematiska skillnader mellan utbildningsgrupperna. I de båda grupperna med kortare utbildning är svaren förskjutna åt det sämre hållet, mest uttalat för dem med kortare utbildning.

Antalet individer med medellång och kort utbildning som har lägre hälsa än dem med lång utbildning utgör ett mått på omfattningen av ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland. Det är skillnaden mellan det observerade antalet individer och antalet individer om alla haft samma hälsa som dem med längst utbildning.

I tabell 1 redovisas individer med sämre än god hälsa enligt enkätundersökningen 2007.

Tabell 1 Andelen och antalet individer med sämre än god hälsa enligt enkätundersökningen "Hälsa på lika villkor 2007" i Västra Götaland..

	Observerat antal eller andelar	Antal eller andelar om alla haft samma andelar som de med längst utbildning	Skillnad
Andelen med sämre än god hälsa	29,6 %	21,5 %	8,1 %
Absolut antal	271769	197763	74006
- varav med <i>någorlunda</i> hälsa	202531	155096	47435
- varav med <i>dålig</i> eller <i>mycket dålig</i> hälsa	69238	42667	26571

Antalet individer med sämre än god hälsa (dvs som svarat att deras hälsa var *någorlunda*, *dålig* eller *mycket dålig*) var enligt undersökningen drygt 270000. Det motsvarar knappt 30% av befolkningen 25-74 år. Om *samtliga* haft samma svarsfördelning beträffande sitt hälsotillstånd som de med längst utbildning hade knappt 22 % rapporterat sämre än god hälsa. Det motsvarar knappt 200000 individer i befolkningen. Skillnaden mellan det observerade utfallet och det kontrafaktiska är omkring 8 procentenheter, vilket svarar mot drygt 70000 individer. Med andra ord, drygt 70000 individer mellan 25-74 år berörs av ojämlikhet i hälsa. Dessa 70000 motsvarar omkring 8 % av hela befolkningen 25-74 år.

3.2 Skillnader i dödlighet

I tabell 2 redovisas antalet döda före 75 års ålder i Västra Götaland 2007, uppdelat på de tre utbildningsgrupperna. Totalt inträffade 4610 dödsfall (dödsfallen är åldersstandardiserade, det vill säga justerade så att effekten av ålder är borträknad). Dödligheten bland dem med kort utbildning var drygt 1,7 gånger högre än för de med längst utbildning.

Tabell 2 Döda före 75 års ålder i Västra Götalandsregionen 2007. Andelar och antal, observerat respektive beräknat som om dödsrisken var densamma som bland dem med längst utbildning.

Utbildn.	Population	Observerat antal (absolut och per 100000 individer)		Antal (absolut och per 100000 individer) om samtliga haft samma risk som de med längst utbildning	
		Antal döda	per 100000 ind.	Antal döda	per 100000 ind.
kort medellån	456248	2645	580	1481,6	325
g	289885	1363	470	941,3	325
lång	185421	602	325	602,1	325
Totalt	931554	4610	495	3025,0	325

Om istället andelen döda i varje utbildningsgrupp varit densamma som för dem med längst utbildning (drygt 3 %) hade antalet döda med kort utbildningslängd minskat från ca 2650 till knappt 1500 och för dem med medellång utbildning från ca 1350 till ca 950. Det totala antalet döda före 75 års ålder hade minskat med drygt en tredjedel.

3.3 Skillnader i antalet förlorade levnadsår

I analogi med ovanstående utgör skillnaderna mellan antalet förlorade levnadsår i respektive utbildningsgrupp ett ytterligare mått på ojämlikhet i hälsa. Beräkningen av antal förlorade levnadsår är också betydelsefull för att beräkna de ekonomiska konsekvenserna av ojämlikhet i hälsa.

Förväntad medellivslängd i Västra Götaland 2005-2009 användes som bas för beräkningarna. För männen var förväntad medellivslängd 78,91 år och för kvinnor 83,12 (Källa: SCB:s befolkningsstatistik).

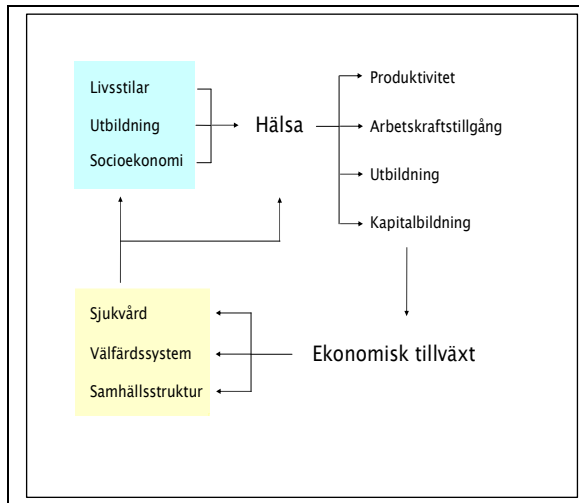
Tabell 3 Förlorade levnadsår för befolkningen 25-74 år 2007 uppdelat på kön och utbildningsgrupp. Observerat antal förlorade levnadsår samt beräknat antal om gruppen med kort och mellanlång utbildning hade haft samma "riskprofil" som dem med längst utbildning. Åldersstandardiserade tal.

		Observerat	Om alla haft samma "riskprofil"	skillnad
		antal förlorade levnadsår	antal förlorade levnadsår	antal förlorade levnadsår
män	kort	28937	12959	15978
	medellång	11096	8195	2901
	lång	4606	4606	0
kvinnor	kort	14726	7608	7118
	medellång	6499	5026	1473
	lång	3713	3713	0
Summa		69576	42106	27470

Till följd av dödsfall i befolkningen förlorades 2007 knappt 70000 levnadsår. Hade de båda grupperna med kortare utbildningslängd haft samma dödlighet som i gruppen med längst utbildning hade antalet förlorade levnadsår minskat till drygt 42000, en skillnad på drygt 27000 levnadsår. Det motsvarar knappt 40 procent av den observerade förlusten 2007.

4 Ekonomiska konsekvenser av ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland.

Hälsotillståndet i befolkningen påverkar inte bara tillgången på arbetskraft utan även produktiviteten (en god hälsa underlättar en effektivare användning av utrustning, maskiner och annan teknologi), den generella utbildningsnivån (vilket har betydelse för företagets kompetensförsörjningsmål), sparandet (ökar tillgången till investeringsbart kapital för näringsliv och offentliga investeringar). Därigenom har hälsotillståndet i befolkningen betydelse för den ekonomiska tillväxten.



Figur 2 Relationsdiagram över hur hälsa kan påverka ekonomisk tillväxt (efter Suhrcke m fl 2005)

4.1 Ekonomiska konsekvenser

I den inledningsvis nämnda studien från EU-kommissionen dras slutsatsen att samhällets kostnader för ojämlikhet i hälsa är betydande. Författarna beräknar den totala kostnaden till drygt 1000 miljarder EURO, varav 140 miljarder EURO motsvarar värdet av hälsa som *kapitalvara*, det vill säga värdet på den produktionsvolym som förloras till följd av ojämlikhet i hälsa, resten på hälsa som konsumtionsvara. Därutöver står ojämlikhetsrelaterad ohälsa för ungefär 15% av kostnaderna för socialförsäkringssystemen och cirka 20% av kostnaderna för hälso- och sjukvården inom EU.

Vår analys av de ekonomiska konsekvenserna bygger liksom EU-studien på två typer av kostnadsberäkningar. Dels beräknas *kapitalvärdet* av ojämlikhet i hälsa, eller värdet av den produktionsminskning som blir följden av att sjukligheten och dödligheten är större bland dem med kortare utbildning än bland dem med längst utbildning. Dels beräknas *konsumtionsvärdet* av ojämlikhet i hälsa. Det är det värde uttryckt i kronor som hälsa har som *nyttighet* för individen. Konsumtionsvärdet av ojämlikhet i hälsa är skillnaden av det samlade värdet av hälsa så som det observerades 2007 och som det hade varit om sjuklighet och dödlighet hade varit densamma bland dem med kort och medellång utbildning som i gruppen med längst utbildning.

De preliminära resultaten indikerar att kapitalvärdet av ojämlikhet i hälsa motsvarar mellan 1,5 – 2,5 miljarder kronor under 2007.

Värdet av hälsa som konsumtionsvara är också preliminärt men beräkningen indikerar att det motsvarar mellan 11 och 16 miljarder kronor.

5 Omvärldsbeskrivning

Rapporten ”Closing the gap in a generation”, utgiven av WHO 2008, föreslår ett antal åtgärder för att minska ojämlikhet i hälsa. Dessa grupperas under tre övergripande rekommendationer:

- förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv

- angrip den ojämlika fördelningen av makt, pengar och resurser – globalt, nationellt och lokalt
- utveckla och använd metoder för att mäta och följa ojämlikheten i hälsa, utveckla kunskapsbasen, utbilda människor att se hälsans sociala bestämningsfaktorer och utveckla människors medvetenhet om dessa

Rapporten har inspirerat flera länder och regioner till liknande kartläggningar. Bland dessa noterar vi särskilt den engelska ”strategiska översikten” över ojämlikhet i hälsa i England, utgiven 2010, den kanadensiska rapporten om de sociala bestämningsfaktorerna för ojämlikhet i hälsa, den norska ”Folkhelsepolitisk rapport 2010”. Dessa rapporter framhåller en syn på ojämlikhet i hälsa som har mycket gemensamt med den svenska folkhälsopolitiken. Bland annat understryker de vikten av att påverka bestämningsfaktorer för ojämlikhet i hälsa och identifierar ett antal sådana vilka uppfattas som särskilt betydelsefulla för att kunna minska ojämlikhet i hälsa.

I Sverige har Statens Folkhälsoinstitut tillsammans med Socialstyrelsen på regeringens uppdrag publicerat en rapport över implikationerna för Sverige av WHO:s kommission. Den innehåller en rad förslag på vad som kan göras framför allt från statliga organ men också på mer lokal nivå. Ett par landsting har påbörjat en liknande inventering av vad som kan göras i ett landstingsperspektiv. Andra landsting överväger att påbörja ett sådant arbete. Kommunstyrelsen i Malmö har tillsatt en kommission som ska arbeta för att minska ojämlikhet i hälsa.

6 Bestämningsfaktorer för ojämlikhet i hälsa

En av de centrala slutsatserna från såväl WHO:s kommission som från de nationella kartläggningarna är att ojämlikhet i hälsa kan bara motverkas genom att identifiera bestämningsfaktorer för ojämlikhet i hälsa och påverka dessa genom insatser, åtgärder och politiska beslut. Detta förhållningssätt är även en central del av den svenska folkhälsopolitiken. Det återfinns till exempel i regeringens budget 2011 där regeringen efter att ha konstaterat att

”Även om det svenska samhället i grunden präglas av goda levnadsvillkor finns systematiska skillnader i dödlighet och sjuklighet mellan olika socioekonomiska grupper samt mellan kvinnor och män. /.../ Medan hälsan för befolkningen i sin helhet har förbättrats under de senaste decennierna har de relativa skillnaderna i hälsa mellan olika samhällsgrupper förblivit oförändrat stora eller i några fall ökat.”

slår fast att

”För att nå det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet krävs ett sektorsövergripande, långsiktigt och målinriktat arbete av aktörer på många olika nivåer i samhället.”

Detta förhållningssätt är tydligt i den folkhälsopolitiska policyn i Västra Götaland. I denna antyds bestämningsfaktorers betydelse för de sex folkhälsoutmaningarna i Västra Götaland. Policyn understryker att utmaningarna överlappar varandra och därmed att insatser inom ett område kan påverka flera utmaningar på samma gång.

I det följande skisseras utmaning för utmaning de områden för ojämlikhet i hälsa som för närvarande bedöms vara de mest angelägna för en handlingsplan för att motverka ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland.

6.1 Utmaning 1 – att skapa förutsättningar för jämlika och jämställda livsvillkor

I arbetet med en handlingsplan spelar denna folkhälsoutmaning en övergripande roll. Här är bestämningsfaktorer som har en mer strukturell karaktär särskilt viktiga. Det berör beslutsfattares *förutsättningar att kunna fatta beslut* som motverkar ojämlikhet i hälsa, om möjligheter att *ta tillvara erfarenheter och kunskaper* om hur jämlikhet i hälsa kan gynnas, om *förmåga att kartlägga och följa utvecklingen* av ojämlikhet i hälsa och *sammanställa och följa upp* insatser mot ojämlikhet i hälsa.

6.2 Utmaning 2 – att skapa förutsättningar för trygga och goda uppväxtvillkor

Det är väsentligt att motverka *barnfattigdom*. Barnfamiljers ekonomiska resurser är avgörande för att kunna göra hälsofrämjande val och för att kunna delta i sociala sammanhang. Systematiska skillnader i tillgången på ekonomiska resurser är sannolikt en av de viktigaste bestämningsfaktorerna för ojämlikhet i hälsa bland barn och ungdomar. Enligt Rädda Barnen växer idag en tiondel av barnen upp i fattigdom. Det är i synnerhet barn med utländsk bakgrund, barn i de större städernas förorter och barn till ensamstående föräldrar som halkar efter i välfärdsutvecklingen.

Förskoleperioden framstår som en viktig period i barnets liv. Perioden rymmer möjligheter till insatser för att motverka ojämlikhet i hälsa. De första levnadsåren har stor betydelse för utvecklingen av barns sociala förmåga, läsförmåga och matematiska färdigheter. Insatser under denna period är sannolikt särskilt betydelsefulla för barn från hem med små resurser. Barns och ungdomars möjligheter till en rik *fritid och kulturkonsumtion* är särskilt viktig för dem som lever under knappa resurser. Att kunna ha ett aktivt fritids- och kulturutbyte är väsentligt för individens självkänsla och sociala utveckling.

6.3 Utmaning 3 – att skapa förutsättningar för livslångt lärande

Det moderna samhällets snabba förändring ställer ökade krav på människors rörlighet och på deras sociala och kulturella kompetens. Ett livslångt lärande handlar mycket om de strukturella villkoren för individens lärande, vilka utbildningsmöjligheter som finns och förutsättningarna att ta del av dem.

Skoltiden är väsentlig för individens kognitiva utveckling och förmåga att lära nytt, även i vuxen ålder. En misslyckad skolkarriär ökar risken för social exkludering.

Ett föränderligt arbetsliv kan innebära växelvisa perioder av arbetslöshet och utbildning. Det finns systematiska skillnader i förutsättningar att klara av sådana växlingar. Möjligheterna kan vara begränsade av förmåga att lära eller av brist på resurser.

6.4 Utmaning 4 – att skapa förutsättningar för ökat arbetsdeltagande

Arbetslivet genomgår stora förändringar. Människors förmåga att delta i arbetslivet varierar starkt. Det får konsekvenser inte bara genom att arbete ger en inkomst. Att vara en del i en arbetsgrupp har stor betydelse för individens hälsotillstånd. Att kunna vara det beror på en

kombination av hur arbetsmarknaden ser ut och individens kompetens och hälsotillstånd. En väsentlig del av denna utmaning handlar om att skapa goda arbetsvillkor för dem som redan är i arbete men också att påverka arbetsmarknaden där även de som inte har full arbetsförmåga får rum.

Att vara utanför arbetsmarknaden har ofta vittgående konsekvenser, inte bara genom att inkomsterna minskar utan också genom att vara exkluderad från en central del av det samhälleliga livet. De systematiska skillnader som finns i befolkningen av att befinna sig utanför arbetslivet är en annan viktig del av utmaningen.

6.5 Utmaning 5 – att skapa förutsättningar för äldre med livskvalitet

Ojämlighet i hälsa tar sin början tidigt i livet. Det finns tydliga samband mellan uppväxtvillkor och socioekonomiska förhållanden senare i livet som i sin tur påverkar risken för dålig hälsa och tidig död. Genom att påverka ojämlikhet i fördelningen av bestämningsfaktorer för hälsa bland äldre är det därför möjligt att åstadkomma betydande förbättringar i äldres hälsotillstånd. Även bland äldre är ekonomiska resurser väsentliga för att kunna delta aktivt i samhällslivet och upprätthålla sociala relationer.

En annan förutsättning för äldres sociala delaktighet är att det finns ett effektivt transportsystem i regionen.

Med tanke på att kroppsfunktioner försämras och risken att drabbas av sjukdomar och ohälsa ökar med åldern kommer hälso- och sjukvården att spela en allt viktigare roll. Både Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har publicerat rapporter vilka framhåller att det finns en socioekonomisk ojämlikhet i hälso- och sjukvården. Det handlar om skillnader i hur och när man söker vård men också om skillnader i behandling. Regionens strategiska inriktning - ”Hälso- och sjukvården ska ges på jämlika och jämställda villkor” - får här en konkret innebörd. Hälso- och sjukvården har en viktig roll för att utjämna skillnader i hälsa. Det torde gälla i synnerhet för den äldre delen av befolkningen.

6.6 Utmaning 6 – att skapa förutsättningar för goda levnadsvanor

Mödra- och barnhälsovården är viktiga arenor för att minska ojämlikhet i hälsa. Det är också tillgängliga beslutsarenor för politiskt verksamma i Västra Götalandsregionen. Förhållanden under uppväxten får konsekvenser långt fram i livet. I barndomen grundläggs förutsättningar för god psykisk och fysisk hälsa. Orsakerna till ojämlikhet i hälsa leder till att barn inte får samma förutsättningar under uppväxten. Detta leder till sociala skillnader redan under den första perioden i livet och till ökad sårbarhet för ohälsa i framtiden. Utgångspunkten för folkhälsopolitiska strävanden är alla människors lika värde. Det betyder att varje individ ska ha lika rätt att utvecklas på grundval av samma förutsättningar.

Enligt FN:s Barnkonventions andra artikel ”Alla barn har samma rättigheter och lika värde” och artikel 24 ”Barn har rätt till bästa möjliga hälsa”, ska alla barn ha rätt och tillgång till samhällets erbjudanden som hälso- och sjukvård, skola och utbildning.

7 Projektet

7.1 Projektarbete – en lärande process

Som titeln anger ”Handlingsplan för att motverka ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland” omfattas territoriet Västra Götaland och således berörs ett stort antal aktörer på regional och lokal nivå. Det medför att arbetet bör organiseras med så stor representativitet som möjligt. Då Folkhälsokommittén har fått i uppdrag av regionstyrelsen att leda arbetet är det angeläget att representanter från Folkhälsokommittén bildar styrgupp. Detta säkrar projektets kurs och erbjuder möjlighet till fortlöpande dialog mellan politiker och tjänstemän.

Vidare föreslås att en arbetsgrupp tillsätts. I den bör ingå tjänstemän från olika sakområden inom Regionstyrelsens kansli, kommuner och/eller kommunalförbund, näringsliv, fackföreningar, universitet/högskola, arbetsförmedling, försäkringskassan, länsstyrelsen etc. Arbetsgruppen är möjlig att dela upp i undergrupper exempelvis utifrån intresse, kompetensinriktning eller utmaningarna i den Folkhälsopolitiska policyn.

För att åtgärdsförslagen ska ha en vetenskaplig grund och samtidigt vara realistiska och genomförbara, med andra ord vara förankrade i de olika förvaltningarna, är det väsentligt att på ett effektivt sätt kunna samla in och ta ställning till kunskap och förslag på åtgärder. Därför bör en bred referensgrupp bildas med representation från både akademiska institutioner, frivilligsektorn och förvaltningar.

Kommunikationen mellan referensgruppen och arbetsgruppen organiseras med hjälp av Delfimetodik. Denna metod innebär att en panel av experter och tjänstemän upprättas och dessa besvarar sedan var och en för sig ett antal frågor vilka utarbetas av arbetsgruppen. Svaren sammanställs anonymt, och deltagarna har sedan möjlighet att ändra sina bedömningar i ett antal omgångar. Avsikten är att man, utan att vissa experters auktoritet inverkar för mycket på de övriga, skall komma fram till en gemensam ståndpunkt – en *konsensus* – alternativt tydligt kunna urskilja grundvalen för olika bedömningar.

Metoden har med framgång använts av en av arbetsgrupperna i den engelska strategiska översikten av ojämlikhet i hälsa. På kort tid kunde man pröva och sammanställa en stor mängd förslag på åtgärder.

Som en resurs för styrgruppen, arbetsgrupp och referensgrupp ska en ”kansligrupp” formeras. Kansligruppens primära uppgift är att hålla samman projektet bland annat genom att sammankalla grupperna till överläggningar, föra minnesanteckningar etc. De ska också delta i nationella och internationella nätverk där målet med arbetet överensstämmer målet för Folkhälsokommitténs uppdrag (se kapitel 3).

För att presentera och förankra arbetet med ”Handlingsplan för att motverka ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland” bör dialogmöten hållas återkommande i samtliga fyra delregioner. Då arbetet med handlingsplanen är en lärande process kommer processen att presenteras, förankras och diskuteras på regionala och nationella konferenser.

7.2 Aktörer/medspelare

Regionstyrelsens initiativ har uppmärksammats i olika sammanhang och intresset av att ta del av eller att aktivt bidra till en handlingsplan är överraskande stort, såväl på lokal, regional och nationell nivå.

Kontakter har tagits med Statens Folkhälsoinstitut samt Sveriges Kommuner och Landsting för att sondera möjligheterna till olika former av nationellt stöd i processen. Båda organisationerna har aviserat intresse att medverka utifrån respektive organisations uppdrag och möjligheter i övrigt.

Som nämnts ovan har ett flertal regionala och lokala aktörer hört av sig. Region Skåne, landstinget i Östergötland, landstinget i Värmland, Stockholms läns landsting är exempel på den regionala nivån. På den kommunala nivå torde Malmö kommun vara den kommun som kommit längst.

Inom Västra Götaland har kontakter med positiv respons tagits med försäkringskassan, arbetsförmedlingen och arbetsmiljöverket. Bland kommuner inom länet som avisera intresse märks Göteborg och Borås.

Inom den akademiska världen har Göteborgs Universitet och Centre for Health Equity Studies (CHESS) visat intresse att följa arbetet

Folkhälsokommittén har sökt medel genom två EU-utlysningar, båda med syften som rimmar väl med intentionerna i handlingsplanen. Vid ett godkännande skulle Västra Götalandsregionens roll vara att ordna former för kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan de deltagande regionerna

7.3 Tidplan

Ambitionen med handlingsplanen är att den ska vara förankrad i Västra Götaland. En förutsättning för detta är att arbets- och referensgrupp har ett så brett kommunalt och regionalt deltagande som möjligt. Erfarenheter av arbetet med den folkhälsopolitiska policyn visar att det är ett framgångsrikt, men tidskrävande, arbete.

Handlingsplanen ska redovisas i sin helhet 2012. Delrapportering ska genomföras i form av en konferens hösten 2011.

7.4 Kostnader

Folkhälsokommittén ser i dagsläget inte något behov av resursförstärkning med anledning av uppdraget. I det kommande arbetet kan ett sådant behov eventuellt uppstå till följd av till exempel kostnader i samband med registerbearbetningar.