

PHED

precision health and
everyday democracy



RAPPORT #2

PHED-KOMMISSIONEN OM FRAMTIDEN FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN EFTER COVID-19

ALLMÄN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD
FÖR EN VERKLIG FRAMTID

BASERAD PÅ OFFENTLIGA SEMINARIER SOM
HÅLLITS MARS - JUNI 2021

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	4
1. ATT ANPASSA HÄLSOINFORMATION TILL EN MÅNGSKIFTANDE BEFOLKNING	6
2. ATT BYGGA EN FUNGERANDE OFFENTLIG HÄLSOSFÄR	8
4. ETT FOLKLIGT ENGAGEMANG FÖR BÄTTRE HÄLSA	13
5. EN VÄG MOT ALLMÄN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	15
6. ATT FÖRSTÅ EXKLUDERING FRÅN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	17
7. GOD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD KRÄVER ENHETLIGT BESLUTSFATTANDE	19
SLUTSATSER	21
BAKGRUND TILL PROJEKTET	23
SYFTE OCH METODOLOGISKA UTGÅNGSPUNKTER	24

SAMMANFATTNING

Den här rapporten ger en sammanfattning av de seminarier som organiserades under våren 2021 av PHED-Kommissionen för framtiden för hälso- och sjukvården efter covid-19, som bjöd in till vittnesmål från hälso- och sjukvårdspersonal, tjänstemän, tankesmedjor, forskare, civilsamhället och andra intresserade parter baserat på de erfarenheter de fått och lärt sig av under pandemin. De vittnesmål som framfördes kom från många olika geografiska platser och många olika nivåer, vilket gjorde dem relevanta både för Sverige och globalt. De fastställer flera centrala rekommendationer för att skydda och förbättra folkhälsan. Dessa rekommendationer både kompletterar och i hög grad utökar de rekommendationer som togs fram i den första rapporten, som var mer fokuserad på Sverige ("Ojämlighet i samhället gör oss sårbara för pandemier") och baserad på vittnesmål från hösten 2020, och som kan nås via: <https://phed.uni.mau.se/>. Den stora mängd erfarenheter som sammanfattas här går långt utöver pandemiperioden och tillhandahåller idéer och praktisk vägledning för att skydda och stärka människors hälsa så att den blir mer motståndskraftig inför framtida kriser.

SJU HUVUDREKOMMENDATIONER:

1. ATT ANPASSA HÄLSO-INFORMATION TILL EN MÅNGSKIFTANDE BEFOLKNING

- a. Tillhandahålla översättningar av hälsoinformation på språken som används av dem som behöver den informationen.
- b. Tillhandahålla hälsoinformation på ett flertal platser för att underlätta tillgängligheten.
- c. Hälsoinformation bör vara anpassad till de behov som en mångskiftande befolkning har och ta hänsyn till deras levnadsvillkor.
- d. Samverka med en mångskiftande befolkning för att förstå hur och var de bäst kan få tillgång till hälsoinformation.

2. ATT BYGGA EN FUNGERANDE OFFENTLIG SFÄR FÖR HÄLSA

- e. Öka kommunikationen från staten till allmänheten för att hantera allmänhetens farhågor och begränsa spridningen av felaktig information.
- f. Involvera såväl hälso- och sjukvårdspersonal som utsatta grupper och den breda allmänheten i statlig kommunikation för att förstå och ta hänsyn till deras uppfattningar och åsikter.
- g. Effektiva informationskanaler för krissituationer behöver vara på plats i förväg, innan felaktig information sprids.
- h. Se längre än till felaktig information när det gäller orsaker till vaccinsmotstånd och andra former av motstånd mot hälsoåtgärder, genom att tala med en mångskiftande befolkning.

3. HÄLSANS SOCIALA BESTÄMNINGSFAKTORER

- i. Att ta itu med hälsans sociala bestämningsfaktorer är helt nödvändigt för att på ett effektivt sätt gå i riktning mot rättvis jämlikhet i hälsa.
- j. Säkerställa att individer har tillgång till bostad, socialtjänst och ekonomiskt stöd.

4. ETT FOLKLIGT ENGAGEMANG FÖR BÄTTRE HÄLSA

- k. Använda sig av betrodda människor för att inkludera marginaliserade grupper i hälso- och sjukvården.
- l. Involvera målgruppen och människor eller organisationer som åtnjuter tillit för att anpassa och sprida information.

5. EN VÄG MOT ALLMÄN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

- m. Genomföra en modell för allmän hälso- och sjukvård, för att se till att alla, oberoende av medborgarskapsstatus, har möjlighet att få tillgång till ett omfattande hälso- och sjukvårdssystem.
- n. Genomföra ett finansieringssystem för att uppnå allmän hälso- och sjukvård som säkerställer att hälso- och sjukvård inte orsakar ekonomiska svårigheter för individer.
- o. Genomföra hälsopolitik som omfattar alla i samhället oberoende av genus, ras, klass, sexuell läggning, uppehållstillstånd och andra relevanta kategorier.

6. ATT FÖRSTÅ EXKLUDERING FRÅN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

- p. Använda ett intersektionellt ramverk för att ta itu med strukturella ojämlikheter och exkludering.
- q. Åtgärda de praktiska barriärer som hindrar individer från att söka hjälp och få vård.
- r. Ett intersektionellt synsätt kräver att man arbetar med individer och samhällsgrupper för att förstå de hinder de står inför, till skillnad från ett "top-down"-antagande om vad som definierar exkludering.

7. GOD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD KRÄVER ENHETLIGT BESLUTFATTANDE

- s. Staten behöver ta mer ansvar för hälsoeffekterna av sin politik.
- t. Fördelningen av roller och ansvar mellan olika hälsomyndigheter måste vara tydlig.
- u. Finansiell granskning av politiska åtgärder behöver innefatta de ekonomiska fördelarna med allmän hälso- och sjukvård.

1. ATT ANPASSA HÄLSOINFORMATION TILL EN MÅNGSKIFTANDE BEFOLKNING

Ett betydande hinder för allmän hälso- och sjukvård som togs upp av många av dem som vittnade under den andra Kommissionen var det problem som uppstår när hälsoinformation förmedlas och utformas på ett sätt som inte tar hänsyn till dem som behöver följa den. Misslyckandet med att anpassa hälsoinformation till en mångskiftande befolkning drabbar särskilt marginaliserade grupper som redan är utsatta för samhällsliga hinder vad gäller ras, genus, sexuell läggning, klass och uppehållstillstånd. Svagheter i fråga om förmedling och utformning av hälsoinformation undergräver också befolkningens hälsa i stort.

REKOMMENDATIONER:

- Tillhandahålla översättningar av hälsoinformation på språken som används av dem som behöver den informationen.
- Tillhandahålla hälsoinformation på ett flertal platser för att underlätta tillgängligheten.
- Hälsoinformation bör vara anpassad till de behov som en mångskiftande befolkning har och ta hänsyn till deras levnadsvillkor.
- Samverka med en mångskiftande befolkning för att förstå hur och var de bäst kan få tillgång till hälsoinformation.

Under covidpandemin noterade flera talare att hälsoinformation ofta inte var tillgänglig på ett språk som förstods av alla som var i behov av den vägledningen. Som Stefanos Spaneas nämnde, gällande hans erfarenheter från flyktingförläggningen i Kokkinotrimithia på Cypern, är engelska inte första språk för människorna på centret. Översättningar måste göras tillgängliga, särskilt när det handlar om hälso- och sjukvårdstermer. Dessutom kommer hälsoinformation att behövas på ett flertal språk så att människor lättare kan förstå vad som förväntas av dem. Detta gäller inte bara människor som bor i flyktingförläggningar utan även marginaliserade grupper överlag. Hindren för att förmedla väsentlig hälsoinformation går utöver språk, och talare pekade på vikten av hur information distribueras. Som Johanna Saunders, senior rådgivare på Svenska Röda korset, påpekade:

“ [...] vi har sett när det gäller information ... om viruset, om hur man kan skydda sig från viruset, hur man får tillgång till testning och hälso- och sjukvård [och] så vidare, all den mycket väsentliga informationen har varit begränsad när det gäller språk. [Det är] svårt att få information på ett språk som man kan förstå och sen är kanalerna

för hur informationen sprids [också begränsade], om den bara är skriftlig eller om den bara är digital.”

Alyna Smith, ”Senior Advocacy Officer” vid PICUM (Plattform för internationellt samarbete kring papperslösa migranter), höll med Johanna och varnade för att ojämlikheter inte bara existerar i fråga om tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster utan förekommer redan vid tillhandahållandet av hälsoinformation:

“ Papperslösa har mycket begränsad möjlighet att få tillgång. [...] det gäller inte bara hälso- och sjukvårdstjänster utan det gäller också hälsoinformation.”

Lisa Bowleg, professor vid George Washington University och expert på ojämlikheter i hälsa, redogjorde för problemen med sättet som information sprids på och som missgynnar människor på grund av befintliga orättvisa sociala ojämlikheter, omfattande genus, ras, klass, sexuell läggning och uppehållstillstånd. Hon påpekade att information sprids genom kanaler för de privilegierade, så att bara människor med datorer eller tillgång till internet kan få informationen. Kanaler för de privilegierade och det faktum att information inte är tillgänglig på andra språk gör det svårt för människor att sprida informationen.

Alyna Smith föreslog att i stället för att lägga upp information på nätet och anta att alla har tillgång till den där, måste hälso- och sjukvårdspersonal och andra myndigheter vara proaktiva genom att placera informationen på platser dit människor går och ha informationen synlig där dessa marginaliserade individer befinner sig.

Det faktum att hälsoinformation inte var tillgänglig för vissa delar av samhället under pandemin gjorde det svårt för dem att anpassa sig till de covid-19-rekommendationer och restriktioner som införts.

Utöver att se till att hälsoinformation är tillgänglig, är det nödvändigt att den skraddarsys så att individer kan förstå den. Några av talarna varnade för att det inte var möjligt för marginaliserade människor att följa alla covidrestriktioner. Som Alyna Smith konstaterade:

“ [...] de rådande åtgärderna för att skydda individer från smitta är helt enkelt inte praktiskt genomförbara.”

Som Kommissionen fann i sin första rapport, utgör levnadsvillkor ett av hindren för människor att följa hälsoinformation och förklarar varför vissa delar av befolkningen har varit särskilt utsatta för pandemin. Trångboddhet och en osäker arbetssituation har ibland gjort det omöjligt att upprätthålla social distansering, till exempel. Under seminarierna som utgör underlaget för denna andra rapport, nämnde Alyna Smith:

“ [...] vi har människor som bor i läger, i frihetsberövande miljöer, vi har migrantarbetare i vissa länder som bor i informella boställningar och under extremt dåliga förhållanden, människor i flyktingförläggningar, vi har människor som sover utomhus och vi har människor som helt enkelt bor på ett sådant sätt att det är mycket svårt för dem att följa riktlinjer om social distansering och så vidare.”

Johanna Saunders höll med Smith om att bristen på säkra bostäder gjorde det extremt svårt för de hårdast drabbade att följa hygienrekommendationerna och skydda sig själva mot smitta.

Förutom levnadsvillkor, utgör arbetet en annan barriär för människor som hindrade dem från att kunna följa restriktionerna som gällde för covid-19. Som Alyna Smith också nämnde:

“ Vi har även [...] situationer [...] där människor måste fortsätta arbeta eftersom det antingen visar sig att de utför livsviktigt arbete, för ekonomier och för samhällen, [eller] det visar sig att arbetet är mycket viktigt men har historiskt varit djupt undervärderat och att de måste fortsätta arbeta i vissa fall [...] därför att de måste överleva, därför att de som papperslösa inte är berättigade till inkomstskydd. Så om de förlorar sitt jobb eller slutar arbeta, har de inte längre något att leva av.”

Enligt Johanna Saunders har gällande restriktioner påverkat marginaliserade grupper i oproportionerligt hög grad:

“ Vi har de vanliga åtgärderna, som reseförbud, rekommendationer och regler när det gäller fysisk distansering, nedstängning och nedläggning av företag och olika sorters kollektivtrafik, och alla de åtgärderna påverkar naturligtvis oss alla [...], men vi kan se att vissa av dem påverkar migranter, och i synnerhet migranter i en utsatt situation, mycket hårt.”

Erfarenheter från pandemin visar på ett flertal svaga länkar inom den kedja som hälso-kommunikation utgör, eftersom de specifika frågorna om språkliga hinder, kommunikationskanaler och hur information kan anpassas till en mångskiftande befolkning, är relevanta även oberoende av pandemin. För att förstå hur hälsoinformation kan både förmedlas och utformas bättre för en mångskiftande befolkning, är det nödvändigt att se till att det finns möjligheter till återkoppling och engagemang från marginaliserade grupper och därmed minska risken för misslyckad kommunikation.

Det är viktigt att inte låta pandemikrisen vara en ursäkt för bristande samråd med marginaliserade grupper, eftersom de allmänna problem som talarna tog fasta på både var beständiga och återspeglade mer långsiktiga strukturella exkluderingar som inte orsakades av själva pandemin. De som vittnade påpekade ofta vikten av välutformad hälsoinformation som är lyhörd för den avsedda målgruppens behov av allmän hälso- och sjukvård. Till och med i Sverige, med en avancerad välfärdsbaserad modell för tillhandahållande av hälso- och sjukvård, utgjorde de ofta förekommande hindren för tillgång till hälso- och sjukvård en varning om att allmän hälso- och sjukvård är hotad även i de rikaste staterna.

2. ATT BYGGA EN FUNGERANDE OFFENTLIG HÄLSOSFÄR

Det räcker inte att individer har tillgång till hälsoinformation. För att öka efterlevnaden är det nödvändigt att informationen ses som tillförlitlig. Falsk information har spelat en avgörande roll under covid-19-pandemin. Den ökade användningen av internet, och i synnerhet sociala medier, gör det lättare för felaktig information att spridas, vilket orsakar trovärdighetsproblem. Att involvera allmänheten mer när hälsoinformation förmedlas kan hjälpa till både med att bekämpa problemen som uppstår när felaktig information sprids och med att göra åtgärder mer anpassade till de behov och realiteter som allmänheten står inför. Båda dessa aspekter kommer i slutändan att bidra till att bygga en fungerande offentlig sfär för hälsa som stödjer allmän hälso- och sjukvård.

REKOMMENDATIONER:

- e. Öka kommunikationen från staten till allmänheten för att hantera allmänhetens farhågor och begränsa spridningen av felaktig information.
- f. Involvera såväl hälso- och sjukvårdspersonal som utsatta grupper och den breda allmänheten i statlig kommunikation och förstå och ta hänsyn till deras uppfattningar och åsikter.
- g. Effektiva informationskanaler för kris-situationer behöver vara på plats i förväg, innan felaktig information sprids.
- h. Se längre än till felaktig information när det gäller orsaker till vaccinetstånd och andra former av motstånd mot hälsoåtgärder, genom att tala med en mångskiftande befolkning.

Under sitt anförande nämnde Alyn Smith att:

“Det finns ett enormt problem med desinformation eller felaktig information i samband med pandemin som kan utnyttjas av dem som tjänar på den.”

Felaktig information kan inte bara användas av det här skälet, utan felaktig information kan också leda till minskat förtroende för regeringar och experter som utnämns av regeringen. Överlag har pandemin inneburit att polariserade attityder har utvecklats kring värdet av medicin- och folkhälsovetenskap och hälso- och sjukvårdssystem. Fastän många fortfarande förstår värdet av vetenskapsbaserade politiska åtgärder, innebar politiseringen av vaccinations- och hälsorekommendationerna att förtroendet sjönk, vilket gjorde det svårare att rädda liv.

Sociala medier spelar en stor roll när det gäller att sprida felaktig information. Detta är ett delvis nytt fenomen, eftersom sociala medier inte existerade i så stor utsträckning som nu under tidigare pandemier. Lisa Bowleg kunde se att den ökande användningen och betydelsen av sociala medier i vardagslivet verkligen har ökat människors misstro mot experter.

Brett Craig, rådgivare när det gäller acceptans och efterfrågan av covid-19-vaccin för Världshälsoorganisationens regionala kontor för Europa, konstaterade:

“En av utmaningarna har varit [...] att nyhetsmedier eller sociala medier och till och med vilseledande information ofta kan översättas och spridas snabbare än officiell information kan översättas till olika språk och göras tillgänglig, så vilseledande information nådde ibland vissa befolkningsgrupper mycket snabbare än officiell information som publicerades.”

Ytterligare problem uppstod när vilseledande information till och med nådde hälso- och sjukvårdspersonal snabbare än den officiella statliga informationen gjorde. Detta var fallet särskilt i fråga om information om vaccinerna, i synnerhet deras säkerhet och effektivitet, and orsakade mycket vaccinetstånd, till och med bland hälso- och sjukvårdspersonal. Mahama Tawat, forskare vid Malmö universitet och universitetet i Montpellier, hävdade att på grund av den hastighet med vilken nyheter kan färdas på nätet och på sociala medier kan felaktig information spridas fortare än vanliga nyheter, speciellt när det faktiskt inte finns någon kontroll.

Brett Craig höll med om att detta är en problematisk situation men såg också en möjlig lösning:

“Så en händelse på en plats kan påverka användningen [av vaccinet] i andra länder också. Så givet dessa unika situationer är detta en särskilt betydelsefull tid när ett samordnat och kraftfullt svar på säkerhetssignaler när det gäller vaccin, och att utbilda allmänheten för att bemöta dessa uppfattningar, aldrig har varit viktigare, så att kommunicera tydligt med allmänheten och ta upp de här farhågorna är mycket viktigt.”

Regeringar eller hälsomyndigheter var inte beredda på att ta sig an de uppfattningar och tveksamheter som uppstod bland allmänheten. Följaktligen reagerade de utan att förstå nyanserna eller komplexiteten i befolkningens vaccinsmotstånd. Brett Craig bedömde det som nödvändigt att inte bara involvera hälso- och sjukvårdspersonal utan också engagera befolkningen i allmänhet, och speciellt utsatta grupper, för att förstå hur olika mediala källor påverkar den allmänna opinionen, men också hur media och den information som dessa grupper får påverkar deras uppfattningar om och avsikter att låta vaccinera sig eller inte.

Mahama Tawat delade Brett Craigs syn att mängden falska nyheter och felaktig information kan ses som en av de främsta orsakerna till vaccinsmotstånd. Han beskrev det så här:

“Denna tsunami av information, vilseledande information, rykten, som innebar ett avbrott i regeringarnas åtgärder. Till den grad att falska nyheter eller vilseledande information och så vidare faktiskt har betraktats som en av de främsta orsakerna till vaccinsmotstånd, vilket i sig självt är ett av de största hoten mot global hälsa, enligt [Världshälsoorganisationen].”

Som en möjlig lösning på problemet med falsk information och de ytterligare problem som den för med sig, argumenterade både Brett Craig och Mahama Tawat för behovet av effektiva planer för kriskommunikation som måste finnas på plats innan felaktig information sprids, planer som anger tydliga kommunikationskanaler liksom kommunikationstekniker som är lämpliga för målgrupperna.

Brett Craig förklarade att:

“[...] det är viktigt för länder att ha sin plan för kriskommunikation för att aktivt kunna svara på händelser relaterade till vaccinsäkerhet, att ha förberett nyckelbudskap gällande situationen

och att bygga förtroende bland sina befolkningar, vilket, återigen, är en av de viktigaste sakerna när det handlar om att bekämpa vilseledande information.”

Som ett tillägg till detta konstaterade Mahama Tawat följande:

“[...] att förbättra kriskommunikation verkar vara en mycket viktig fråga, vilket på något sätt är logiskt, givet att [...] falska nyheter, informationsoreda, i dag ses som en av de huvudsakliga kausala faktorerna när det gäller vaccinsmotstånd [...].”

Samtidigt var det uppenbart att det inte räcker att tillhandahålla bättre och mer information. Lee Jones från Queen Mary University i London menade:

“Jag tror [inte] att det alls är till hjälp att tänka på [vaccinsmotstånd] som en informationsbrist, för ofta handlar det inte alls om desinformation, ibland är det något djupare än det.”

Lee Jones slog, viktigt nog, ett slag för ett bredare perspektiv, som erkänner, menade han, att regeringar själva ibland deltog i framtagandet av falsk information. Enligt Jones gav många europeiska regeringar, inklusive Storbritannien, motsägelsefull information under pandemin som omfattade meddelandehantering som var uppenbart avsedd att avleda allmänhetens uppmärksamhet från deras dåliga hantering av pandemin. Sådana incidenter skulle kunna ses som en del av en mer omfattande politisering av expertisen som ägt rum under pandemin, där polariserade sidor noga valde ut vetenskaplig expertis som skulle passa deras privata mål. Givet den kontexten var Jones särskilt orolig för att pandemin utgjorde en förevändning för att demonisera människor, och slog fast:

“Vi behöver tänka politiskt och sociologiskt kring varför vissa grupper i samhället är tveksamma [till vacciner] och inte bara skylla på för lite information eller falska nyheter och så vidare. Och det andra är att erkänna att vaccinsmotstånd inte är en irrationell eller dårlig inställning, för det finns en hel rad anledningar till att människor har den inställningen.”

Enligt Jones förbisåg uppmärksamheten på behovet av mer information, under de första viktiga

faserna av vaccindistributionen, anledningen till att centrala delar av befolkningen misstror politiker och andra ur eliten, med särskilt lågt förtroende bland de grupper som historiskt har varit mest förföljda av eliten. Där en brist på tillit visade sig vara ett hinder för att hantera pandemin, behöver orsakerna till den följaktligen ses som något som går utöver hälso- och sjukvårdspolitik och kopplas till mycket större strukturella frågor relaterade till ekonomisk välfärd och ställning i samhället.

Med tanke på hur viktigt det är med tillit, som framgått av vittnesmålen som sammanfattats här rörande pandemin och vaccindistribution, är det uppenbart att samhällelig samhörighet och tilltro till vårdgivare är en betydande faktor när det gäller att avgöra effektiviteten i försöken att uppnå allmän hälso- och sjukvård. Snarare än att se detta som en toppstyrd kommunikationsprocess som måste förbättras, pekar mångfalden av strukturella orsaker till individers och grupper misstro mot hälso- och sjukvården på behovet av en process som utmärks av tvåvägskommunikation. På samhällsvetenskapernas språk kan detta formuleras om som en "offentlig sfär".

En offentlig sfär är det utrymme, omfattande radio och TV och tidningar såväl som skolor och samtal mellan vänner, genom vilket individer kollektivt diskuterar de föreställningar och tankar som förenar de som samhälle. Enligt vetenskapen är tanken att en levande (dvs. regelbundet kommunicerande) offentlig sfär innebär ett starkare och mer stabilt samhälle. Vaccinmotstånd, men även, vilket är ännu viktigare, polarisering kring vacciner, visar på ett avbrott i den offentliga sfären. Det för oss bort från tanken att vaccinmotstånd endast beror på dem som vägrar att ta sprutor, till att titta på rollen som de medlemmar ur eliten har som inte lyssnar på och har kontakt med allmänheten. Likaså ser vi också, som konstaterats under pandemin, incidenter där högt uppsatta personer avsiktligt ger allmänheten felaktig information för sin egen vinnings skull. Naturligtvis är det, som vittnesmålen antyder, kanske inte specifikt för frågan om vaccin men skulle kunna vara ett resultat av bredare och mer långsiktiga problem som inte kan lösas så lätt under en hälsokris.

Om vi vänder oss mot framtiden, kan vi säga att allmän hälso- och sjukvård kräver förståelse för att hälsa inte är något som är åtskilt från andra sociala frågor och att det, för att uppnå de nivåer av tillit som behövs för att förbättra människors välbefinnande, är nödvändigt att stärka den offentliga sfären. I klartext: en levande offentlig sfär är inte bara en sfär där människor pratar mycket men också en där de lyssnar på varandra. Utbildning, icke-polariserande medier och politiker som ser längre än till att demonisera motståndare är därför huvudingredienser för att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård.

3. HÄLSANS SOCIALA BESTÄMNINGSFAKTORER

Hälsans sociala bestämningsfaktorer var ett återkommande ämne under seminarierna. Det är de sociala faktorer som påverkar hälsoutfall, till exempel utbildning, inkomst, yrke, bostad, tillgång till vatten och sanitet och sociala nätverk. Som pandemin har visat, är dessa faktorer centrala för att uppnå allmän hälso- och sjukvård.

REKOMMENDATIONER:

- i. Att ta itu med hälsans sociala bestämningsfaktorer är helt nödvändigt för att på ett effektivt sätt gå i riktning mot rättvis jämlikhet i hälsa.
- j. Säkerställa att individer har tillgång till bostad, socialtjänst och ekonomiskt stöd.

De som avgav vittnesmål var eniga om att för att förbättra människors hälsa och minska ojämlikheter behöver dessa sociala bestämningsfaktorer tas hänsyn till. Alyna Smith slog fast:

“WHO:s Europakontor definierar faktiskt inte rättvis jämlikhet i hälsa bara i termer av hälso- och sjukvårdstjänster, utan också i termer av en säker inkomst och socialt skyddsnät, vidare i termer av levnadsvillkor, i termer av socialt och mänskligt kapital, i termer av anställning- och arbetsvillkor.”

Denna tanke delades av Dipak Surie från Malmö universitet:

“[...] utbildning, yrke, inkomst, det är extremt viktiga sociala bestämningsfaktorer för hälsan. Så vi behöver förstå den rollen, om vi vill göra någonting för att uppnå rättvis jämlikhet i hälsa i någon mån.”

Enligt Terje Eikemo, ledare för CHAIN (Centrum för forskning kring globala ojämlikheter i hälsa) i Norge, spelar utbildning en central roll eftersom den också påverkar andra sociala faktorer. Till exempel påverkar föräldrarnas utbildning deras barns hälsoutfall genom följande samband:

“[...] mer utbildning innebär bättre tillgång till vaccinering, till rent vatten, till sanitet, mat, bostad, hälso- och sjukvård.”

En viktig aspekt som lyftes fram av många av de närvarande var att hälsans sociala bestämningsfaktorer samverkade med covid-19-pandemin. Å ena sidan var människor med sämre

sociala villkor mer utsatta för viruset. Å andra sidan orsakade pandemin i sig en försämring av många människors socioekonomiska ställning.

Det finns många skäl till att människor med sämre sociala villkor är mer utsatta för covid-19. Ett av dem är bostadsproblemet, som Johanna Saunders betonade:

“En av sakerna [det handlar om] här är bristen på bostäder, trygga bostäder. Självklart är det mycket svårt att skydda sig själv mot smitta om man inte kan följa rekommendationerna, hygienrekommendationerna, och det är mycket svårt att göra om man inte har en trygg bostad.”

Detta är något som även Henry Ascher, läkare och professor vid Göteborgs universitet, är medveten om och han tog också upp frågan om yrkesarbete:

“Vi kan se att människor [som] lever i socioekonomiskt utsatta situationer har en ökad mottaglighet för covid-19, eftersom de, i hög utsträckning, inte kan isolera sig eller arbeta hemifrån.”

Försämringen av den socioekonomiska ställningen orsakad av pandemin hängde delvis ihop med att människor förlorade sina jobb på grund av nedstängningar och restriktioner. Flera deltagare betonade att migranter har påverkats i särskilt hög grad, både på grund av deras osäkra arbetssituation och på grund av bristen på skyddsnät om de förlorar sina jobb. Som Johanna Saunders konstaterade angående Sverige:

“[...] många har påverkats av inkomstbortfall, naturligtvis på grund av nedstängningarna, att många som kanske har haft något slags arbete, anställning, har förlorat sin chans till arbete och sedan förlorat sin inkomst [...]. Kopplat till det är tillgången till service, att vi ser att ekonomiskt stöd, från socialtjänsten eller andra myndigheter, också är begränsat. Man kanske förlorar sin inkomst men man får inte ens ekonomiskt stöd från myndigheter eller andra ställen.”

Jozef Bartovic från Världshälsoorganisationens regionkontor för Europa, förklarade att under pandemin blev det svårare att få uppehållstillstånd i europeiska länder, och på grund av att de förlorat sina arbeten har några migranter rört sig från legal till icke-legal status. Att befinna sig i en ännu mer osäker situation vad gäller uppehållstillstånd har försatt dessa individer i en totalt sett försämrad situation. Rättslig status är en erkänt viktig social bestämningssfaktor för hälsa som samverkar med de andra bestämningsfaktorerna, menade Bartovic:

“ Vi har också sett effekten på rättslig status, som ofta är en bestämningsfaktor för tillgång till hälsa. [...] Alla dessa faktorer [ekonomisk status, rättslig status, socialt skyddsnät] hänger ihop och har haft inverkan på migranternas fysiska och psykiska hälsa och deras tillgång till tjänster och sociala bestämningsfaktorer för hälsan också, såsom inkomst, tillräckligt med mat och tak över huvudet.”

I sådana fall är det bara individernas migrantstatus som har gjort att allvaret i den situation som påverkade, och fortsätter att påverka och skada, en betydande del av befolkningen, inte har fått större politisk uppmärksamhet. Om sådana individer ses som en del av befolkningen så är omfattningen av krisen som orsakas av osäker rättslig status mycket tydligare och undergräver i hög grad allmän hälso- och sjukvård.

Hälsans sociala bestämningsfaktorer spelade också en viktig roll i förhållande till vaccinationsprogrammen mot covid. Som Terje Eikemo förklarade, har människor med högre inkomst, högre utbildningsnivå och sociala nätverk haft större chanser att vara först i kön för att få tillgång till vaccinet. Migranter å andra sidan hindras ofta från att få tillgång till vaccinet av de juridiska och sociala hinder för hälso- och sjukvård som nämnts ovan.

Kort sagt visar hälsans sociala bestämningsfaktorer att det inte räcker att hantera pandemin ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, utan det är också viktigt att ta hänsyn till de andra faktorer som gör människor utsatta för viruset. För Johanna Saunders var det nödvändigt att:

“ [...] säkerställa att alla migranter, oberoende av rättslig status, inkluderas i lokala och nationella åtgärder mot covid-19 och att de får

tillgång till dessa grundläggande tjänster, som bostad och hälso- och sjukvård och så vidare. Det är den huvudsakliga rekommendationen. [...] Om vi har människor som utestängs från vissa saker, socialtjänst och så vidare, så påverkar det deras hälsotillstånd liksom deras möjlighet att faktiskt få vård. Så en sak är hälso- och sjukvård och – när det gäller pandemin – testning och vacciner och så vidare; det andra är tillgång till andra grundläggande behov av att få hjälp och leva och överleva. [...] Ytterligare en sak [är] att alla borde kunna få ekonomiskt stöd.”

Pandemin har visat att om delar av befolkningen berövas grundläggande tillgång till bostad, socialtjänst och ekonomiskt stöd så undergräver det hälsan generellt, liksom det begränsar de individernas möjlighet att leva hållbara liv. För att allmän hälso- och sjukvård ska bli en realitet, är det ohållbart att dessa grundläggande sociala behov förblir ouppfyllda. Med tanke på denna slutsats som kan dras av vittnesmålen om hälsans sociala bestämningsfaktorer, är det viktigt att inse vad den nuvarande situationen innebär, där många samhällen nu står inför en bostadskris som hänger ihop med den roll som bostäder spelar inom spekulativa marknader, liksom en politik som stödjer en generell försämring vad gäller socialtjänst och ekonomiskt stöd. Medan sådana utvecklingar kan sägas återspegla bredare ideologiska trender, behöver förespråkare för allmän hälso- och sjukvård uppenbarligen plädера för att sociala insatser spelar en nyckelroll för människors välbefinnande.

4. ETT FOLKLIGT ENGAGEMENT FÖR BÄTTRE HÄLSA

Många av dem som vittnade såg covid-19-tragedin som en möjlighet att agera i avsikt att förbättra människors välbefinnande – inte bara på nationell och internationell nivå, men också på medborgarnivå. Engagement i lokalsamhällen kan vara ett sätt att komma till rätta med många av de problem som uppkommer i samband med ojämlikheter i hälsa. Lokalt engagement kan förekomma i många olika former men omfattar ofta betrodda källor. Detta kan vara källor som marginaliserade grupper litar på, men också hälso- och sjukvårdspersonal.

REKOMMENDATIONER:

- k. Använda sig av betrodda människor för att inkludera marginaliserade grupper i hälso- och sjukvård.
- l. Involvera målgruppen och människor eller organisationer som åtnjuter tillit för att anpassa och distribuera information.

Flera av dem som vittnade påpekade att covid-19-pandemin skapade en känsla av att ”vi är alla i det här tillsammans”. Det är emellertid, som Lisa Bowleg hävdade, viktigt att inte ta detta för givet, och hon sa:

“För när man lever i ett samhälle där ojämlikhet är en del av själva strukturen, finns det sätt på vilka befolkningsgrupper kommer att bli oproportionerligt påverkade och där det inte finns någon känsla för detta kollektiva ’vi’.”

Emil Øversveen, forskare på CHAIN (Centrum för forskning om globala ojämlikheter i hälsa) menade att covid-19-pandemin i alla fall har visat vad som är möjligt på lokalsamhällsnivån. Han beskrev situationen genom att säga:

“Jag tycker att en positiv aspekt, som jag ser det, av covid-19 [...] pandemin, även om det verkar paradoxalt att tala om några positiva konsekvenser alls av något sådant, är att en av de saker som den åtminstone gjorde var att visa den potential som samhälleligt och kollektivt och politiskt handlande har. [...] Vad covid-19 verkligen visade genom vad som var nödvändigt för oss alla är att en mängd saker verkligen är möjliga, om man bara har den politiska förmågan och den politiska viljan att faktiskt handla. Hanterandet av pandemin har sannerligen visat på den kollektiva kraft som inte bara finns på statlig nivå utan också på gruppnivå, som en samhällsgemenskap.”

Lokalsamhällsbaserade organisationer har kunskapen om att arbeta tillsammans med grupper

av människor som inte har eller inte kan skaffa sig tillgång till vanlig hälso- och sjukvård, och därigenom ger de en god möjlighet att inkludera dessa människor i hälso- och sjukvårdssystemet och se till att de också får tillgång till det, något som Alyn Smith argumenterade för.

Dessutom beskrev Robert Yates, direktör för det Globala hälsoprogrammet vid tankesmedjan Chatham House, vikten av att verka på lokalsamhällsnivå genom att säga:

“Man behöver förstå vilken sorts hinder som finns, och varför människor inte kommer till hälso- och sjukvården. Detta är, återigen, anledningen till att engagement på lokalsamhällsnivå är så viktigt. Lokalt engagement och marknadsföring på lokal nivå är verkligen så viktigt för att förstå varför människor inte kommer. Om det behövs extra incitament för somliga grupper, så var beredd på det.”

Han poängterade också att sådana insatser ofta är mer framgångsrika på lokal eller lokalsamhällsbaserad nivå.

I samband med den här frågan, konstaterade Johanna Saunders:

“Jag tror att [det] är vår roll som civilsamhälle att bidra till att tillgodose utsatta gruppers behov och att bidra till en utveckling i samhället som inkluderar [marginaliserade] människor.”

Under seminarierna kom vittnesmål från två samhällsbaserade projekt som försöker främja hälsan inom marginaliserade grupper. Forskarna Margareta Rämgård och Rathi Ramji vid Malmö universitet är involverade i projektet Jämlik hälsa - hälsofrämjande innovation i samverkan i Lindängen. Projektet använder en metod som kallas Samhällsbaserad deltagarorienterad forskning (Community-based participatory research, CBPR), där individer från ett bostadsområde

eller lokalsamhälle är engagerade från början i utformningen och genomförandet av forskningen.

Margareta Rämngård diskuterade att:

“Även om ojämlikheter och sociala klyftor inom och mellan bostadsområden kan ge upphov till ohälsa, så är tillgångar som solidaritet och ömsesidig tillit och sociala nätverk erkända skyddsfaktorer som skulle kunna främja hälsa och välbefinnande. Hälsofrämjande handlar därför om att ge de boende egenmakt och att stödja sammanhang och aktiviteter som bygger tillit och stärker sociala relationer”.

Rathi Ramji lyfte fram rollen som personer anställda som hälsofrämjare har inom lokalsamhällen. Hälsofrämjarna var personer som fungerade som medborgarkommunikatörer under pandemin, och som ofta själva kom från lokalsamhällena och sedan fick utbildning i grundläggande information om hälso- och sjukvårdssystemet och hälsovägledning. De kunde bygga tillit bland de marginaliserade grupper som de arbetade med och kunde skapa sammanhang som var anpassade för de aktiviteter som organiserades som en del av projektet. Margareta Rämngård förklarade vilken roll hälsofrämjande har genom att säga:

“Hälsopromotion och CBPR-intervention[er] som stödjer hälsa, stödjer en marginaliserad befolkning som är mer utsatt för pandemin på grund av levnadsvillkor, språk och [användningen av allmänna] transport[medel].”

Henry Ascher, som är en av grundarna till Rosengrenska stiftelsen i Angered, Göteborg, arbetar med ett projekt som liknar det i Lindängen. I det projektet arbetar de med kulturförmedlare som har en liknande roll som hälsofrämjarna i Lindängen. Dessa förmedlare spelade en viktig roll när det gällde att underlätta vaccinering av svårnåbara och utsatta grupper. Han menade:

“Jag tycker att en viktig slutsats är att involvera målgruppen och betrodda människor eller organisationer i att anpassa och distribuera adekvat information.”

Baserat på de relevanta vittnesmål som framförts, kan det sägas att allmän hälso- och sjukvård inte kan åstadkommas med hjälp av enbart toppstyrning utan kräver verkligt och varaktigt samarbete med olika samhällsgrupper. Som de

ovan beskrivna exemplen visade, är det mest effektiva sättet att arbeta med samhällsgrupper att hitta individer som åtnjuter förtroende och involvera dem på ett tidigt stadium i projektutveckling eller genomförandet av politiska åtgärder. Detta kan förefalla paradoxalt med tanke på att allmän hälso- och sjukvård tycks innebära ett behov av ett enda samlat tillvägagångssätt, men i praktiken är det mycket mer sannolikt att ett annat tillvägagångssätt är framgångsrikt, ett tillvägagångssätt som går ut på att införa allmän hälso- och sjukvård via små projekt på lokal nivå där centrala medlemmar av lokalsamhället kan engageras och som människorna där kan känna förtroende för.

5. EN VÄG MOT ALLMÄN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

En generell fråga som framkom under samtliga seminarier, och som lyftes av en mängd talare, var behovet av allmän hälso- och sjukvård. Detta innebär att alla ska omfattas av hälso- och sjukvårdssystemet, inklusive papperslösa migranter och flyktingar. Det kräver både att man hittar sätt att finansiera ett sådant omfattande system och att man övervinner politiskt motstånd där inflytelserika individer ofta fruktar att en sådan åtgärd är orättvis om inte alla betalar lika mycket. Som framgått av de tidigare avsnitten, gör de utmaningar och svårigheter som vi stått inför under hanteringen av covid-19-pandemin behovet av allmän hälso- och sjukvård akut och brådskande.

REKOMMENDATIONER:

- m. Genomföra en modell för allmän hälso- och sjukvård, för att se till att alla, oberoende av medborgarskapsstatus, har möjlighet att få tillgång till ett omfattande hälso- och sjukvårdssystem.
- n. Genomföra ett finansieringssystem för att uppnå allmän hälso- och sjukvård som säkerställer att hälso- och sjukvård inte orsakar ekonomiska svårigheter för individer.
- o. Genomföra en hälsopolitik som omfattar alla i samhället oberoende av genus, ras, klass, sexuell läggning, uppehållstillstånd och andra relevanta kategorier.

Robert Yates gav följande definition av allmän hälso- och sjukvård, en definition som speglar ett gemensamt perspektiv som stöds av flera av de andra som vittnade inför Kommissionen:

Alla människor får den kvalitetsvård de behöver utan att det innebär några ekonomiska svårigheter. Den övergripande målsättningen är att bokstavligen alla på denna planet, och det måste omfatta migranter, flyktingar, alla, får ett fullständigt utbud av hälso- och sjukvårdstjänster, från de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna, förebyggande, hälsofrämjande, botande och rehabiliterande vård [till] palliativ vård, hela utbudet av tjänster, men tillgången till dessa tjänster innebär inga ekonomiska umbäranden.”

Robert Yates menade också att covid-19-pandemin utgör en stor möjlighet för oss att genomföra ett system av allmän hälso- och sjukvård:

“ [...] trots allt hemskt vi har gått igenom, ger den faktiskt riktigt goda möjligheter att komma framåt när det gäller allmän hälso- och sjukvård... En sak som den här pandemin har visat är att vi verkligen är en mångskiftande värld, men en sak som verkligen förenar oss är att vi alla vill ha god hälsa och att vi alla vill ha god hälso- och sjukvård.”

Elli Xenou från Läkare i världen, Grekland, såg samma möjlighet, och sa:

“ Jag tycker att alla dessa budskap om allmän hälso- och sjukvård [...] illustreras mycket väl av denna covid och jag tror att nu finns den rätta drivkraften, den drivkraft som pandemin skapar, för att rycka fram.”

Flera talare klargjorde behovet av att skilja mellan ”jämlighet i hälsa” och ”rättvis jämlighet i hälsa” och hävdade att rättvis jämlighet bör vara målet. Till exempel förklarade Terje Eikemo att:

“ En viktig princip för att uppnå jämlighet [är att] vi behöver ojämlighet i fråga om tillgång och i fråga om hälso- och sjukvård, skulle man kunna säga, för så länge som hälsa beror på social status behöver vi se till att de som är fattigast och sjukast få mer behandling. Så när vi talar om rättvis jämlighet inom hälso- och sjukvård talar vi om rättvis jämlighet i fråga om behov.”

Dipak Surie påpekade vikten av att anpassa tillhandahållandet av hälso- och sjukvård till individers och samhällsgruppers specifika behov, efter att ha konstaterat att:

“ Fastän befintliga hälso- och sjukvårdssystem är tänkta att var jämlika, missar de poängen här när de försöker åstadkomma rättvis jämlighet. [...] [M]an kan inte ha en lösning för alla, man måste hitta sätt att skraddarsy sin lösning.”

En betydelsefull aspekt är att när fler personer utpekas som migranter är det viktigt att se till att de inkluderas. Jozef Bartovic påpekade att:

“ Det är inte möjligt att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård utan att det gäller flyktingar och migranter och inkludering av flyktingar och migranter.”

Bartovic betraktade också allmän hälso- och sjukvård som högsta prioritet för Världshälsoorganisationen, med fokus på att minska ojämlikheter genom att ha en inkluderande hälsopolitik.

För att förverkliga ett system med allmän hälso- och sjukvård, måste det finnas ett motsvarande finansieringssystem som kan bekosta hälsa åt alla, sa Emil Øversveen och menade att:

“Man kan ha något slags ekonomisk omfördelning och något slags allmänna hälso- och sjukvårdsinstitutioner, vilket självklart kommer att minska ojämlikheter.”

Som ett förslag till finansiering av allmän hälso- och sjukvård, redogjorde Robert Yates för huvuddragen i det han såg som:

“[...]ett hälsofinansieringssystem som bekostas enligt människors förmåga att betala, för annars kommer hälso- och sjukvårdstjänster bara att gå till rika människor. Man behöver någon sorts mekanism som innebär att de rika betalar mycket mer för hälso- och sjukvårdssystemet och tjänsterna och att de fattiga betalar i stort sett ingenting. Vad vi i själva verket talar om när det gäller allmän hälso- och sjukvård är att friska och välbärgade människor ska korssubventionera de sjuka och de fattiga [...]”

För att få det här systemet att fungera, menade Yates att:

“[...] staten måste involveras, staten måste tvinga de friska och välbärgade att subventionera de sjuka och fattiga och detta är i sin natur en politisk fråga. Det innebär att staten verkligen tar kontroll över sitt hälsofinansieringssystem som har tre huvudfunktioner, skulle man kunna säga: se till att betala för alla tjänster, på ett effektivt sätt, men också ett rättvist sätt, [så] att de rika betalar mer. Dessutom är staten involverad i att samla de resurserna [...] men därmed också i att besluta vilka tjänster som köps. [...] Så staten måste involveras ordentligt i hälsofinansieringssystemet.”

Både Terje Eikemo och Emil Øversveen varnar för att även om allmän hälso- och sjukvård införs kan ojämlikheter fortfarande finnas kvar, av andra skäl. Terje Eikemo nämner att vissa grupper skulle kunna ha mer nytta av samma behandling jämfört med andra grupper, men också att ojämlikheter kan reproduceras. Han menar att det är viktigt

att ta hand om andra sektorer än hälso- och sjukvården först för att hantera ojämlikheter i hälsa. Emil Øversveen beskriver en liknande situation, men ser kulturella skillnader vad gäller egenskaper eller kommunikation som en möjlig orsak till att samma behandling kan leda till olika resultat, och därigenom till ojämlikheter i hälsa. Till exempel prioriterar läkare ofta, när de delar ut den allra dyraste medicinska teknologin som det inte finns så gott om – till exempel hjälpmedel för självmonitorering av diabetes – patienter med högre utbildning som de ser som mer kapabla att använda sådana hjälpmedel. Sådana fall är komplexa och behöver förstås bättre för att hitta lösningar som kan säkerställa att ombesörjandet av kvalitativ hälso- och sjukvård avgörs framför allt av behov snarare än av andra faktorer.

I de vittnesmål som framfördes stod det klart att ansträngningarna för att inrätta allmän hälso- och sjukvård har fått ny fart, på grund av att de negativa konsekvenserna av det för närvarande fragmentariska globala hälso- och sjukvårdssystemet blev alltför uppenbara under pandemin. Allmän hälso- och sjukvård innebär inkludering, oberoende av samhälleliga eller politiska faktorer som annars skulle få läkare att vägra vård. Den visionen framhåller emellertid också utmaningarna, eftersom en så omfattande åtgärd snabbt inkräktar på en rad politiska ideologier som stödjer ett mindre inkluderande synsätt. Vittnesmålen som presenterades signalerade en ny optimism vad gäller möjligheten att åtminstone komma längre på vägen mot allmän hälso- och sjukvård även om de politiska utmaningarna förblir enorma, delvis därför att pandemin har visat på att den politiska kostnaden det innebär att inte införa allmän hälso- och sjukvård är ännu större än kostnaden för allmän hälso- och sjukvård och därför att den har fått några av världens rikaste stater att verka mer och mer instabila på grund av märkbara orättvisa ojämlikheter. Allmän hälso- och sjukvård kan mycket väl, fastän den fortfarande är intensivt motarbetad av somliga på ideologiska grunder, visa sig vara nyckeln till trygghet för många stater som vill kunna överleva framtida kriser.

6. ATT FÖRSTÅ EXKLUDERING FRÅN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Flera av dem som vittnade lyfte fram att för att förstå hur man ska bekämpa ojämlikheter som står i vägen för införandet av allmän hälso- och sjukvård behövs ett större fokus på strukturella frågor snarare än på individuella egenskaper. Det intersektionella ramverket ses som ett viktigt redskap för att ta itu med strukturella former av exkludering.

REKOMMENDATIONER:

- p. Använda ett intersektionellt ramverk för att ta itu med strukturella ojämlikheter och exkludering.
- q. Åtgärda de praktiska barriärer som hindrar individer från att söka hjälp och få vård.
- r. Ett intersektionellt synsätt kräver att man arbetar med individer och samhällsgrupper för att förstå de hinder de står inför, till skillnad från ett "top-down"-antagande om vad som definierar exkludering.

Under sitt anförande hävdade Lisa Bowleg att från hennes perspektiv misslyckas de flesta psykologiska och hälsobeteendeteorier med att ta sig an de sociala strukturer som formar människors hälsa:

“Föreställningen är [att] hälsa är en egenskap hos individen snarare än strukturer som förklarar eller begränsar människors möjlighet att vara friska... [D]e flesta teorier om hälsobeteende som har tillämpats i stor utsträckning inom psykologi och folkhälsa fokuserar på individen som den primära analysenheten och förklarar verkligen inte faktorer som ligger långt bortom det individuella.”

Denna uppfattning delades av Alyna Smith, som ansåg att:

“alltför ofta när det talas om jämlikhet i hälsa eller rättvis jämlikhet i hälsa, kommer diskussionen fort att handla om utsatta grupper, vilket verkligen tenderar att placera utsattheten hos individen.”

Till skillnad från ett synsätt där en persons hälsa ses som en produkt av det individuella, föreslog Lisa Bowleg att man i högre utsträckning omfattar ett intersektionalitetsperspektiv – ett perspektiv som tar hänsyn till de multipla strukturella lager av förtryck och exkludering som upplevs av människor – för att analysera

ojämlikheter i hälsa och till exempel effekterna av covid-19 på olika grupper.

I sitt arbete såg Alyna Smith att:

“Covid-19 har blottlagt och förstärkt strukturella faktorer som styr sociala och hälsomässiga ojämlikheter. ... Sociala och hälsomässiga ojämlikheter, de kan inte separeras från varandra [...]. Så jag tror att det att ta itu med klyftorna i våra hälso- och sjukvårdssystem och sociala skyddssystem handlar om, ja, det handlar om den här pandemin, men det handlar om ett mer långsiktigt synsätt för att verkligen ta itu med strukturella former av förtryck och exkludering, också i relation till migrationspolitik.”

Snarare än att förstå exkluderingar helt och hållet i termer av en enda kategori, som genus, är det nödvändigt att se de strukturella sätt på vilka individer positioneras av en mångfald överlappande kategorier. I praktiken innebär det att inkludering inte kan åstadkommas via en toppstyrd serie av kvoterings, till exempel, utan kräver en mer engagerad diskussion med individer och samhällsgrupper för att bättre förstå deras erfarenheter av orättvis ojämlikhet och exkludering från att leva ett friskt liv.

Flera av dem som närvarade under Kommissionen pekade på uppehållstillstånd och migration som allt viktigare faktorer för att avgöra en persons hälsa. Till exempel konstaterade Jozef Bartovic att:

“Migration är en bestämningsfaktor för hälsa. Så migrationsstatus i sig själv, med tanke på omständigheterna kring de olika vägarna, migrationsvägarna och banorna, och skillnaderna i fråga om behov och resurser, och i fråga om olika faktorer, har naturligtvis en inverkan på hälsan.”

Dessutom, när det gäller papperslösa migranter, så är deras rättsliga status en annan faktor som måste tas hänsyn till för att förstå ojämlikheter i hälsa. Restriktiv politik som begränsar

tillgången till hälso- och sjukvård för papperslösa människor spelar en betydande roll, liksom hälsoinformationskampanjer som inte tar hänsyn till migranternas liv. Anya Smith, som arbetar med migranter, slog fast att:

“ Realiteten är den att om man är en papperslös person i Europa, i de flesta länder, har man extremt begränsad tillgång till hälso- och sjukvård, extremt begränsad rätt att få tillgång till primärvård. [...] Uppehållsstatus [...] för in ytterligare ett lager av exkludering [...] Papperslösa personer kan inte lite på det vanliga hälso- och sjukvårdssystemet eller på information om hälsorelaterade frågor.”

Vad gäller Svenska Röda Korset, lyfte Johanna Saunders fram att till och med i länder där papperslösa människor garanteras tillgång till grundläggande tjänster, kan det finnas skillnader mellan vad politiken juridiskt sett tillåter och vardagspraxis:

“ [...] det är en sak vad de juridiska och politiska ramverken säger rent teoretiskt, men sedan syns det inte alltid i praktiken. Så även om migranter kanske har vissa rättigheter och kan inkluderas i vissa politiska ramverk och lagar och så vidare, får de inte tillträde och får inte det stöd som det är meningen att de ska få. [...] rädslan för att söka hjälp har också påverkat den här gruppen. Även om man kanske har rätt att söka vård kan man vara rädd, om man är papperslös lever man så klart alltid i ständig skräck, och det påverkar, i den här situationen, möjligheten att söka hjälp till exempel.”

Pandemin belyste vikten av att garantera tillgång till hälso- och sjukvård för alla oberoende av deras rättsliga status. Men en av konsekvenserna av den ekonomiska effekten av covid-19 var, som Jozef Bartovic rapporterade, att minska möjligheten att få uppehållstillstånd.

Pandemin innebar nya svårigheter när det gällde migranternas tillgång till hälso- och sjukvård. Enligt Johanna Saunders är det viktigt, för att övervinna dessa svårigheter, att inkludera migranter – oberoende av deras rättsliga status – i ramverken för hälsopolitik från början. Detta är emellertid inte tillräckligt: det är nödvändigt att säkerställa att vardagspraxis överensstämmer med det som föreskrivs av politiken:

“ [...] vi måste fortsätta att anpassa befintliga lagar och policyer så att de flesta människor inkluderas, men då, och det är det viktigaste, att de verkligen är det i praktiken. [...] stater måste se till att deras system är anpassade för att inkludera alla utsatta grupper, såväl i lagar som i texter och policyer, men också i praktiken.”

De vittnesmål som framförts till Kommissionen visar på de komplexa sätt på vilka individer utesluts från att leva ett sunt liv. Även om lagen möjliggör tillgång till hälso- och sjukvård, finns det en vid klyfta mellan den uttalade policyn och det som händer i realiteten vid själva genomförandet. Vare sig det handlar om en dålig implementering eller en brist på verklig vilja från lagstiftarnas håll, kan vi säga att allmän hälso- och sjukvård inte kan åstadkommas enbart med toppstyrda politiska förändringar.

Det behövs övervakning av det faktiska genomförandet, alltså av hur individer upplever hälso- och sjukvårdens i realiteten och utmaningen det är för dem att skydda sin hälsa inom olika samhällen. Den insatsen behöver se på exkludering inte som ett resultat av en enda identitet (t.ex. genus) utan som en del av ett mycket mer komplext nätverk av identiteter genom vilka individer blir positionerade i samhället. Detta är intersektionalitet. Om någon förefaller vara exkluderad på grund av sin genustillhörighet, är det nödvändigt att fråga hur detta samverkar med andra kategorier som ett samhälle kan betrakta som viktiga (t.ex. ras, sexuell läggning, medborgarstatus, anställning osv.). Det innebär också anammandet av ett ”bottom-up”-synsätt på inkludering, snarare än att ha för avsikt att åstadkomma inkludering via toppstyrning.

Välmenande policyer som är blinda för den realitet som människors dagliga liv utgör, kan mycket väl riskera att förvärpa exkluderingarna, något som kan ses där marginaliserade grupper motsätter sig inkluderande policyer som de efter ett tag uppfattar som okunniga om deras egen situation. För att allmän hälso- och sjukvård ska bli en realitet, är det nödvändigt att se hur människor upplever hinder. Det kräver att man satsar resurser på att arbeta brett med en mångskiftande befolkning och säkerställer att hälsopolitik utvecklas på ett inkluderande sätt, och även att man eftersträvar en inkluderande hälso- och sjukvård.

7. GOD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD KRÄVER ENHETLIGT BESLUTFATTANDE

Covid-19-pandemin visade hur oförberedda många regeringar och folkhälsomyndigheter var på att svara på ett effektivt sätt på ett stort hälsohot. Därför är det viktigt att förstå orsakerna bakom denna bristande beredskap och se framåt för att utveckla mer robusta och motståndskraftiga system.

REKOMMENDATIONER:

- s. Staten behöver ta mer ansvar för hälsoeffekterna av sin politik.
- t. Fördelningen av roller och ansvar mellan olika hälsomyndigheter måste vara tydlig.
- u. Finansiell granskning av politiska åtgärder behöver innefatta de ekonomiska fördelarna med allmän hälso- och sjukvård.

När han försökte förklara varför Storbritanniens regering hanterade den första vågen av pandemin så dåligt, fokuserade forskaren Lee Jones på vad han såg som ett skifte från en ”kommando- och kontroll”-stat till vad han kallade en ”tillsyns”-modell. För Jones innebar detta att den brittiska staten inte direkt tilldelade resurser och fattade beslut längre utan i stället bara tillhandahöll riktlinjer för hur man skulle agera och utsåg myndigheter som var ansvariga för att genomföra interventionerna. Detta resulterade i en decentralisering som gjorde att ansvar skildes från resurserna:

“ [...] vad som har försvunnit här är en tydlig känsla av att det finns en hierarki, tydliga kontrollkedjor, tydliga linjer för ansvarsskyldighet och olika instansers ansvar har ofta blivit bortkopplat från resurser. Det finns ytterst lite faktisk kapacitet kvar i systemet, för hela systemet är utformat för att reglera någon annan, och allt det verkliga arbetet och det verkliga ansvaret faller som en kaskad ner till den lägsta nivån, där det ofta inte matchas av resurserna.”

Den här frågan ses som en huvudorsak bakom Storbritanniens misslyckade svar på covid-19, där beredskapsstrategin från pandemin 2011 anammade en reglerande modell i vilken regeringen sätter upp en lista av riktlinjer och utser ansvariga instanser, men:

“ regeringen mobiliserar inga nya resurser, den skapar inga nya sjukhus, den investerar inte i nya vårdavdelningar, den investerar inte i faciliteter

för testning och spårning, ja, den mobiliserar inga extra kapaciteter överhuvudtaget.”

Storbritanniens allmänna hälso- och sjukvård (NHS) har historiskt haft mycket stort inflytande på hälso- och sjukvårdssystem globalt och tillhandahåller fortfarande vad som i vissa avseenden är världens bästa hälso- och sjukvård, vilket gör den brittiska erfarenheten relevant för framtiden för allmän hälso- och sjukvård. Trots Jones oro för att Storbritanniens modell har blivit alltför decentraliserad, framhöll Robert Yates från Chatham House en viktig aspekt, nämligen att för att interventioner ska bli mer effektiva behövs tillvägagångssätt som är förankrade hos olika samhällsgrupper: ”Man måste förstå vilken sorts hinder som finns och varför människor inte kommer till hälso- och sjukvården. Detta är, återigen, varför det är så viktigt med lokalt engagemang. [...] Vi kan se att när saker och ting äger rum på en mycket lokal nivå eller på samhällsgruppsnivå, tenderar de att vara mer framgångsrika.”

Samtidigt som Lee Jones vittnesmål initialt kan tolkas som en uppmaning till centralisering av hälso- och sjukvårdspolitik, gäller hans generella kritik av Storbritanniens sätt att hantera pandemin uppsjön av kvasi-offentliga instanser med överlappande och osäkra åligganden drivna av en marknadssyn på offentlig förvaltning. Snarare än centralisering pekar därför Jones vittnesmål, i kombination med andra deltagares vittnesmål, på behovet av en tydligare inriktning vad gäller ansvarsområden och plikter inom hälso- och sjukvårdssystemet. Snarare än att begära att hälso- och sjukvårdsinstanser ska fungera som kommersiella aktörer, är det nödvändigt att knyta fastare an till uppgiften att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård.

Dessutom hävdade Robert Yates att alla regeringar behöver öka anslagen till hälsa, vilket covid-19-pandemin på ett dramatiskt sätt satte strålkastarljuset på:

“Länder med alla möjliga olika trosinriktningar, olika värderingar och politiska system, många av dem har infört nedstängningar och befolkningar accepterade det för att skydda sin hälsa och sina nära och käras hälsa. Detta visar, tycker jag, på en massiv historisk underinvestering i hälsa och att regeringar verkligen behöver reflektera över detta och öka anslagen till hälsa.”

Kostnaderna för nedstängningen, som i hög grad kommer att fortsätta kännas av givet den långsiktiga samhälleliga skada den medfört, kommer sannolikt att bli högre än vad Yates beskriver som den “historiska underinvesteringen i hälsa”. I ljuset av pandemin verkar sådana budgetnedsänkningar dumdristiga och ekonomiskt självdestruktiva, men utan mekanismer för ansvarsskyldighet eller bättre framförhållning är det lätt att se hur sådana nedsänkningar mycket väl skulle kunna upprepas trots att konsekvenserna är kända.

Även om pandemin har visat på de ekonomiska fördelarna med allmän hälso- och sjukvård, är det ofta mer omedelbart fördelaktigt att skära ner på hälso- och sjukvård på grund av kostnaderna och den åtföljande möjligheten att sänka skatter för att vinna allmänhetens stöd. Allmän hälso- och sjukvård kräver både att det ekonomiska argumentet förmedlas och ett säkerställande av större administrativ ansvarsskyldighet för de negativa samhälleliga effekterna av minskade hälsobudgetar. Statlig finansiell redovisning behöver ta hänsyn till de långsiktiga ekonomiska konsekvenserna av sådana beslut.

Som lyfts fram tidigare i denna rapport, är en annan viktig aspekt när det handlar om att förbättra regeringars respons i kristider att beslut förmedlas tydligt och effektivt till medborgarna. Enhetligt beslutsfattande handlar både om tydligare ansvarslinjer och om att kommunicera mellan instanser, något som också lyftes fram i Kommissionens första rapport, men, som denna andra rapport visar, behöver “enhetlighet” mätas i relation till hur mycket olika samhällsgrupper kan förstå och lita på den processen. Samhälls- och hälsokommunikatörer utgör, som påvisats på andra ställen i den här rapporten, ett sätt på vilket man kan ordna en länk mellan individer och hälso- och sjukvårdssystemet.

SLUTSATSER

Jämfört med den första serien tog den andra PHED-Kommissionen, som hölls under våren 2021, emot många fler muntliga vittnesmål från experter baserade i olika delar av världen och som representerade ett bredare spektrum av organisationer med erfarenhet av centrala aspekter av pandemin. Den kollektiva kunskapen har arkiverats och gjorts tillgänglig för allmänheten genom att från början sända de muntliga vittnesmålen och lägga ut dem online och genom att välkomna alla som ville att närvara och ta aktiv del av seminarierna (var vänlig se "metodologiska utgångspunkter" nedan). Liksom med den första Kommissionen, krävde pandemirestriktionerna att seminarierna hölls digitalt, vilket innebar att det fanns en risk för begränsad interaktion, men vi hoppas i alla fall att arkiveringen av de muntliga vittnesmålen och den sammanfattning som tillhandahålls i denna rapport ger möjlighet till fortsatt och fördjupat engagemang.

ENIGHET I FRÅGA OM ALLMÄN HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Bland experterna som vittnade muntligt fanns de som hade direkt erfarenhet av hur marginaliserade personer påverkats av pandemin, och som hade sett begränsningarna i olika hälso- och sjukvårdssystem. Flera av dem som deltog arbetar inom organisationer eller påverkansgrupper som är aktiva i att försöka samordna insatser mot pandemin på många nivåer. En tydlig enighet framkom, där alla som vittnade stödde det breda begreppet allmän hälso- och sjukvård, som innebär att alla personer får gratis hälso- och sjukvård där den ges. Det betyder att tillgång till hälso- och sjukvård verkligen bör vara tillgänglig och inte medföra ekonomisk undergång eller andra kostnader som går att undvika (t.ex. utvisning) för behövande individer.

Vittnesmålen som framfördes tydde på att det inte bara fanns en enighet bland experterna när det gällde allmän hälso- och sjukvård utan att det också finns ett globalt politiskt engagemang för att åstadkomma det i många delar av världen, efter det att man har sett de förödande ekonomiska kostnader som det nuvarande exkluderande och underfinansierade förhållningssättet till hälso- och sjukvård inneburit. Pandemin tillfogade många av de rikaste staterna förödande skador, genom att lamslå viktiga kommersiella verksamheter och urholka välfärden. Den effekten har de som lever i samhällets utkanter fått känna av i oproportionerligt hög grad, men icke desto mindre har alla, utom kanske de rikaste eliterna, erfart effekterna av det nuvarande ojämlika och orättvisa systemet.

FORTSATTA HINDER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Det är av ovan nämnda skäl som rapporten som sammanfattar PHED-Kommissionens seminarier

under våren 2021 har rubriken "Allmän hälso- och sjukvård för en verklig framtid". Med "verklig" menar vi att allmän hälso- och sjukvård mer och mer ser ut att vara den enda trovärdiga och pragmatiska vägen för att vidmakthålla den mänskliga världen. Existentiella hot som klimatförändringar understryker att det är bråttom när det gäller att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård, eftersom kriserna som påverkar hälsan förvärras och vi ser roten till pandemier som covid-19 i ekologisk förstörelse. Men det finns avsevärda utmaningar, som de som vittnade inför Kommissionen pekade på. Pandemin har visat att om allmän hälso- och sjukvård inte åstadkoms innebär det en betydligt högre ekonomisk kostnad för samhället än att finansiera den nivån av vård. Likväl förblir politiska ideologier ett stort hinder, i synnerhet varhelst allmän hälso- och sjukvård betraktas som en "orättvis" gåva i och med uppfattningen att somliga skulle kunna få dyr vård som är mer värd betydligt mer än de skatter eller försäkringspremier som de eventuellt har betalat. Rädslan för en "orättvis" gåva är värre där människor ser mottagarna som varande utanför deras gemenskap, utpekade som migranter eller som tillhörande en annan socialgrupp.

BEHOV AV INTERSEKTIONELLA POLITISKA INNOVATIONER

För att allmän hälso- och sjukvård ska förverkligas behöver vi den sortens innovationer som lyfts fram i den här rapporten, inklusive bättre samordning mellan hälsomyndigheter och länder, men också en reform angående hur hälso- och sjukvårdssystem förhåller sig till individer. Ett intersektionellt förhållningssätt lyftes fram som viktigt men också som något som för närvarande ofta saknas. Till och med i hälso- och sjukvårdssystem där resurserna läggs på jämlik och rättvis hälsa, kan begreppet "inkludering" vara dåligt utformat och potentiellt kontraproduktivt om det inte finns

tillräcklig förståelse för hur individer upplever de överlappande exkluderingar som påverkar deras hälsa negativt. Att definiera personer med hjälp av breda kategorier (t.ex. genus, ras, sexuell läggning) kan ibland göra det möjligt för hälso- och sjukvårdssystem att anpassa sig bättre till marginaliserade gruppers behov, men i komplexa samhällen där exkluderingarna överlappar finns det en mycket reell risk för att försök att stödja inkluderingen av personer som definieras enligt en viss kategori underblåser exkludering och undergräver allmänhetens stöd för initiativ rörande jämlik och rättvis hälsa.

HÄLSOLITTERACITET ÄR MER ÄN TOPPSTYRD UTBILDNING

I den första rapporten från PHED-Kommissionen framgick det tydligt att hälsolitteracitet är viktig. Begreppet hälsolitteracitet syftar delvis på människors förmåga att förstå såväl sina egna hälsobehov som hur de ska få tillgång till hälso- och sjukvård. Denna andra rapport visar emellertid att när det gäller pandemin var hälso- och sjukvårdssystemen ofta analfabeter i fråga om olika befolkningsgruppers behov och att hälsomyndigheter var analfabeter i fråga om varandras roller. Den dåliga samordning som setts på ett flertal nivåer understryker en brist på investering i hälsolitteracitet i hela det globala hälso- och sjukvårdssystemet. För att allmän hälso- och sjukvård ska åstadkommas på ett ekonomiskt kostnadseffektivt sätt krävs ett nytt fokus på hälsolitteracitet som någonting som måste vara holistiskt. Snarare än att bara fråga om individer förstår sina hälsobehov, är det viktigt att ifrågasätta hur väl hälso- och sjukvårdssystem förstår individers skilda hälsobehov och huruvida hälsomyndigheter är medvetna om varandras respektive roller.

VI BEHÖVER EN HÖG AMBITIONSNIVÅ NÄR DET GÄLLER MÄNNISKORS HÄLSA

Att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård är vad somliga kallar "a moonshot", alltså en mycket djärv satsning, som kanske skulle ha en större och en mer välgörande inverkan på mänskligheten än någonting annat i dag. En huvudanledning till att tro detta är att hälso- och sjukvård täcker så många aspekter av mänskligt liv och därför kräver mycket större samordning mellan politiska insatser och politiska aktörer än vad som är fallet i dag. Den andra PHED-Kommissionen har bidragit med

att arkivera en rad experterfarenheter som covid-19-pandemin gav upphov till. Kommissionen själv var en liten övning jämfört med vad som behövs för att på ett bättre sätt utforma framtiden för hälso- och sjukvård, men den visar tydligt värdet och angelägenhetsgraden av de expertkunskaper som framförts via de muntliga vittnesmålen. Läsare uppmanas att gå tillbaka till de vittnesmål som finns tillgängliga digitalt (se "metodologiska utgångspunkter" nedan) och att fortsätta engagera sig i frågorna som tagits upp.

PHED-projektet. Malmö och Lund, augusti 2022.

BAKGRUND TILL PROJEKTET OM PRECISIONSHÄLSA OCH VARDAGSDEMOKRATI (PHED)

Sedan den 1 januari 2019 har Malmö och Lunds universitet samarbetat inom ett internationellt projekt som omfattar partner från hela världen, samlade kring det interdisciplinära temat "Precisionshälsa och vardagsdemokrati". Projektet finansieras av ett anslag som erhållits i konkurrens från STINT (Stiftelsen för internationalisering av högre utbildning och forskning).

Senare tids framsteg inom hälso- och sjukvård och medicinsk forskning har varit ojämna globalt men också inom nationalstater, vilket har haft till följd att det finns ett växande intresse för relevansen av både miljö- och genomfaktorer när det handlar om att avgöra hur patienter bäst ska vårdas och säkerställa ett välmående samhälle. Samtidigt har hälsa blivit en allt mer central fråga gällande hur samhällen markerar ut sina gränser och inre strukturer och exkluderar dem utan tillräckliga uppehållsdokument, eller segregerar längs inkomst-, ras- och genuslinjer. I det sammanhanget har hälso- och sjukvårdspersonal mer och mer talat om "precisionshälsa", vilket innebär större förståelse för de klyftor som finns i samhället och insamling av data som återspeglar dem för att bättre skraddarsy hälso- och sjukvård gentemot olika samhällsgrupper, både för att öka välbefinnandet och för att motverka de värsta konsekvenserna av samhälleliga ojämlikheter.

Med stöd av samhällsvetenskaperna förstås hälsa som en central mekanism, inte bara därför att den ökar välfärden utan också därför att det är genom den som vanliga människor upplever att de är en del av samhället. I över två decennier har forskare som arbetar inom både hälso- och samhällsvetenskaperna talat om "hälsodemokrati" – de har använt demokratiska modeller för att förbättra patienttillgången till hälso- och sjukvård men också för att bättre studera den roll som hälso- och sjukvård och medicinsk forskning har i samhället. Vi använder termen "vardagsdemokrati" för att fortsätta på den vägen, och ser samverkan inom medicin och hälsa som grundläggande för att forma dagens samhälle.

Hälso- och sjukvård är inte bara det som äger rum när vi går till doktorn eller får medicinsk behandling på ett sjukhus. Innan vi kommer så långt, behöver vi tillgång till hälso- och sjukvård. Det kräver att vi har laglig rätt och faktiska möjligheter att få hälso- och sjukvård. Det kräver att vi förstår när vi ska söka hjälp, vilken hälso- och sjukvård som finns och hur vi

ska få den. Vidare behöver individer ett hälso- och sjukvårdssystem som förstår deras behov. Och inte så sällan inser vi att vår hälso- och sjukvård kräver vissa levnadsvillkor (t.ex. sänkt arbetstid, motion osv.) som kan stötta både förebyggande av och återhämtning efter sjukdom.

Hälsa, hälso- och sjukvård och medicinsk forskning har en betydande inverkan på hur det är att leva i ett visst samhälle, och det omfattar i vilken utsträckning vi känner att samhället fungerar och kan tillhandahålla en god livskvalitet. En persons hälsa handlar om hennes/hans kropp, men den definierar också vad det är att vara människa. För att förstå nuet, och förbättra framtiden, när det gäller människors hälsa och hälso- och sjukvård, krävs det att vi anammar en holistisk syn som spänner över olika ämnesområden, så som PHED föreslår.

PHED-KOMMISSIONEN OM FRAMTIDEN FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN EFTER COVID-10 UNDER VÅREN 2021

- SYFTE OCH METODOLOGISKA UTGÅNGSPUNKTER

Med ett projekt som var inriktat på hälsans och hälso- och sjukvårdens samhälleliga roll, verkade det, när världen vaknade upp till den globala pandemins bistra verklighet tidigt 2020, både logiskt och nödvändigt för PHED-projektet att anpassa sina mål för att anknyta mer direkt till de omedelbara dilemman som samhället stod inför. Konfronterade med ett förvirrat politiskt och medialt landskap såg vi ett behov av att ge röst åt dem med omedelbar erfarenhet av vad som hände. Fastän projektet först var planerat att löpa bara under hösten 2020, fick responsen på den första serien av vittnesmål oss att planera för en fortsättning, med denna andra, och avsevärt utvidgade, serie. Som vi skrev i den första rapporten, är rösterna som framförs här endast en bråkdel av dem som behöver höras inom den serie av storskaliga utredningar som komma ska, men icke desto mindre utgör de en serie värdefulla perspektiv när vi strävar efter att skydda våra samhällen bättre från framtida pandemier och hälsorelaterade kriser.

Författarna till denna rapport, liksom de som organiserade Kommissionsprocessen, har haft som syfte att samla de ingående muntliga vittnesmålen så att yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård, policy, opinionsbildning och andra områden som påverkar människors hälsa, inte bara kan lära sig av dessa erfarenheter men också få bekräftelse på sina egna ansträngningar med att försöka förbättra alla människors livskvalitet.

De som lämnade muntliga vittnesmål till Kommissionen under våren 2021 kom från olika discipliner och yrkesområden: civilsamhället, hälso- och sjukvård, politik och forskning, men också från en lång rad geografiska områden och en mängd olika nivåer. Vittnesmålen kom från så skilda miljöer som vårdcentraler som stödjer marginaliserade befolkningsgrupper till dem som regelbundet möter världsledare och diskuterar utformningen av framtida hälsopolitik. Tillsammans ger dessa muntliga bidrag en helhetsbild av både pandemin och hur vi skulle kunna lära oss av den för att säkerställa bättre hälsa åt alla. Vi har bett dem som vittnade att se sina åhörare som en bred skara så att viktiga poänger inte går förlorade på grund av en teknisk jargong. Videofilmer av de fullständiga seminarierna spelades också in och arkiverades digitalt så att de skulle bli tillgängliga för allmänheten, inom ett expanderande bibliotek av material på: <https://phed.uni.mau.se/>. På webbsidan finns också denna och den första rapporten "Samhällelig orättvis ojämlikhet gör oss sårbara för pandemier".

Vi tackar varmt alla dem som vittnade för att de tog sig tid att berätta om sina erfarenheter och dela med sig av sin expertis. Vi vill tacka studenterna som hjälpte oss. Många av seminarierna leddes

av Rahel Weldeab Sebhatu, en doktorand som var anställd för att bistå Kommissionen under våren 2021. Transkriptionen av seminarierna gjordes av vår forskningspraktikant, Kyra Nieuwenhuijsen, en masterstudent som visade ett mycket stort engagemang och som av allt att döma har en ljus framtid inom vilket område hon än väljer. Mot slutet av projektet fick vi också stöd av Teresa Nicoli Aldini.

Under våren 2021 bad Kommissionen om bidrag från Sverige, men gick samtidigt in för att komplettera höstserien med en mer internationell utblick med vittnesmål från ett bredare geografiskt spektrum men också från organisationer som arbetar på global nivå såsom tankesmedjor, forskningsinstitut, civilsamhället liksom styrande organ som Världshälsoorganisationen, som har varit mycket engagerad i att försöka minska de värsta effekterna av pandemin. Alla muntliga bidrag gavs på engelska för att en internationell publik skulle kunna ta del av de inspelade erfarenheterna.

Rapporten finns också på engelska. För att få tillgång till den, liksom kommande publikationer, besök gärna PHED-Kommissionens webbsida: <https://phed.uni.mau.se/>.

RAPPORTEN INNEHÅLLER MUNTliga BIDRAG OM FÖLJANDE ÄMNET OCH INBJUDNA VITNESMÅL:

- *CHAIN – Ett nytt initiativ för att ta itu med ojämlikheter i global hälsa.* Terje Eikemo, forskare vid Centrum för forskning om global ojämlikhet i hälsa (CHAIN), Norges teknisk-naturvetenskapliga universitet
- *Ojämlig behandling och den roll som forskning i ojämlikhet i hälsa har.* Emil Øversveen, forskare vid Centrum för forskning om global ojämlikhet i hälsa (CHAIN), Norges teknisk-naturvetenskapliga universitet
- *Hantering av det första mottagningscentret i Kokkinotrimithia: Hälsoutmaningar.* Stefanos Spaneas, biträdande professor vid Fakulteten för humaniora och samhällsvetenskaper, på Institutionen för samhällsvetenskaper, Universitetet i Nicosia
- *Att använda smarta telefoner och bärbara enheter för klinisk forskning.* Dario Salvi, docent, Fakulteten för konst, kultur och kommunikation, Malmö universitet
- *I riktning mot jämlik och rättvis hälsa genom människocentrerad design.* Dipak Surie, universitetslektor vid Institutionen för datavetenskap och medieteknik, Malmö universitet
- *Flykting- och migranthälsa i Världshälsoorganisationens europeiska område.* Jozef Bartovic, vid Country Support and Emergency, Preparedness and Response Division (Avdelningen för landstöd och nödsituationer, beredskap och respons), Världshälsoorganisationens regionala Europakontor
- *Kommer covid-19 att skapa en ny generation av hjältar när det gäller allmän hälso- och sjukvård?* Robert Yates, direktör för det globala hälsoprogrammet vid Chatham House, Royal Institute of International Affairs; verkställande direktör för Centre for Universal Health (Centrum för allmän hälsa).
- *Alla är inte med i det här på samma villkor: om covid-19, intersektionalitet & strukturell ojämlikhet.* Lisa Bowleg, Professor vid George Washington University
- *Intersektionalitet i jämlik hälsa och covid-19: papperslösa migranternas situation i Europa.* Alyn Smith, PICUM, Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (Plattform för internationellt samarbete kring papperslösa migranter)
- *Nedstängd eller utesluten? – Effekterna av covid-19 och relaterade politiska åtgärder vad gäller migranternas tillgång till grundläggande tjänster.* Johanna Saunders, senior rådgivare på Svenska Röda Korset,
- *Det civila samhällets roll i att stödja jämlikhet i hälsa – exempel från migranter i Grekland.* Elli Xenou, Läkare i världen, Grekland
- *Att skräddarsy vaccinationsprogram för covid-19 för att möta allmänhetens behov och säkerställa hög vaccinationsgrad.* Brett Craig, konsult för acceptans och efterfrågan av covid-19-vaccin, Världshälsoorganisationens regionkontor i Europa
- *Regeringens misslyckande i att hantera pandemin – exempel från Storbritannien.* Lee Jones, Queen Mary University i London
- *En skön ny värld? Falsa nyheter och motstånd mot vaccin mot covid-19.* Mahama Tawat, forskarassistent vid Montpellier's Advanced Institute on Transition, Montpellieruniversitetet; gästforskare, Malmö universitet
- *Jämlik hälsa – Hälsa genom promotion, förnyelse genom samverkan.* Margareta Rämgård & Rathi Ramji, Projektet Jämlik hälsa/Hälsofrämjande innovation i samverkan, Malmö universitet
- *Papperslösa migranter och andra marginaliserade grupper under pandemin.* Henry Ascher, Rosengrenska.

DEN HÄR RAPPORTEN PUBLICERAS PÅ UPPDRAG AV PROJEKTET PRECISIONSHÄLSA & VARDAGSDEMOKRATI

(Precision Health & Everyday Democracy, PHED), april 2022. Den har författats av Elisabeth Mangrio, Kyra Nieuwenhuijsen, Rahel Weldeab Sebatu, Michael Strange och Slobodan Zdravkovic för PHED-projektets räkning. Alla de uppfattningar eller åsikter som uttrycks tillhör antingen de citerade personerna eller rapportens författare och speglar inte nödvändigtvis de uppfattningar eller åsikter som universiteten eller finansieringsorganet som är knutna till PHED-projektet har.

Rapporten, och andra publikationer, är tillgängliga online: <https://phed.uni.mau.se/>



ISBN 978-91-7877-327-5 (print)
ISBN 978-91-7877-328-2 (pdf)
DOI 10.24834/isbn.9789178773282

mau.se

Rapporten finns även på engelska.
För att komma åt den, såväl som framtida publikationer,
besök PHED-kommissionens webbplats:
<https://phed.uni.mau.se>