

Hälsa & Utveckling Fattigdom & Ohälsa

– ett folkhälsoperspektiv

Göran Paulsson
Ylva Sörman Nath
Björn Ekman



SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT
COOPERATION AGENCY

Avdelningen för demokrati
och social utveckling
Hälsoenheten

Authors:
Göran Paulsson, Ylva Sörman Nath, Björn Ekman

Health Division Document 2001:1
Commissioned by Sida, Department for Democracy and Social Development,
Health Division

© Sida and the authors
Written in 2001
Printed in Stockholm, Sweden, 2001
ISSN 1403-5545
ISBN 91-586-0241-0

Förord

Att bidra till och skapa förutsättningar för minskad fattigdom är huvudmålet för Sidas arbete. Människors hälsa är både ett mål och ett medel i vårt gemensamma arbete med att konkretisera och utveckla ett mer fattigdomsinriktat bistånd.

För att beskriva de samband som finns mellan hälsa och utveckling – ohälsa och fattigdom samt mellan hälsa, social utveckling, ekonomi, demokrati och miljö tillsattes hösten 2000 ett projekt inom hälsoenheten. Göran Paulsson har varit projektledare och Ylva Sörman Nath och Björn Ekman projekt-medarbetare. Många andra kollegor har bidragit med synpunkter, och då särskilt folkhälso-teamet. Projektet har framför allt inneburit att vår syn på hälsa i ett utvecklingsperspektiv har breddats och detta har även inneburit en förändrad syn på hälsoenhetens roll inom Sida.

Projektets arbete förs nu vidare in i arbetet med att revidera Sidas policy för "Health and Development".

Ett stort tack till alla som bidragit!

Anders Nordström
Enhetschef

Innehållsförteckning

Förord	1
1. Inledning	5
2. Hälsa och Sidas handlingsprogram	6
2.1 Hälsa och fattigdom	6
2.2 Hälsa, mänskliga rättigheter och demokrati	7
2.3 Hälsa och jämställdhet	8
2.4 Hälsa och miljö	8
3. Definition av hälsobegreppet	10
3.1 Vad är hälsa?	10
3.2 Vad är folkhälsa?	10
4. Kopplingen mellan hälsa och utveckling	12
4.1 Hälsa och social utveckling	12
4.2 Hälsa och socialt kapital	12
4.3 Hälsa och ekonomisk utveckling	12
4.4 Hälsa och jämlikhet	14
4.5 Hälsa och globalisering	15
5. Slutsatser	16
Referenslitteratur	17
Bilaga 1	18
Bilaga 2	20
List of Health Division Documents	21

1. Inledning

Detta dokument är ett bidrag till reflektion, ökad dialog, kunskap och förståelse för de komplexa sambanden mellan hälsa och utveckling, samt mellan fattigdom och ohälsa. Förhoppningen är också att det skall inspirera till fortsatta gemensamma ansträngningar, för att förstärka de positiva hälsoeffekterna av Sidas samlade bistånd.

Genom att lyfta in ett folkhälsoperspektiv blir hälsa en gemensam angelägenhet, som kräver samarbete över gränser. Fattigdom är ett hälsoproblem i sig, vilket kräver en bredare syn på hälsa. Det är viktigt med en helhetssyn för att förstå hälsans roll i både social och ekonomisk utveckling, samt fattigdomsbekämpning.

Fattigdomen och den svåra sociala situationen i Sidas samarbetsländer, med djupa sociala problem, genererar en mängd hälsoproblem med ett ständigt växande tryck på hälsosektorerna. En svag demokratisk utveckling och samhällsstyrning med bristande politisk vilja, samt den ekonomiska verkligheten begränsar också ländernas möjligheter att investera resurser i hälsosektorn.

För att uppnå en långsiktigt hållbar social och ekonomisk utveckling samt fattigdomsbekämpning, finns det behov av att arbeta för en totalt sett förbättrad hälsa hos befolkningen. En kombination av stärkta hälsosektorer och ökad samverkan mellan olika sektorer är då nödvändigt.

Redan 1995 tog Sida fram ett underlag för den interna diskussionen kring de bredare hälsofrågorna "Health Development in Swedish Aid"¹. Det skedde i samband med att det nya Sida bildades. Syftet var att arbeta fram och sätta upp gemensamma hälsomål för olika verksamheter inom det nya Sida. Vidare påbörjades i början av 1999 arbetet med att ta fram ett dokument om folkhälsa och utveckling. Dessa dokument och arbetsinsatser finns med som bakgrund och referens till detta dokument, tillsammans med Hälsoenhetens policys, strategier och övriga dokument samt DESOs program för mänsklig utveckling².

¹ B. Pettersson, B. Stenson, "Health Development in Swedish Aid", April 1995.

² Sida, Health Division, "Policy for Development Cooperation – Health Sector", June 1997; "Strategy for Development Cooperation – Sexual and Reproductive Health and Rights", June 1997; Position paper on – Population, Development and Cooperation, June 1997; "Investing for future generations – Sweden's International Response to HIV/AIDS, March 1999; "DESOs Program för Mänsklig Utveckling – Framtid DESO", December 1997.

2. Hälsa och Sidas handlingsprogram

2.1 Hälsa och fattigdom

Även om den internationella debatten under senare tid aktualiserat kopplingarna mellan hälsa och fattigdom, samt social och ekonomisk utveckling (WHO, DFID, Världsbanken m fl), förblir hälsa fortfarande många gånger lågprioriterat i nationella strategier för utveckling och fattigdomsbekämpning. Det är därför av stor vikt att hälsofrågorna kommer upp på den politiska agendan och drivs på både internationell och nationell nivå, för att bli en del av internationella och nationella utvecklingsprogram och fattigdomsstrategier (PRSP).

Fattigdom kan inte enbart beskrivas i termer av inkomstnivå. Det är en grov förenkling av fattigdomsbegreppet, som också påverkar synen på hur man bekämpar fattigdom. Fattigdom och social tillhörighet ger tydliga och dramatiska utslag i de viktigaste hälsoindikatorerna, t ex barnadödlighet, mödradödlighet och förväntad livslängd.

Fattigdom handlar om maktlöshet (powerlessness), om attityder i samhället och marginalisering av grupper, brist på tillgång till sociala nätverk, brist på tillit (trust), tillhörighet (belongingness) och organisering (voicelessness), bostadsproblem och arbetslöshet, brist på deltagande och delaktighet (participation), samt brist på jämställdhet och jämlikhet (equity)³. Forskning inom folkhälsa visar att flera av dessa kriterier för fattigdom, också utgör viktiga bestämningsfaktorer för hälsa.

Förutom en ökad risk för och frekvens av smittsamma sjukdomar (t ex Tbc, Malaria, Hiv/Aids, bronkiter och diarréer), drabbas de fattiga också i högre utsträckning av psykosocialt relaterade och miljörelaterade hälsoproblem. De lever också med ökade risker i samband med graviditeter och förlossningar. Det samlade "burden of disease and poverty" är ett mått på landets utveckling, samtidigt som denna "sjukdomsbörda" utgör ett hinder för utveckling både för den enskilde individen och samhället i stort.

Den fattiges enda kapital kan vara den egna kroppen⁴. Ohälsa kan leda till inkomstbortfall och till en katastrofsituation. Gränsen för överlevnad kan för den fattige gå vid hälsa eller ohälsa.

En utmaning är att lägga ett barn- och barnrättsperspektiv på hälsa och fattigdom. En god start för fattigdomsbekämpning kan börja med barnen, att utifrån deras perspektiv se den sociala, ekonomiska och politiska miljön i vilken de skall växa upp och bli ansvarstagande medborgare. Är barnens miljö hälsobefrämjande? Eller är de dömda till sjukdom och psykisk ohälsa som hindrar deras personliga utveckling? Den sociala miljön för ett barn skapas redan i samband med amningen av det nyfödda barnet. Där grundläggs trygghet och tillit mellan mor och barn. Utifrån den nära sociala miljön skall barnet växa till i den miljö sam-

³ World Bank, "World Development Report 2000/2001 – Attacking Poverty", August 2000; Sidastudies no. 2, Andrea Cornwall, "Beneficiary, Consumer, Citizen: Perspectives on Participation for Poverty Reduction", November 2000.

⁴ Deepa Narayan m fl, World Bank, "Voices of the Poor – Crying out for change", 2000.

hället erbjuder, och sociala nätverk utanför den egna familjen blir allt viktigare i takt med barnets utveckling⁵.

2.2 Hälsa, mänskliga rättigheter och demokrati

FNs Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna lyfter fram staternas ansvar för hälsosituationen i sina länder, samt behovet av att prioritera en inriktning på att förebygga ohälsa, inom ramen för de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna.

Både den Allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna, den Internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter samt den Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter är viktiga redskap och instrument för advocacy vad gäller ansvar för befolkningens och människans hälsa. Grunden och utgångspunkten är den människosyn som uttrycks i den Allmänna förklaringens artikel 1; "Alla människor äro födda fria och lika i värde och rättigheter..."

Perspektivet kopplat till hälsa utvecklas vidare i artikel 25; "Envar har rätt till en levnadsstandard, som är tillräcklig för hans egen och hans familjs hälsa och välbefinnande, däri inbegripet föda, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala förmåner, vidare rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter, över vilka han icke kunnat råda" samt "Mödrar och barn äro berättigade till särskild omvårdnad och hjälp. Alla barn, vare sig födda inom eller utom äktenskap, skola åtnjuta samma sociala skydd"⁶.

Konventionerna om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (CEDAW) och om barnets rättigheter (CRC), är viktiga utgångspunkter och utmaningar i arbetet för kvinnors och barns hälsa och rättigheter.

När man utgår från ett rättighetsperspektiv handlar det om den enskilda individens rättigheter, med en förstärkning av individens makt och inflytande. Decentralisering av resurser och befogenheter syftar till att öka makten, inflytandet och kontrollen över dessa, hos dem som idag lever i ohälsosamma miljöer och/eller saknar tillgång till hälso- och sjukvård. Rätten att ha tillgång till god hälso- och sjukvård vid ohälsa kan inte ses i ett serviceperspektiv, utan inbegriper rätten till inflytande och kontroll över resurserna.

Hälsa och tillgången till kvalificerad hälso- och sjukvård kan i detta perspektiv ses som resurser för utveckling, välbefinnande och ett värdigt liv. Demokratiperspektivet tangerar rättighetsperspektivet, eftersom insatserna strävar efter att öka det lokala inflytandet. För att öka det lokala deltagandet i hälsoarbetet och ansvarstagandet för en förbättrad hälsa krävs ökad möjlighet att delta i formulering, planering, genomförande och uppföljning av t ex hälsoplaner och (folk-) hälsoprogram.

⁵ Sida, "The Rights of the Child in Swedish Development Cooperation", 1999; Stefan de Vylder, "Barn och ekonomisk politik", 1998; Victoria Johnson, Edda Ivan-Smith m fl, "Stepping Forward", 1998.

⁶ Frivilligorganisationernas fond för mänskliga rättigheter, "Konventionssamling i mänskliga rättigheter och humanitär rätt", Stockholm 1997; Kristina Hedlund Thulin, "Lika i värde och rättigheter – om mänskliga rättigheter", Mars 1996; Regeringens skrivelse SKR 1997/98:76, "Demokrati och mänskliga rättigheter i Sveriges utvecklingssamarbete, 1998; Regeringens skrivelse SKR 1997/98:89, "Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik", 1998; Government Report 1996/97:169, "The Rights of the Poor – our Common Responsibility", 1997.

Vidare är det intressant att fundera över huruvida hälsosektorns utveckling och roll i sig själv, kan fungera som ett ”kitt” i en demokratisk utveckling och bidra till nationell stabilitet, t ex hälsocentralens och hälsopersonalens roll som ”stabilitets- och utvecklingsfaktor”. Den enskilda människan möter staten närmast genom det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet och skolsystemet. Hur de fungerar och vad de erbjuder är därför av central betydelse för hur individen uppfattar systemet, staten och själva tillhörigheten till samhället. Kanske ligger det däri en viktig poäng, nämligen att de sociala sektorerna drivs i offentlig regi.

2.3 Hälsa och jämställdhet

Att främja jämställdhet inom hälsa diskuteras idag inom kontexten kön och hälsa/ohälsa samt gender och hälsa/ohälsa. Med kön menas de biologiska skillnaderna mellan könen och med gender diskuteras skillnader som är socialt och kulturellt konstruerade och därmed föränderliga. I den maktordning världen är konstruerad idag, är i de flesta samhällen kvinnan underordnad mannen. Hälsa/ohälsa och fattigdom är faktorer som i högsta grad är beroende av varandra. Enligt UNDPs rapport om fattigdom⁷, är cirka 70% av världens fattiga kvinnor, vilket påverkar kvinnors hälsa i stor utsträckning. Diskriminering av flickor och kvinnor är ofta en fråga om liv eller död. Trots att kvinnor världen över har längre medellivslängd än män, är de mer sjuka och dras med mer ohälsa under sin levnad. Enligt WHO:s rapport ”Gender and Health” är kvinnor det mer robusta könet från födseln. Avvikelse under uppväxtåren och senare under livet måste istället sökas i ekonomiska, sociala, kulturella och religiösa faktorer, samt i tillgång till och kvalitén på hälso- och sjukvården⁸.

Kvinnor och män har olika sjukdomspanorama, men det finns områden där kvinnor i utvecklingsländerna är särskilt utsatta. Det gäller fr a området sexuell och reproduktiv hälsa med hög mödradödlighet, inte minst som en komplikation av aborter. Våld mot kvinnor har även under de senaste åren lyfts fram som ett av kvinnors stora hälsoproblem. Mäns hälsa och sjukdomspanorama är likaledes bundet till ekonomisk och social utveckling. Under senare år har även en diskussion påbörjats om mannens specifika könsrollsmönster och dess påverkan på hälsa/ohälsa. För att komma ur de onda cirkelorna fattigdom, ohälsa och kön/gender och specifikt stödja kvinnornas utsatthet, måste nationella hälsoprogram anpassas till mäns och kvinnors specifika behov utifrån den lokala och kulturella kontexten. Tillgången till hälso- och sjukvård och andra stödprogram behöver utvecklas, liksom ”empowerment”, utbildning, politisk representation och lagar (t ex familjerätt, rätt till abort, arvsrätt, landskifte, våld mot kvinnor, arbetsrätt och arbetsmiljö).

2.4 Hälsa och miljö

Kopplingen mellan miljö och hälsa lyfts alltmer fram i det internationella utvecklingssamarbetet. Miljöförstöring bidrar i hög grad till en ökad sjukdomsburden och förvärrar ytterligare fattigdomsproblematiken. Enligt WHO är miljöförstöring den bakomliggande orsaken till ca 25% av den globala sjukdomsburden,

⁷ UNDP Poverty Report, “Overcoming Human Poverty”, 2000.

⁸ WHO, “Gender and Health – Technical Paper”, 1998; UNFPA, “Lives together, World apart – Men and Women in a Time of Change”, 2000.

direkt eller indirekt. Miljöförstöring har mest negativ inverkan på en redan fattig befolknings levnadsvillkor. Därför är det en viktig och alltmer uppmärksammas fråga i fattigdomsbekämpning, att reducera miljörelaterade hälsoproblem.

Som exempel kan nämnas att enligt en WHO rapport orsakas ca 5% av den globala sjukdomsördan av luftföroreningar inomhus⁹. Majoriteten av jordens befolkning använder fortfarande biomassa eller kol vid matlagning och uppvärmning av sina hem. Främst är det fattiga kvinnor och barn under fem år på landsbygden som drabbas. Enligt samma rapport orsakar luftföroreningar inomhus ca 2,8 miljoner dödsfall årligen. Undermåligt dricksvatten och bristande sanitet orsakar ytterligare hälsoproblem. Ett annat exempel är olycksfall. I flera länder dör fler barn av olycksfall än i diarré sjukdomar. T ex i Bangladesh orsakas ca 20% av dödligheten bland barn av olycksfall, allt från trafikskador till drunkning.

Dålig eller rent skadlig arbetsmiljö orsakar stora hälsoproblem i många låginkomstländer, både i form av sjukdom och olycksfall, som kan ha en förödande inverkan på individens förmåga till fortsatta försörjningsmöjligheter.

⁹ WHO's rapport "Five years after the Earth Summit"

3. Definition av hälsobegreppet

3.1 Vad är hälsa?

Under de senaste decennierna har innebörden av begreppet hälsa debatterats. Vid World Health Organizations (WHO) konferens i Alma-Ata 1978 uttalades det att "rådande politiskt och ekonomiskt system, samt sociala omständigheter och livsvillkor, har minst lika stort inflytande som biologiska faktorer på människors hälsa". Detta markerade en vändpunkt som speglade den debatt som pågått under 60- och 70-talet om hälsans bestämningsfaktorer. Man önskade balansera uppfattningen om det starka biologiska inflytandet med betydelsen av sociala faktorer och människors livsvillkor.

WHOs definition av hälsa från 1946, har kritiserats för att vara alltför vitt omfattande. Den lyder: "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom och handikapp". Denna definition lyfte också fram det sociala välbefinnandet och den har varit viktig i den internationella debatten.

En konkretisering gjordes efter Alma-Ata mötet och under senare år har WHOs medlemsländer utvecklat innebörden av hälsobegreppet. Jämlikhetsaspekten framstod som grundläggande genom lanseringen av "health for all" tanken i slutet av 70-talet. Man uttryckte då att "alla människor i alla länder ska ha en hälsa som medger produktivt arbete och ett aktivt deltagande i det sociala livet i det samhälle man lever i", vilket både säger något om individens hälsostatus, livskvalitet, och om samhällets ansvar att skapa möjligheter för människor till ett aktivt deltagande. I mitten av 80-talet markerades innebörden av hälsa som medel genom formuleringen "hälsa är en resurs som möjliggör för individen att identifiera och realisera mål, tillfredsställa behov och hantera miljö".

Enligt WHO består begreppet hälsa av följande tre komponenter:

1. En *fysisk* som handlar om medicinskt omhändertagande,
2. En *psykisk* där samspelet mellan kroppslig hälsa och själsligt välbefinnande uppmärksammas,
3. En *social* där förhållanden som inkomstfördelning, boende och arbetslöshet påverkar hälsan.

Att koppla ihop dessa tre komponenter så att arbetet kan riktas mot flera olika områden, är vad folkhälsarbetet handlar om¹⁰.

3.2 Vad är folkhälsa?

Folkhälsa kan definieras som "vetenskapen och förmågan att förebygga sjukdom, förlänga liv och främja hälsa genom samhällets organiserade åtgärder"¹¹.

¹⁰ Folkhälsoinstitutet, rapport 1999:25, "Välfärdsbokslut".

¹¹ The Acheson Report, 1998.

Det är viktigt att skilja på folkhälsovetenskap och folkhälsoarbete. T ex är folkhälsovetenskap resultatet av systematisk observation, beskrivning och analys av strukturer och processer som relaterar till befolkningens hälsa. Folkhälsovetenskapen studerar hur faktorer i den omgivande miljön påverkar hälsan hos befolkningen, och föreslår åtgärder för att förbättra befolkningens hälsosituation.

Folkhälsoarbete är att arbeta förebyggande, orienterat mot befolkningar snarare än mot individer. Det omfattar politiska och sociala åtgärder lika mycket som medicinska, i syfte att skydda befolkningen mot ohälsa. Att främja hälsa innebär att ge förutsättningar för människor att välja en hälsosam livsstil.

Den internationellt sett goda folkhälsan i Sverige beror i hög grad på den ekonomiska utvecklingen och välfärdspolitiken. Den Nationella Folkhälsokommittén som inrättades 1997 med uppgift att utarbeta nationella mål för hälsoutvecklingen, lämnade i oktober 2000 sitt slutbetänkande¹². Arbetet har koncentrerats på att lyfta fram determinanterna för hälsan. De viktigaste bestämningsfaktorer för hälsan, den psykiska såväl som den fysiska, har formulerats i 18 mål. Det är intressant att jämföra målen från Köpenhamns sociala toppmöte och Nationella Folkhälsokommitténs mål, som på flera punkter ligger mycket nära varandra, t ex vad gäller stark solidaritet och samhällsgemenskap, stödjande sociala miljöer för individen, hög sysselsättning, god arbetsmiljö, trygg och säker sexualitet (se bil. 1).

Det svenska folkhälsoperspektivet och själva arbetet, processen med Folkhälso-rapporten vilken presenterades i slutet av år 2000, rörer stor internationell uppmärksamhet. Det kan vara av intresse att föra en dialog i det bilaterala arbetet om hur olika länder diskuterar egna mål för folkhälsan utifrån sin egen nationella kontext. Även nationellt måste givetvis målen brytas ned för att anpassas regionalt och lokalt. Målformuleringarna i sig är självklart viktiga, men kanske det mest intressanta är själva tankearbetet, processen och strategin bakom som leder fram till formuleringen av målen. I Folkhälso-rapporten finns även en åtgärdsdel, hur man tänker gå tillväga för att uppfylla målen¹³.

¹² Slutbetänkande av Nationella Folkhälsokommittén, SOU 2000:91, Socialdepartementet, "Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan", Oktober 2000.

¹³ Nationella Folkhälsokommittén, "En god hälsa – ett socialt privilegium?", 1998; Förenta Nationernas världstoppmöte om social utveckling, UD Ny serie II:49, Stockholm 1996; Nationella Folkhälsokommittén, "Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan", SOU 2000:91.

4. Kopplingen mellan hälsa och utveckling

4.1 Hälsa och social utveckling

Social utveckling är grunden för att skapa bra livsvillkor och förutsättningar för en god hälsa. Med social utveckling menas utveckling inom områden som samsättning, boende och omgivande miljö, kultur, fritid, jämställdhet, familj och sociala relationer, hälsa, utbildning, vård och social omsorg, arbetsmiljö, integration, säkerhet och trygghet, framtidsstro, mål och mening. En sund och brett baserad ekonomisk politik är en förutsättning för en hållbar social utveckling.

Det finns ett starkt ömsesidigt samband mellan välfärd och hälsa. I Sverige har begreppet ”välfärdsutveckling” gått hand i hand med den sociala utvecklingen. FN:s världstoppmöte om social utveckling i Köpenhamn lyfte fram att social utveckling är ett nationellt ansvar, som också kräver ett samlat åtagande och ansträngningar av världssamfundet. Social utveckling är en förutsättning för fred och stabila samhällen. Att bekämpa fattigdomen och främja fred och säkerhet betonades som de viktigaste insatserna för att främja social utveckling, såväl för individen som för samhällen¹⁴. Det sociala toppmötet antog tio åtaganden för att främja de principer och mål som toppmötet prioriterade (se bil. 2).

4.2 Hälsa och socialt kapital

Det sociala kapitalet främjas av delaktighet, att det inte finns för stora klyftor i inkomst och förmögenhet samt att alla medborgare har tillgång till likartade utbildningsmöjligheter, ekonomisk trygghet, hälso- och sjukvård etc.

Sjukdomsburden är mindre och dödligheten lägre i stater med högt socialt kapital. Indikatorer på ett svagt och lågt socialt kapital är således stora ojämlikheter i samhället, t ex vad gäller politiskt deltagande eller polarisering av politiska intressen på befolkningens bekostnad.

För att främja hälsa genom att stärka det sociala kapitalet, är det därför nödvändigt att stärka det civila samhället, stärka sociala nätverk, uppmuntra bildandet av föreningar och frivilligorganisationer, samt stärka byar och kommuner. En viktig uppgift är att stärka tilliten och förbättra förtroendet till den offentliga hälsosektorn och dess betydelse för hälsan.

4.3 Hälsa och ekonomisk utveckling

Med ekonomisk utveckling menas i första hand *ekonomisk tillväxt*, vanligtvis mätt i förändring av BNP per capita över en viss tidsintervall. Hälsan hos en befolkning har sannolikt betydelse för den ekonomiska tillväxttakten.

Man kan också tänka sig ett bredare perspektiv på ekonomisk utveckling, där man väver in den ekonomiska strukturen, dvs jordbruks-, industri- och service-

¹⁴ Förenta Nationernas världstoppmöte om social utveckling, UD II:49, Stockholm 1996; Folkhälsoinstitutet, ”Välfärdsboksut”, rapport 1999:25.

sektorns andel av ekonomin över tiden och hur den förändras. Detta senare synsätt är dock inte av primärt intresse nu.

En utgångspunkt är att ekonomisk tillväxt *inte* är ett mål i sig, utan det är ett medel för att nå ett 'högre' mål. Detta senare mer överliggande mål kan t ex definieras som 'utveckling och fattigdomsbekämpning'. Det betyder att ekonomisk tillväxt är *nödvändigt* för utveckling och minskad fattigdom, men det är *inte tillräckligt*, därtill är det alltför snävt. Detta innebär bl a att man också måste se till den ekonomiska utvecklingens (tillväxtens) innehåll och hur fördelningen ser ut av de ökade resurserna (tillväxten).

4.3.1 Från ekonomisk tillväxt till bättre hälsa

All forskning pekar på att ekonomiska resurser spelar roll för vilken nivå ett land har råd att uppnå på sin hälso- och sjukvård och vilken hälsostatus dess befolkning har. En närmare analys visar också mycket riktigt att rika länder har en god hälsostatus hos befolkningen och en hög nivå på sjukvården. Notera dock att det finns flera intressanta undantag från denna 'regel'.

När ett land blir rikare och (dess invånare och stat) får mer inkomster, kan en större del av dessa läggas på hälsovård. Man ser alltså att rikare länder lägger i genomsnitt mer av sina tillgängliga resurser på hälsa. Rikare länder har också bättre råd att förbättra – via forskning och utveckling – kvaliteten på hälsovården. Detta sammantaget leder till bättre hälsostatus hos befolkningen.

Man ser samtidigt att sjukdomspanoramat förändras (den epidemiologiska transitionen) i takt med att länder blir rikare; från infektionssjukdomar till icke-smittsamma sjukdomar som cancer, hjärt- och kärlproblem. En stor grupp länder är också belastade med en dubbel sjukdomsburden, dvs en ökning av de icke-smittsamma 'välfärdssjukdomarna' samtidigt som man har kvar att bekämpa flera av de svåra infektionssjukdomarna¹⁵.

4.3.2 På vilket/vilka sätt skulle hälsa kunna bidra till ett lands ekonomiska utveckling?

Ekonomer har sedan länge utgått från ett lands kapitalresurser för att analysera dess tillväxt. I början såg man på det *fysiska kapitalet* och arbetskraften och utifrån dem kunde man sen förutse hur mycket landet skulle växa enligt en enkel, s k Harrod-Domar, tillväxtmodell. Senare har man fokuserat även på andra faktorer; det *institutionella kapitalet*, det *sociala kapitalet* och, inte minst, 'kvaliteten' på det *mänskliga kapitalet*.

När det gäller det sistnämnda har man framförallt fokuserat på vilken utbildningsnivå de arbetande har. Tanken har då varit att en mer/högre utbildad människa arbetar med en högre produktivitet, och därmed producerar hon mer för varje arbetad timme. Undervisning och utbildning har stått i centrum inom den sk 'Nya tillväxtteorin', som till stora delar just handlar om kvaliteten på det mänskliga kapitalet.

Hälsans roll för kvaliteten på det mänskliga kapitalet har fram till relativt sent inte varit av primärt intresse för tillväxtekonomerna, i alla fall inte på ett lika

¹⁵ "World Health Report", chapter 2, 1999.

systematiskt sätt som utbildningsnivån. Nu börjar man dock mer och mer se till hälsans roll och tanken är givetvis att en frisk och hälsosam arbetare är mer produktiv än en sjuk och ohälsosam person.

Att visa detta på ett övertygande sätt, d v s i en ekonomisk modell som sedan testas med empiriska data i en ekonometrisk modell¹⁶, har dock varit svårt att göra på ett övertygande sätt. Framförallt beror det på att det finns många olika samband, som kan visa på hur hälsa påverkar ett lands ekonomiska tillväxt.

Här är några av de sätt på vilket hälsa kan påverka den ekonomiska tillväxten i ett land:

- i) *Produktivitet* – bättre hälsa leder till bättre arbetskraft och fler arbetsdagar;
- ii) *Utbildning* – bättre hälsa leder till förbättrade kognitiva funktioner och längre livslängd leder till ökade incitament att utbilda sig;
- iii) *Investeringar i fysiskt kapital* – längre livslängd leder till ökat sparande för pensionering, vilket leder till ökade investeringar;
- iv) *Demografiska fördelar* – en 'befolkningsvåg' leder till stor andel av befolkningen i arbetsför ålder vilket ökar inkomsterna (notera att detta är en engångseffekt).

Hälsa har således en viktig roll på flera olika områden, vilket gör att man måste ta ett brett grepp på hälsofrågorna. Samarbete över gränser är nödvändigt för att förbättra hälsosituationen och för att utnyttja begränsade resurser så effektivt som möjligt i de insatser man ämnar genomföra.

Man kan också anlägga ett omvänt perspektiv och se att sjukdom och ohälsa kan hålla länder/befolkningar kvar i fattigdom, då 'sjukdomsbördan' blir för stor för landets resurser. Slutsatsen blir då återigen att investeringar i hälsa leder till ökad ekonomisk utveckling.

4.4 Hälsa och jämlikhet

Hälsan och ohälsan, som vi idag kan mäta den, är ojämnt fördelad. Det beror mer på olika livsvillkor och levnadsvanor än genetiska faktorer. En mycket viktig faktor enligt forskningen är socialklass eller social tillhörighet. Forskningen visar också att ekonomisk tillväxt i kombination med en jämn inkomstfördelning är gynnsamt för en befolknings hälsa.

Vad gäller fattigdomsbekämpning är det här viktigt att vara klar över hur man bäst förbättrar hela befolkningens hälsa. En modell kan vara att stödja nationell ekonomisk utveckling och fördelning av resurser, en annan en direkt satsning på de fattigaste. Frågan är strategisk: Skall fattigdom bekämpas genom nationella strategier som inbegriper hela befolkningen med tillväxt och fördelning, eller skall den ske med de fattigaste som direkt målgrupp för insatserna? Eller en kombination av dessa?

¹⁶ Ekonometri är 'ekonomisk statistik', dvs statistisk/kvantitativ analys av ekonomiska samband.

4.5 Hälsa och globalisering

Globalisering och liberalisering av handeln innebär både möjligheter och risker vad gäller hälsa, exempel på detta är läkemedels- och tobaksindustrin. Vidare kan man se problem och möjligheter med t ex utflyttningen av hälsopersonal från låginkomstländer till USA och EU, handelsregleringar, genetisk manipulation av grödor och mat, den teknologiska utvecklingen, IT och telemedicin, finansieringen av Public Goods (varor och tjänster som det offentliga erbjuder, som är allmänt tillgängligt för allas bästa).

Det är därför en naturlig utveckling att hälsofrågorna blir globala, liksom finans-, handels- och miljöfrågor. Länderna kan inte längre hantera de stora hälsofrågorna själva och isolerat.

5. Slutsatser

- Det finns ett tydligt samband mellan hälsosituationen hos en befolkning och landets sociala och ekonomiska utveckling, samt fattigdomsproblematiken. Sambandet går i alla riktningar.
- Hälsa är inte enbart en medicinsk angelägenhet, utan också en politisk, social och ekonomisk fråga.
- För att förbättra hälsosituationen och minska fattigdomen ”burden of disease and poverty” i Sidas samarbetsländer, är ett tvärsektoriellt angreppssätt nödvändigt.
- Hälsoträgorna måste med kraft lyftas upp på både internationell och nationell politisk nivå, som en strategisk fråga i utvecklingsprogram och fattigdomsstrategier.
- Samtliga Sidas handlingsprogram fokuserar viktiga områden som är nödvändiga för att förbättra hälsan hos en befolkning.
- Den samlade effekten och konsekvenserna av Sidas totala bistånd främjar hälsan i samarbetsländerna. Dessa kan ytterligare samordnas och förstärkas.

Referenslitteratur

World Health Report 1999, 2000

World Development Report 2000/2001, "Attacking Poverty"

UNDP Poverty Report 2000, "Overcoming Human Poverty"

WHO, "Gender and Health – Technical Paper", 1998

UNFPA, "Lives together, World apart – Men and Women in a Time of Change", 2000

Bloom, Canning, "The Health and Wealth of Nations", Science Magazine, vol 287, 2000/02/18

Jack, "Principles of Health Economics in Developing Countries

Which Health Policies are Pro-Poor?" IHSD, 1999

Bloom G and Lucas, "Health and Poverty in Sub-Saharan Africa", 2000

Folkhälsoinstitutet, "Välfärdsbokslut", rapport 1999:25.

Nationella Folkhälsokommittén, SOU 2000:91, Socialdepartementet, Slutbetänkande "Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan", 2000

B. Pettersson, B. Stenson, "Health Development in Swedish Aid", 1995

Sida, "The rights of the Child in Swedish Development Cooperation", 1999

Stefan de Vylder, "Barn och ekonomisk politik", 1998

Victoria Johnson, Edda Ivan-Smith m fl, "Stepping Forward", 1998

Deepa Narayan m fl, "Voices of the Poor – Crying out for change", World Bank 2000

Andrea Cornwall, "Beneficiary, Consumer, Citizen: Perspectives on Participation for Poverty Reduction", Sida studies no. 2, 2000

Göran Hydén, "Demokratisering i tredje världen", 1998.

Frivilligorganisationernas fond för mänskliga rättigheter, "Konventionssamling i mänskliga rättigheter och humanitär rätt", Stockholm 1997

Kristina Hedlund Thulin, "Lika i värde och rättigheter – om mänskliga rättigheter", 1996

Regeringens skrivelse SKR 1997/98:76, "Demokrati och mänskliga rättigheter i Sveriges utvecklingssamarbete, 1998

Regeringens skrivelse SKR 1997/98:89, "Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik", 1998

Government Report 1996/97:169, "The Rights of the Poor – our Common Responsibility", 1997

Bilaga 1

Nationella Folkhälsokommitténs slutbetänkande 2000, Nationella mål för folkhälsan

- Mål 1.** Stark solidaritet och samhällsgemenskap
- minskad fattigdom
 - minskad boendesegregation
 - kompensatoriska resurser för barn och ungdom i socialt utsatta bostadsområden
- Mål 2.** Stödjande sociala miljöer för individen
- minskad isolering, ensamhet och otrygghet
 - ökad delaktighet i förenings- och kulturverksamhet
- Mål 3.** Trygga och jämlika uppväxtvillkor
- en trygg anknytning mellan barn och föräldrar
 - en hälsofrämjande förskola och skola som stärker elevernas självförtroende och skolresultat
 - en förbättrad psykisk hälsa hos barn och unga
- Mål 4.** Hög sysselsättning
- goda möjligheter till livslångt lärande
 - låg arbetslöshet
 - ingen diskriminering av invandrare och funktionshindrade på arbetsmarknaden
- Mål 5.** God arbetsmiljö
- anpassning av fysiska och psykiska arbetskrav till individens förutsättningar
 - ökat inflytande och utvecklingsmöjligheter i arbetet
 - minskat övertidsarbete
- Mål 6.** Tillgängliga grönområden för rekreation
- bullerfria och säkra grönområden nära bostaden
 - stimulerande förskole- och skolgårdar för barn
 - bra utemiljöer vid särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade
- Mål 7.** Sunda inne- och utemiljöer
- minskad exponering för miljötoxiska ämnen
 - väl ventilerad inomhusmiljö
 - god bebyggd miljö, säker strålmiljö, frisk luft och giftfri miljö enligt Miljömålskommitténs förslag
- Mål 8.** Skadesäkra miljöer och produkter
- skadesäkra hemmiljöer, trafikmiljöer och andra offentliga miljöer
 - minskad användning av hälsofarliga och allergiframkallande produkter
- Mål 9.** Ökad fysisk rörelse
- mer fysisk rörelse i skolan och i anslutning till arbetet
 - mer fysisk rörelse under fritiden

- Mål 10.** Goda matvanor
- ökad konsumtion av frukt och grönsaker och minskad konsumtion av fett och socker
 - minskad övervikt i befolkningen
 - ökad förekomst av amning
- Mål 11.** Trygg och säker sexualitet
- minskad smittspridning av sexuellt överförbara sjukdomar
 - minskat antal oönskade graviditeter
 - ingen skall diskrimineras på grund av sexuell läggning
- Mål 12.** Minskat tobaksbruk
- en tobaksfri livsstart från år 2010
 - en halvering till år 2010 av antalet ungdomar under 18 år som börjar röka eller snusa
 - en halvering till år 2010 av andelen rökare bland de grupper som röker mest
 - ingen skall utan eget val utsättas för rök i sin omgivning
- Mål 13.** Minskat skadligt alkoholbruk
- minskad totalkonsumtion
 - punktnykterhet i samband med graviditet, väg- och sjötrafik, på arbete och i idrotts- och motionssammanhang
 - minskat berusningsdrickande
- Mål 14.** Ett narkotikafritt samhälle
- minskad tillgång till narkotika
 - minskat antal ungdomar som prövar och använder narkotika
- Mål 15.** En mer hälsoinriktad hälso- och sjukvård
- effektivare sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser på individ- grupp och befolkningsnivå
 - ökad samverkan för en jämlik hälsoutveckling i befolkningen
 - utvecklade metoder och strategier för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete
- Mål 16.** Ett samordnat folkhälsoarbete
- hälsoplanansvar hos kommuner och landsting
 - utveckling av samordnade sektorstrategier inom folkhälsoområdet på nationell nivå genom ansvariga myndigheter
 - samordning av folkhälsofrågorna i regeringskansliet
 - redovisning av den nationella folkhälsopolitiken i en återkommande folkhälsopolitisk skrivelse till riksdagen
- Mål 17.** Långsiktig satsning på forskning, metodutveckling och utbildning
- intensifierad forskning om interventionernas nytta, kostnader och konsekvenser
 - bättre metoder för att bedriva folkhälsoarbete
 - ökad satsning på folkhälsovetenskaplig utbildning
- Mål 18.** Saklig hälsoinformation
- tillgång till saklig och obunden hälsoinformation för alla

Bilaga 2

Det sociala toppmötet i Köpenhamns åtaganden är:

1. Förutsättningarna för social utveckling
 - att skapa en ekonomisk, politisk, social, kulturell och rättslig miljö som möjliggör social utveckling
2. Att utrota fattigdomen
 - genom nationella beslut och åtgärder och genom internationellt samarbete
3. Full sysselsättning
 - att göra det möjligt för alla kvinnor och män att få en säker utkomst genom ett fritt valt produktivt arbete
4. Social integration
 - genom att skapa stabila, säkra och rättvisa samhällen
5. Jämställdhet
 - att främja full respekt för mänsklig värdighet
 - åstadkomma jämställdhet mellan kvinnor och män
 - öka kvinnors deltagande i utvecklingen av samhället, i politiskt, medborgerligt, ekonomiskt, socialt och kulturellt liv

6. Utbildning och hälsa
 - lika tillgång till god utbildning
 - högsta möjliga standard för fysisk och mental hälsa
 - tillgång till primärvård för alla

Denna punkt poängterar ”att investera i kvinnors utbildning är nyckeln till social jämlikhet, till högre produktivitet och god hälsa, till lägre barnadödlighet och därmed ett minskat behov av fruktsamhet”.

7. Afrika och de minst utvecklade länderna
 - att påskynda Afrikas och de minst utvecklade ländernas ekonomiska, sociala och mänskliga resursutveckling
8. Mål för strukturomvandling
 - garantera att strukturanpassningsprogram innefattar mål för social utveckling, särskilt att utrota fattigdomen, att främja full och produktiv sysselsättning och öka den sociala integrationen
9. Resurser för social utveckling
 - väsentligt öka och effektivt använda resurserna för social utveckling i syfte att nå toppmötets mål
10. Internationellt samarbete
 - genom FN och andra multilaterala institutioner i partnerskap förbättra och förstärka ramen för internationellt, regionalt och lokalt samarbete för social utveckling

List of Health Division Documents

Strategies/Policies		Issue Papers	
1997:1	Policy for Development Cooperation Health Sector	1998:1	Maternal Health Care, by Staffan Bergström
1997:2	Política para la Cooperación para el Desarrollo Sector Salud	1998:2	Supporting Midwifery, by Jerker Liljestrand
1997:3	Position Paper Population, Development and Cooperation	1998:3	Contraception, by Kajsa Sundström
1997:4	Positionspapper Befolkning, utveckling och samarbete	1998:4	Abortion, by Kajsa Sundström
1997:5	Marco de Referencia para la Cooperación para el Desarrollo Población, Desarrollo y Cooperación	1998:5	Female Genital Mutilation, by Beth Maina-Ahlberg
1997:6	Strategy for Development Cooperation Sexual and Reproductive Health and Rights	1998:6	Adolescent Sexuality Education, Counselling and Services, by Minou Fuglesang
1997:7	Estrategia para la Cooperación para el Desarrollo Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	1998:7	Discrimination and Sexual Abuse Against Girls and Women, by Mary Ellsberg
1997:8	Handbook for mainstreaming A Gender Perspective in the Health Sector	1998:8	Health Care of the Newborn, by Ragnar Thunell
1999	Investing for future generations. Sweden's International Response to HIV/AIDS	1998:9	Men, Sexuality and Reproductive Health, by Beth Maina-Ahlberg, Minou Fuglesang and Annika Johansson
2000:2	Guidelines for Action – Illicit Drugs and Swedish International Development Cooperation	1998:10	Illicit Drugs and Development Cooperation, by Niklas Herrmann – Replaced by 2000:2 –
2001:1	Hälsa & Utveckling, Fattigdom & Ohälsa – ett folkhälsoperspektiv by Göran Paulsson, Ylva Sörman Nath and Björn Ekman	1999:3	Socio-economic Causes and Consequences of HIV/AIDS by Stefan de Vylder
		2000:1	HIV/AIDS in the World Today – a Summary of Trends and Demographic Implications by Bertil Egerö and Mikael Hammar skjöld
		2001:2	Health and Environment by Marianne Kjellén
		2001:3	Improving Access to Essential Pharmaceuticals, by IHCAR
		2001:5	A Development Disaster: HIV/AIDS as a Cause and Consequence of Poverty by Stefan de Vylder
		2001:6	National Health Accounts – Where are we today? by Catharina Hjortsberg
		2001:7	Ideas work better than money in generating reform – but how? by Alf Morten Jerve
		2002:2	Health and Human Rights by Birgitta Rubenson

Continues

Health Division Documents and a complete list of earlier publications may be ordered from:

Infocenter, Sida S-105 25 Stockholm, phone: +46 (0)8 698 55 80, fax: +46 (0)8 698 56 15
www.sida.se, e-mail: info@sida.se

Facts and Figures	
1995/96	Facts & Figures 95/96 Health Sector Cooperation
1997	Facts & Figures 1997 Health Sector
1999:2	Facts & Figures 1998 Health Sector
2000:3	Facts & Figures 1999 Health Sector
2001:4	Facts & Figures 2000 Health Sector
2002:1	Facts & Figures 2001 Health Sector

Country and Regional Health Profiles

1995	Angola
1995	Bangladesh
1995	El Salvador
1995	Ethiopia
1995	Guatemala
1995	Guinea Bissau
1995	Honduras
1995	India
1995	Kenya
1995	Laos
1995	Nicaragua
1995	Vietnam
1995	West Bank/Gaza
1995	Zambia
1995	Zimbabwe'
2000:4	Uganda
2000:5	West Africa

Fact Sheets	
1997	Hälso och sjukvård
1997	Reformer inom hälsosektorn
1997	Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa
1997	Befolkning och utveckling
1997	Ungdomshälsa
1997	Handikappfrågor
1999	Aidsbekämpning i Uganda
1999	Förebyggande insatser mot drogmissbruk
1999	Insatser mot familjevåld i Centralamerika
1999	Bättre mödrahälsovård i Angola
1999	Utbildningssamarbete Kenya-Linköping
2001	Sveriges stöd till Hiv/Aids-insatser – 2001
2002	Fler välutbildade barnmorskor ger tryggare förlossningar
2002	Femina skapar het debatt om sex och hiv
2002	Rent vatten ger bättre hälsa och ökad jämställdhet

Sida Evaluations

98/14	Expanded Programme on Immunization in Zimbabwe
99/10	Working with Nutrition. A comparative study of the Tanzania Food and Nutrition Centre and the National Nutrition Unit of Zimbabwe
99/11	Apoyo de Asdi al Sector Salud de Nicaragua. Prosilais 1992–1998
99/36	Support to Collaboration between Universities. An evaluation of the collaboration between MOI University, Kenya, and Linköping University, Sweden
01/03	Tackling Turmoil of Transition. An evaluation of lessons from the Vietnam-Sweden health cooperation 1994 to 2000
01/32	Review of PAHO's project. Towards an integrated model of care for family violence in Central America. Final report
02/13	Sida's Support to the Reproductive Health and TANSWED HIV Research Programmes in Tanzania

Continues

Health Division Documents and a complete list of earlier publications may be ordered from:

Infocenter, Sida S-105 25 Stockholm, phone: +46 (0)8 698 55 80, fax: +46 (0)8 698 56 15
www.sida.se, e-mail: info@sida.se

Other documents

- 1999:1 Report on:
World Youth Conferences in Portugal
August 1998, by Wanjiku Kaime-Atterhög
and Anna Runeborg
- 2000:6A Framtid Afrika –
Huvudrapport
- 2000:6B Annex to Framtid Afrika –
Health Support in Africa – Country Reports
- 1998 Gender and Tuberculosis
- 2000 Webs Women Weave
- 2001 Hälsa – en nyckel till utveckling
- 2001 Jord för miljarder
- 2001 Aids: The Challenge of this Century
- 2002 Health Sector Reforms: What about Hospitals?

Health Division Documents and a complete list of earlier publications may be ordered from:

Infocenter, Sida S-105 25 Stockholm, phone: +46 (0)8 698 55 80, fax: +46 (0)8 698 56 15
www.sida.se, e-mail: info@sida.se



SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY

Address: S-105 25 Stockholm, Sweden. Office: Sveavägen 20, Stockholm

Telephone: + 46 (0)8-698 50 00. Telefax: + 46 (0)8-20 88 64

www.sida.gov.se e-mail: info@sida.se