



**Sağlıklı Şehirler, Sağlık Alanındaki
EŞitsizliklerin Sosyal Belirleyicileri ile
Mücadele Ediyor:
Bir Eylem Çerçevesi**





Sağlıklı Şehirler, Sağlık Alanındaki EŞitsizliklerin Sosyal Belirleyicileri ile M¼cadele Ediyor: Bir Eylem ¼erçevesi

Özet

Bu rapor yerel seviyede sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi için pratik bir rehber niteliğindedir. Temel kavramları anlaşılabilir bir şekilde açıklamakta, örnekler sunmakta hangi müdahalelerin sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicileriyle mücadelede kullanılabileceği hakkında örnekleri gözler önüne sermektedir. Bu eylem çerçevesi “hükümetin tamamı” ve “toplumun tamamı” yaklaşımlarını desteklemektedir. Bu yayının temelinde yatan bulgular, tamamlayıcı bir rapor niteliğinde olan Sağlıkın Sosyal Belirleyicilerini Ele Almak: Kentsel Boyut ve Yerel Hükümetlerin Görevleri isimli makalede bulunabilir.

Ana yazar: Anna Ritsatakis

Kitap tasarımı: Sven Lund

Kapak tasarımı: Christophe Lanoux, Paris, Fransa

Kapak fotoğrafları: Rafael Ben-Ari/Fotolia.com; WHO/Djordje Novakovic; Francesco Ridolfi/Dreamstime.com; Photowitch/Dreamstime.com; apops/Fotolia.com; Biserko/Dreamstime.com

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2012 under the title **Healthy cities tackle the social determinants of inequities in health: a framework for action.**

© World Health Organization, 2012

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

© Turkish Healthy Cities Association, 2013

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından 2008 yılında **Healthy cities tackle the social determinants of inequities in health: a framework for action** başlığı ile İngilizce dilinde yayınlanmıştır.

© Dünya Sağlık Örgütü, 2012

Tercümesi Sağlıklı Kentler Birliği tarafından yaptırılmıştır.

© Sağlıklı Kentler Birliği, 2013

Tercümenin doğruluğundan yalnızca tercümanı sorumludur.

Sağlıklı Kentler Birliği'nden izin alınmaksızın çoğaltma yapılamaz.

İçindekiler

Önsöz	V
1. Giriş – çerçevenin amacı	1
2. Çerçevenin geliştirilmesinin arkasındaki gelişmeler	2
3. Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede neden şu anda uyumlu bir çaba gerekmektedir?	4
4. Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede daha dinamik bir yaklaşım	6
5. Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadeledeki süreçlerin ve yapıların eleştirel olarak incelenmesi	13
6. Harekete geçmek – bütün parçaları birleştirmek	36
7. DSÖ ve DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı nasıl yardım edebilir?	41
Referanslar	42

Önsöz

Bilimsel bulguları ve politika tavsiyelerini eyleme geçirmek zor bir iş olabilir, özellikle de amaç pek çok ilgili merciyi ve sektörü ikna etmek ve harekete geçirmekse. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri ve eşitsizliklerin temel sebepleriyle elde edilen bulgular oldukça kapsamlı olup, bu alanda harekete geçmek siyasi gündem için daha önce hiç olmadığı kadar önemlidir.

Bu alanda toplanmakta olan bilimsel bulgular farkındalığı arttırmış ve acilen harekete geçilmesi gerektiğinin önemini vurgulamıştır. Avrupa Sağlıklı Şehirler Hareketi uzun süredir sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede büyük uğraşlar vermektedir. Fakat araştırmalar, karar mercilerini yönlendirerek bu meseleye sistematik bir yaklaşım geliştirmelerini sağlayacak araç ve eylem çerçevelerine ihtiyaç duyulduğunu göstermiştir.

Bu rapor, kentlerin sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede sürdürülebilir çözümler üretmesini desteklemek amacıyla yayınlanmıştır. Her şeyden önce bu dokümanın, farklı yerel koşullar ve gerçekliklerde uygulanabilecek pratik ve koşullara uyum sağlayabilen bir doküman olması amaçlanmıştır.

Bu yayının ana yazarı olan Anna Ritsatakis'e, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Avrupa'daki Sağlıklı Şehirler ağlarına yazının hazırlanmasına yaptıkları katkılar için teşekkür etmek istiyorum. Ayrıca Joan Devlin'e, yaptığı değerli katkılardan ötürü de özel olarak teşekkür borç bilirim.

Agis D. Tsouros

Politikalar ve Sektörler Arası Programlar ve Bölge Direktörünün Özel Projelerinden Sorumlu Başkan
DSÖ Avrupa Bölge Ofisi

1. Giriş – Çerçevenin amacı

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı, kuruluşundaki değerler olan sağlıkta eşitlik, sosyal adalet, sürdürülebilir gelişme ve etik yönetim ilkelerine bağlıdır. DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı 5. Faz'ına katılan tüm şehirlerin ana teması Yerel Politikalarda Sağlık Ve Eşitliktir (1).

5. Faz'a katılan DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'ndaki şehirler, DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun tavsiyelerinin uygulanmasının önem arz ettiğinin farkındadır (2). DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki ülkelerin çoğu Avrupa Birliği'nin de üyesi olduğu için, 2008-2013 AB Sağlık Stratejisi (3) ile sağlık eşitsizliklerinin azaltılması hususunda AB Komisyonu'nun yayınlamış olduğu bildiri (4) son derece önemlidir.

Sonuç olarak 2009-2013 yılları arasındaki görev tanımını aşağıdaki şekildedir.

- DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nın 5.Faz'daki görevleri şunların gerçekleşmesini sağlamaktır:
 - Sağlıkta eşitliği sağlamak amacıyla kentlerin sosyal ve ekonomik gelişimi
 - Sağlık eşitliğinin sağlanmasında, şehir idaresinin ve özel sektörün görev ve sorumluluklarının farkında olması
 - Bu amaçla sektörler arası işbirliğinin sağlanması

Kısaca bu, sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicileriyle mücadele ve sağlık eşitliğinin yerel politikalarla korunması, geliştirilmesi anlamına gelmektedir. Ana hatları Sağlıklı Şehirler Zagreb Deklarasyonu'nda (5) çizilen 5. Faz'da, bu amacın gerçekleşmesi için şehirlerin üç temel alanda birlikte hareket etmesi gerekir: 1-Duyarlı ve destekleyici çevreler yaratmak, 2-Sağlıklı yaşam ve 3-Sağlıklı kentsel çevre ve kentsel tasarım

Ayrıca Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun

(2) bulguları ve konuyla ilgili yapılan çalışmalarda rastlanan bulguların, Avrupa Bölgesi'ndeki kentler için çıkarımlarını değerlendiren kapsamlı bir rapor da (6) hazırlanmıştır. Bu rapordaki bulguları destelemek ve onlara anlam kazandırmak için DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı, şehirler için muhtemel aksiyon noktalarını gösteren bir eylem çerçevesi hazırlamıştır. Bu eylem çerçevesi, kentsel yönetim ve idari süreçlerin sağlığın sosyal belirleyicileriyle nasıl daha etkili mücadele edebileceği ve kapasite oluşturmaya nasıl bu süreçleri devamlı kılabileceğini anlatmaktadır.

Bu çerçeve, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı için bazı kavramları açıklığa kavuşturan ve şehirlerin uygulamak isteyebileceği örnekleri içeren bir kaynak doküman görevi görür. Bütün Avrupa Bölgesi'nden örnekleri dâhil etmek için çaba sarf edilmiştir. Fakat, İngiltere'de uzun süredir sağlık alanındaki eşitsizliklerin kayıtlarının tutuluyor olması sebebiyle ve bu ülkeden DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'na katılan çok sayıda şehir olduğundan, örnekler arasında İngiltere diğer ülkelere kıyasla daha fazla yer tutmaktadır. 5.Faz ilerledikçe bu durum değişecek, Avrupa Bölgesi'nden aksiyon örnekleri toplanarak, DSÖ Avrupa Ağı'ndaki diğer uygulamalara destek vermek amacıyla internet ortamında erişilebilir kılınacaktır.

Bu çerçeveden faydalanan okuyucularımızın, arka planı mavi olan yazılara özellikle dikkat etmesini öneriyoruz; çünkü bu bölümler, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı 5.Faz kapsamında girişimlerde bulunan şehirlerin kendi ilerlemelerini değerlendirmelerini sağlayacak sorular veya kentlerde sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele için özellikle önem taşıyan mesajlar içerecektir.

Bu metinler burada görüldüğü gibi mavi bir arka plana sahiptir.

Bu çerçevenin sonuç bölümü (6. Bölüm) bu soruları bir arada toplayarak, şehirlerin kendi değerlendirmelerini kolayca yapmalarına olanak tanır.

2. Çerçevenin Oluşturulmasındaki Arka Plan

Bu çerçevenin oluşturulmasında birtakım önemli faktörler dikkate alınmıştır:

- DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı, 1.Faz esnasında sürece dâhil olmuş ve 20 seneyi aşkın bir süredir sağlıkta eşitsizliklerle mücadele eden şehirlerden; sağlıkta adalet ve eşitlik kavramlarının yeni gelişmekte olduğu yeni üyelerden ve bu iki evrenin arasındaki süreçlerde bulunan şehirlerden oluşmaktadır.
- Dolayısıyla eski üyelerin tecrübelerinden yararlanmak ve bu üyelerin başarılarını/başarısızlıklarını yeni üyelerle paylaşmaya teşvik edilmesi oldukça önemlidir. Bundaki amaç tecrübe edilen başarısızlıkların tekrar edilmesini önlemek ve eski deneyimlere yeni bir bakış açısı, yeni bir soluk kazandırmaktır.
- DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve diğer DSÖ programları, sağlıkta eşitsizliklerle mücadelede sektörler arası işbirliğinin sağlanmasına katkıda bulunabilecek yüklü bir bilgi ve araç kaynağıdır.
- DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nın önceki fazlarında gerçekleştirilen çalışmalar arasında sağlıklı şehir profilleri, kentsel sağlık geliştirme programları, sağlıklı şehir planlaması, sağlık etkisi değerlendirmeleri, toplum katılımı ve tüm bunlar için kapasite oluşturulması gibi örnekler bulunur. Bu çalışmaların tamamı da sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadeleyle yakından ilişkilidir.

Dolayısıyla bu çerçevenin önceden yapılan çalışmaları dikkate alması, yeterince pratik olması, amaçlarını açık bir şekilde belirtmesi ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede farklı aşamalar kaydetmiş olan şehirlerin de yararlanabileceği kadar esnek olması gerektiğinin farkına varılmıştır. DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'ndaki kentler, birbirinden oldukça farklıdır ve ortak bir çizgide ilerleyebilmek için bu deneyim farklılıklarının tamamı dikkate alınmalıdır.

Yine bu çizgide bir başka olgu da, gerçek hayatta kentsel gelişim planlarının çoğu zaman önceden belirlenmiş, lineer gelişim süreçlerini (farkındalık oluşturma – politika oluşturma – uygulama – takip etme – değerlendirme) takip etmemeleridir. Örneğin dış olaylar ve uluslararası gelişmeler, siyasi, ekonomik ve sosyal yapının değişmesi, yerel liderlerin bulunup bulunmaması ve çok sayıda diğer faktör sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele sürecini ve aksiyon fırsatlarını doğrudan etkilemektedir.

Bu durum, 5.Faz'ın daha önceden benzerine rastlanmamış bir ekonomik kriz esnasında uygulanıyor oluşunda gözükmemektedir. Kısmen bu kriz yüzünden, Avrupa Bölgesi'nde toplumsal huzursuzluk belirtilebilir gözlenmekte, iklim değişikliğinin de olumsuz etkileri bölgede kendini göstermektedir. İşte tam da bu üçlü ekonomik, sosyal ve çevresel kriz ortamında, sağlık eşitsizliklerinin sebep olduğu problemlerle mücadele edilmeli ve eşitliği sağlamada etkili olabilecek yeni fırsatlar araştırılmalıdır.

Ortak çabaların genel gidişatını ana hatlarıyla göstermenin yanı sıra bu eylem çerçevesi, şehirlerin nasıl daha ileriye gidebileceğinin örneklerini de sunmaktadır. Bu çerçeve, kentlerin içinde buldukları yerel durumlara göre, ortak amaçlara ulaşmak için istedikleri noktada sürece dahil olabilecekleri ve kendilerine uygun yolları seçmelerini sağlamayı amaçlamaktadır.

2010 Haziranında Norveç'in Sandnes kentinde, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Avrupa Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağları tarafından düzenlenen İş ve Teknik Konferansı'nda üç çalışma grubu bu yayının ilk taslağını kaleme almıştır. Bu konferansa katılanların değerleri, öneri ve yorumları da dikkate alınarak, ilk taslak yeniden yazılmış ve değerlendirmeleri için Sağlıklı Şehirler koordinatörlerine gönderilmiş ve sonra yeniden gözden geçirilmiştir. Gözden geçirilmiş olan eylem çerçevesi, 2011'de Belçika'nın Liège kentinde DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Avrupa Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağları tarafından düzenlenen İş ve Teknik Konferansı'nın

genel kurul toplantısında sunulmuş, iki oturumda da tartışılmıştır. Bu tartışmaların temel amacı eylem çerçevesinin Şehirlerde nasıl kullanılacağıyla ilgili ortak bir anlayış geliştirmek, geliŐmelerle ilgili bilgi paylaşımını sağlamak ve ilerleme yollarını araŐtırmaktır. Çerçevenin üç temel taahh¼d¼n¼n tartışılmasına özel olarak ilgili gösterilmiştir (B¼l¼m 6).

3. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileriyle Mücadelede Neden Şu Anda Uyumlu Bir Çaba Gerekmektedir?

Bu sorunun birkaç cevabı vardır.

- Sağlık alanındaki eşitsizliklerin boyutuyla, sebepleri ve ne tür aksiyonlarla ortadan kaldırılabileceğiyle ilgili kanıtlara dayalı bilgiler vardır.
- Bazı bölge ve şehirlerin ısrarlı çabalarına rağmen, sağlık alanında süregelen eşitsizlikler kabul edilemeyecek boyutlardadır.
- Bu durum, güncel ekonomik krizle daha kötü bir hal alabilir.
- Tecrübeler seyrek ve az sayıdaki müdahalelerin işe yaramadığını göstermiştir. Bunun yerine diğer sektörlerin de katılımıyla aksiyon alınmalıdır; ancak bu gözükütüğünden daha zordur.
- Sağlıkın sosyal Belirleyicileriyle nasıl mücadele edilmesi gerektiği sorusu üzerinde yeniden düşünmelidir.

DSÖ Anayasası'na göre (7), her birey sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürdürmesini sağlayacak sağlık düzeyine sahip olmalıdır. DSÖ Herkes için Sağlık politikasının (8), Avrupa Bölgesi'ndeki ülkeleri sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadele etmek için hareket geçirmesinin üzerinden 30 yılı aşkın süre geçmiştir. Bazı ülkelerin ulusal, bölgeler ve yerel seviyede bu eşitsizliklerle mücadele çabalarına karşın; ülkeler arası, ülke ve şehir içi sağlık eşitsizlikleri devam etmektedir.

Şaşırtıcı olan ise 2008'de Avrupa Bölgesi'nde ortalama yaşam beklentisi arasındaki azami farkın erkekler için 19 yıl, kadınlar içinse 11 yıl olmasıdır. AB ülkeleri içinse bu beklenti farkı sırasıyla 14 ve 8 yıldır. Ülkeler arasında, sağlık alanında kabul edilemeyecek kadar önemli uçurumlar bulunmaktadır. Örneğin İngiltere'de (9): "En fakir yerleşim yerlerinde yaşayan insanlar ortalama olarak en zengin yerlerde yaşayanlardan 7 yıl az

yaşamaktadır. Daha rahatsız edici olan ise, bu insanların sakatlık veya hastalık geçirmeden yaşanan süre farkı, zengin ve fakir kesim arasında 17 senedir. Yani fakir bölgelerde yaşayan insanlar hem daha az yaşamakta, hem de bu kısa yaşamlarının daha büyük bir bölümünü rahatsızlıklarla geçirmektedir."

Bir başka örnekte ise İsveç'in Malmö kentinin bazı bölgelerinde yaşayan insanlar, diğer bölgelerde ikaamet eden insanlardan 8 yıl kadar fazla yaşamaktadır (10). Londra'nın en zengin kesiminde yeni doğmuş bir erkek çocuğunun ortalama olarak 88 yıl yaşaması beklenirken, yalnızca birkaç kilometre ötedeki bir başka erkek çocuğunun için ortalama yaşam süresi 71 yıldır (9). Şehrin en dezavantajlı bölgelerinin içinde dahi ortalama yaşam beklentisi cinsiyete ve yaşa göre farklılık göstermektedir. Madrid'deki kadınlar (11) ve Barselona'daki yetişkinler (12) üzerinde yapılan araştırmalar bu meselenin karmaşık yapısını gözler önüne sermektedir.

Avrupa Komisyonu'nun 2009'da yayınladığı sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasıyla ilgili bildiriye (4) göre: "Sağlık eşitsizliklerinin düşürülmesi gerektiğiyle ilgili genel bir mutabakata varılmış olsa da, farklılık seviyeleri ve alınan aksiyonların kapsamı farklılık göstermektedir. AB üyesi ülkelerin yarısından fazlası sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına yeterince önem vermemekte, bu da kapsamlı sektörler arası işbirliğinin geliştirilmesine engel olmaktadır."

Bu açıdan bakıldığında, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağının üyeleri belki de daha avantajlı bir konumda bulunmaktadır. 2009'da, DSÖ Avrupa Ağına üye 63 ülkenin politikacılarına sağlık alanında aksiyon alınmasının en temel üç nedeni sorulduğunda, eşitsizlikler ve sosyal adalet cevapları en sık verilen cevaplar olmuştur. Bu siyasetçiler şehir sağlığı alanındaki eşitsizlikleri "özü itibarıyla kabul edilemez" olarak nitelemiştir (13).

Sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması bir anda gerçekleşecek bir durum değildir, zaman ve sabır gerektirir. Bununla birlikte, "nesillerin içindeki ve

arasındaki farklılıkların azaltılması” bazı şeyleri farklı yapmayı gerektirir. Margaret Whitehead’in çalışmasını, ülkelerin bu zamana kadarki deneyimlerine uyarlayacak olursak, sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede yaklaşık 5 kademe tanımlanabilir:

- Sorunun farkına varmak
- Sağlık eşitsizliklerini takip etmek ve incelemek için sürekli araştırmalar yapmak
- Sektörleri arası aksiyon ile sorunun giderilmesini sağlayacak siyasi iradenin oluşturulması
- Tüm sektörlerin sorumluluklarının ve sağlıkta adalet hususunda gerektiği durumlarda hesap vermeleri gerektiğinin bilincine varması
- Eşitsizliklerin giderilmesi için sektörler arası işbirliği

Uluslararası literatür açıkça bu meselenin farkındalığının arttığını, eşitsizliklerin kapsamını ve sebebini açıklayan araştırmaların hız kazandığını göstermektedir. Aradaki farkın kapatılmasında neyin etkili olduğunun değerlendirilmesine ise daha az önem verilmektedir. Sektörler arası aksiyon sürekli olmadığı gibi, bu aksiyonlar sıklıkla geleneksel yöntemleri kullanmakta ve yalnızca toplumun en zayıf kesimlerine odaklanmaktadır (15). Sağlık eşitsizliklerinin sosyal Belirleyicileriyle mücadelede koordine ve uzun vadeli aksiyon geliştirme çabaları ise o kadar belirgin değildir.

Dahası, yarım yüzyıldır uygulanan eşitlikçi politikalar sayesinde, sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin büyük oranda giderildiği İskandinav ülkelerinde bile sağlık alanında uçurumlar görülmeye devam etmektedir. Varlıklı Avrupa ülkelerinin bazılarında bile sağlık alanındaki eşitsizlikler artmaya devam etmektedir.

Avrupa Bölgesi’ndeki ülkelerin devlet borçlarının boyutu, önümüzdeki yıllarda kamu maliyesinin kısıtlanacağına işaret etmektedir. Ekonomik krizle mücadele için yapılan önerilerin, Avrupa

Bölgesi’nde uzun yıllar içinde inşa edilen sosyal güvenlik programlarını tehlikeye soktuğunun belirtileri gözlenmeye başlanmıştır bile. Güncel ekonomik krizden çıkma yolları, kısa vadeli aksiyonların tercih edilmesine sebep olabilir ki, bunun yapılması pek doğru değildir. Örneğin Avrupa’da işsizlik oranları %10’a yaklaşmakta ve 25-64 yaşındaki nüfusun yaklaşık 1/3’ünün formel vasıfları bulunmamaktadır. Uzmanlara göre sözleşmeli ve geçici iş imkânları, işverenlerin, beceri gelişimine yatırım yapmasını engellemektedir.

Bu sadece ahlaki değil, aynı zamanda bir ekonomik sorundur. Mackenbach ve diğerlerine göre (16), “Eşitsizliklerden kaynaklanan sağlık sorunları, yaklaşık sosyal güvenlik sistemlerinin %15’lik bir kısmının, AB genelindeki sağlık sistemlerinin ise %20’lik bir kısmının maliyetine tekabül etmektedir. Bu figürlerin yıllık olarak hesaplandığını ve eşitsizliklerin sürmesi durumunda mali zararın da seneler içinde giderek artacağını belirtmek gerekir.”

Sağlıkta adalet ve sağlık gelişimi konuları, sağlıkta eşitsizlikleri yaratan sosyoekonomik eşitsizliklerin daha fazla yerleşmemesi için daha güçlü bir şekilde gündeme getirilmelidir. İş ve işyerleri her zamanki gibi bir çözüm değildir. Güncel ekonomik krizin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirecek adımların atılması son derece önemlidir.

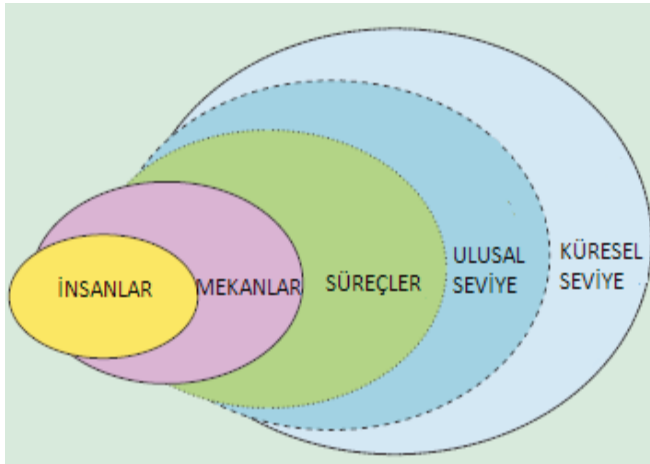
Wilkinson ve Pickett (17), ekonomik olarak daha eşit toplumların, obezite, genç kızların hamileliği, zihinsel sağlık, suç ve tutukluluk oranları gibi alanlarda daha başarılı olduğunu göstermiştir. Bu yazarlar, eşitliğin herkesin yararına olduğunu savunmaktadır.

Güncel ekonomik, sosyal ve çevresel kriz; şehirlerin ne tür bir toplum yaratmak istediklerini yeniden düşünmelerini sağlayabilir. Hükümetlerin, bölgesel ve yerel hükümetlerin sağlığın sosyal Belirleyicileriyle ilgili önemli kararlar almakta zorlandığı bu dönemde mevcut durum, eşitsizliklerin giderilmesi için iyi bir fırsat olabilir.

4. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileriyle Mücadelede Daha Dinamik Bir Yaklaşım

Şehir otoriteleri belli bir bölgeden, bu bölge sakinlerinden ve bölgede bulunan göçmen ve ziyaretçilerden sorumludur (Şekil 1). Şehir otoriteleri kontrolleri dışında gelişen ulusal ve uluslararası politikalar dâhilinde hareket etmek zorundadırlar. Sorumlulukları dâhilindeki alanlarda meydana gelen süreçleri (idari, yasal, kentsel planlama, ticaret ve sosyal süreçler gibi) etkileme potansiyelleri vardır. Sağlık eşitsizliklerinin azaltılması görevi açıkça tanımlanıp benimsenirse, bu süreçlerin çoğu eşitsizliklerin giderilmesine katkı sağlayacak şekilde yeniden değerlendirilmelidir.

Şekil 1. İnsanlar, Mekânlar Ve Süreçler



Belli bir zaman sınırlaması olan izole projeler, sağlık sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede istenen yaklaşım değişikliğini gerçekleştiremez. Amaç, yukarıda belirtilen 4. ve 5. kademelerde ilerleme kaydederek, sağlıkta eşitliğin toplumun tamamı tarafından benimsendiği sistematik bir yaklaşım geliştirmektir. Nasıl ki alınan aksiyonların çevreye etkisi sürekli olarak göz önünde bulun-

duruluyorsa, kentsel gelişimin de sağlık eşitsizlikleri üzerindeki potansiyel etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır.

4.1 İnsanlar

Şehirde yaşayan, çalışan veya şehirden sadece geçmekte olan insanların tamamı, sağlıklı yaşamdan direk olarak yararlanan ve sağlığı yaratan etmenler olmaları dolayısıyla bu meselelerin odağında bulunmaktadırlar. Sadece sağlığı risk altında bulunan insanlar değil, tüm yerel toplum dikkate alınmalıdır. Yukarıdaki şekilde 4. ve 5. seviyelerde başarı elde etmek için yalnızca sağlık sektörünün değil, diğer sektörlerin de karar mercileri, hatta bölge halkı ile bölgede çalışan insanların tamamı sürece dâhil edilmelidir. Bu, şu anlama gelir:

Pasif konumdaki bir nüfus ile ilgili girişimler yerine bu nüfus ile birlikte girişimler yapmak

Bazı şehirler için bu durum, aşağıdaki hususlarda yeni yaklaşımlar geliştirilmesini gerektirir:

- Nüfusla ilgili bilgilerin nasıl toplandığı ve bir araya getirildiği
- Üzerinde durulması gereken nüfus grupları
- Sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasındaki engellerin ve fırsatların değerlendirilmesi
- Sosyal kapitalin geliştirilmesi ve ortaklıklar kurmak amacıyla sosyal alanlarda çalışan profesyonellerle iletişim halinde olmak, bölge halkını çözümün bir parçası haline getirmek

4.1.1 Gerekli Bilginin Derlenmesi

Önemli sağlık sorunlarının belirlenmesi için yaşam tarzları, alışkanlıklar, sakatlanma ve ölüm oranları, yaş, cinsiyet, gelir durumu, eğitim seviyesi ve meslek gibi sosyoekonomik faktörlerle ilgili verilere ihtiyaç vardır.

Ancak bu verilerin tamamı çok az sayıda şehirde bulunmakta ve pek çok şehir yukarıda belirtilen gelişim merdiveninde 2. aşamaya dahi erişememektedir. Gelişmiş epidemiyolojik verilere sahip şehirlerde bile muhtemelen yerel halkın kaynaklarıyla ilgili veriler bulunmamaktadır.

Bu problemin belli bir bölümü, şehirlerin verilerin toplanmasından sorumlu olmamasından kaynaklanır. Örneğin Danimarka’da, şehir seviyesindeki verilerin toplanmasından bölge seviyesindeki yetkililer sorumludur; şehirlerin ihtiyaç duydukları verilerin toplanmasına karar verme imkânları da yoktur. Şehir genelinde yapılmak istenen araştırmaların maliyeti ise genelde belediyeler ve yerel otoritelerin kaynaklarını aşmaktadır.

Karanlıkta hareket etmek bu sebeple çok da mantıklı bir seçenek değildir. En azından şehirler mevcut bulgu tabanlarından yola çıkarak verilerin derlenmesine başlayabilir; bu bulgu tabanı şüphesiz ki sonradan genişletilecektir. Bunun için ulusal ve bölgesel istatistik kurumlarını daha iyi yerel veriler toplamak adına sıkıştırmak veya yerel otoritelerin bilgilerinden faydalanmak gerekebilir. Ayrıca yerel akademiler ve sivil toplum örgütleri de bu amaçla teşvik edilebilir. Gelişmiş veri tabanlarına erişimi bulunan şehirlerdeki uygulama örnekleri bu ve benzer argümanları olumlu etkileyecektir. Bu, hangi yöntemlerle sağlanırsa sağlansın, şu hususlar son derece önemlidir:

Düzenli olarak derlenen veriler cinsiyet, yaş ve gelir, eğitim seviyesi, meslek gibi sosyoekonomik faktörleri yansıtmalıdır.

Varlığa dayalı bir yaklaşıma geçiş için ihtiyaç duyulan bilgiler toplanmalı ve analiz edilmelidir.

4.1.2 Kim Hedef Alınmalı?

Bazı istisnai durumlar hariç, genel olarak geçmiş uygulamalar en zayıf ve dezavantajlı gruplara odaklanmıştır. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun

raporu (2) da haklı olarak dezavantajlı gruplara odaklanması gerektiğini kabul eder, ancak bunun yanında tüm sosyal tabakalardaki sağlık eşitsizliklerini de ele almak önemlidir. Bu rapor aynı zamanda hayat evreleri yaklaşımını ve genç çocuklara özelliklere önem verilmesini önerir.

Bu iki yaklaşımın bir araya getirilmesi demek; bütün yaşam evrelerini ele alırken, yüksek risk altında bulunduğu düşünülen yoksul ve işsizler, göçmenler ve çingeneler üzerinde özellikle durmak demektir.

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin farklı hayat evrelerinde farklı etkileri bulunmaktadır. Doğumdan bile önce başlayan eşitsizlikler hayat boyu birikecek artmaya devam eder. İngiltere’deki Marmot Araştırması’nın ana raporu olan Adil toplum, sağlıklı yaşamlar (9), farklı hayat evrelerindeki sağlık eşitsizlikleriyle (Şekil 2) nasıl mücadele edileceğini göstermektedir. İnsana yaraşır bir ölüm de bu şemaya eklenebilir.

En zayıf grupların desteklenmesi için gerekli aksiyonlar alınmalıdır. Güç, para ve kaynakların dağılımı bakımından en altta olan ve kenara itilmiş, dışlanmış insanların mümkün olduğunca sosyal ve ekonomik hayata katılmaları sağlanmalıdır. Pek çok sağlık göstergesi için durum basit bir “üste karşı alt” meselesi değildir. Örneğin, en yüksek gelir seviyesinden en düşük gelir seviyesine doğru inerken her basamakta sağlık göstergeleri kötüleşir. Bu da yalnızca en alt kesimde bulunanların değil, ara kesimde bulunan insanların da sağlıklarının en üst kesimde bulunanların sağlığından kötü olduğu anlamına gelir. İngiltere’den elde edilen verilere göre en yüksek ve en düşük gelir seviyesine sahip bölgeler arasındaki ortalama yaşam süresi farkı 7 sene, bu fark rahatsızlıktan uzak hayat beklentisi söz konusu olduğunda ise 17 senedir. Gelir bakımından en yüksek ve en düşük %5’i çıkardığımızda bile bu fark sırasıyla 6 ve 13 sene olarak ölçülmektedir. Dolayısıyla orta tabakalardaki insanların sağlığı da en üst tabakadaki insanların sağlığından daha kötüdür. Şekil 3 bu farklılıkları göstermektedir. Londra Metro su

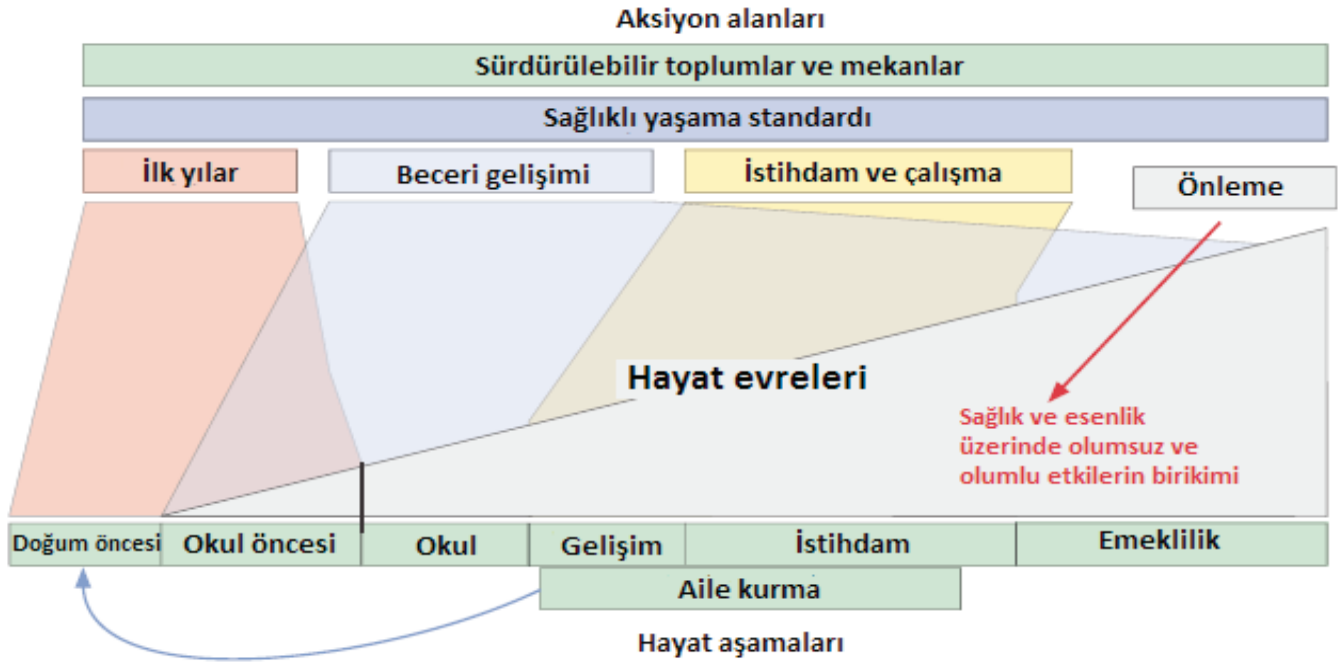
Jubilee hattında Westminster'dan doğuya doğru gidilen her durak için ortalama yaşam süresi bir sene kadar düşmektedir.

Sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadele, yalnızca en zayıf gruba yönelik bir politika veya program değildir. Şehir nüfusunun tamamının sağlığını arttırmak hedeflenmelidir.

Adil toplum, sağlıklı yaşamlar (9), "sağlığın sosyal

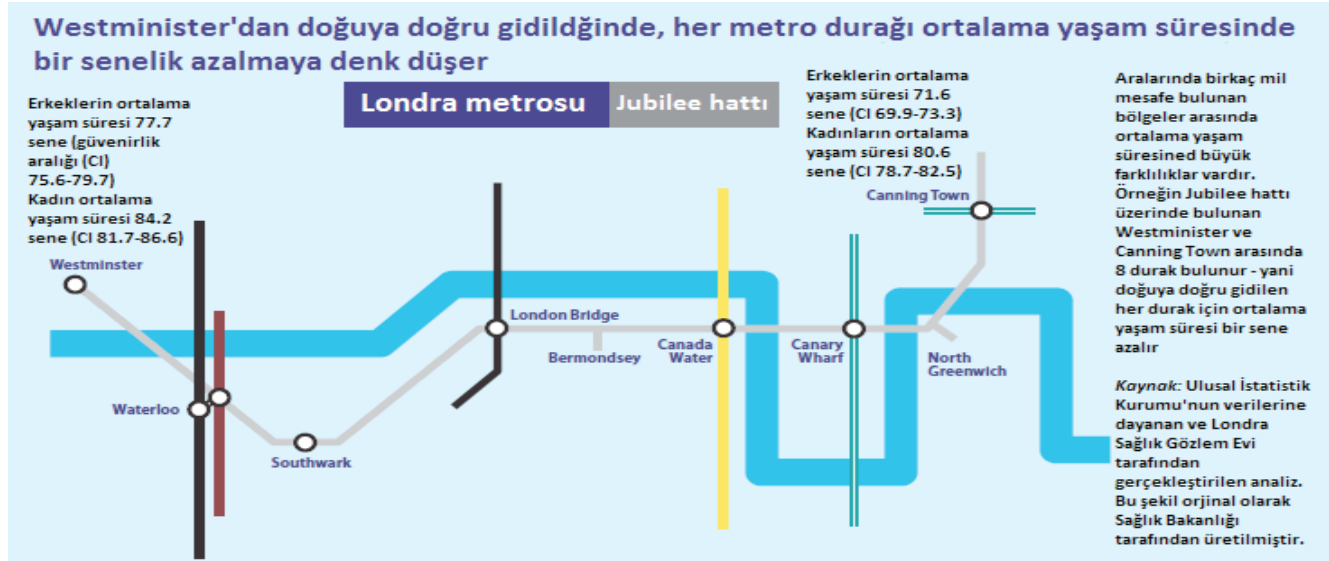
tabakalarının arasındaki eğimi azaltmak için alınan aksiyonların evrensel, aynı zamanda en dezavantajlı kesimin ihtiyaçlarıyla da orantılı olması gerektiğini" belirtmektedir. Buna orantılı evrensellik adı verilmiştir. Dezavantajlı çocukları eğitimde ve yetiştirmelerinde destekleyen, İngiltere'deki Emin Adım (İng: Sure Start) programı ve diğer ülkelerde yürütülen benzer programlar bu yaklaşımı örneklemektedir.

Şekil 2 Hayat Evreleri Boyunca Eylem Alanları



Kaynak: Adil Toplum, Sağlıklı Yaşamlar: İngiltere’de 2010 Sonrası Sağlıkta Eşitsizliklerin Stratejik İncelenmesi (26).

Şekil 3. Londra’nın Belirli Bir Bölgesinde Ortalama Yaşam Süresi Farklılıkları



4.1.3 Sağlık Eşitsizliklerinin Giderilmesinde Karşılaşılan Fırsat Ve Zorlukların Değerlendirilmesi

Tek bir yaklaşım veya program şüphesiz ki her duruma uymayacaktır. Farklı gruplar farklı zorluklarla karşılaşmakta ve bunları aşmak için farklı yaklaşımlara ihtiyaç duymaktadır.

Risk altında bulunan insanların bazı özelliklerinin, farklı durum ve şartlarda daha önemli bir hal alması bu meseleyi daha da karmaşık bir hale sokar. Örneğin Hindistan’da yeni yapılan bir araştırma (18), ilk etapta sağlık hizmetlerinden yararlanmada cinsiyetin gelir durumundan daha önemli bir belirleyici olduğunu ancak bu hizmetlerden sürekli yararlanma açısından ise gelir durumunun cinsiyetten daha önemli olduğunu göstermiştir. Avrupa Bölgesi’ndeki şehirlerde yoksulluk içinde yaşayan bölge sakinlerinin ihtiyaç ve kaynakları düşük gelirli göçmenlerin ihtiyaçlarından; bu gruplar içerisindeki kadınların ihtiyaçları da erkeklerin ihtiyaçlarından farklılık gösterebilir. Herkesin ihtiyacına uygun olarak özelleştirilmiş programları yaratmak mümkün olmasa da; eşitsizliklerle mücadele eden mevcut program ve projelerin cinsiyet, yaş ve orantılı evrensellik gibi unsurları kapsayacak esneklikte olması gerekir.

4.1.4 Sosyal Ve Profesyonel Gruplarla Etkileşim

Karar verme süreçlerine geniş katılımın sağlanması, her daim DSÖ Herkes için Sağlık politikasının ve Sağlıklı Şehirler Hareketi’nin temel prensibi olmuştur. Fakat, sağlıkta eşitsizliklerin belirleyicileriyle mücadelede, bölge halkının katılımının bir üst seviyeye taşınması büyük farklar yaratacaktır.

Kararlar ulusal veya uluslararası seviyede alınsa bile, yerel seviyede yaşamakta olan insanların bu kararları nasıl gördüğü, yorumladığı ve uyguladığı esas fark yaratan unsurlardır. Örneğin Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun (2) prensiplerinden biri “güç, para ve kaynakların orantısız dağılımıyla mü-

cadele etmektir.” Gelir seviyesi, uluslararası ticaret koşullarından doğrudan etkilenmektedir; ancak asgari ücret genelde ulusal seviyede saptanır. Ancak, Avrupa Bölgesi’ndeki bazı şehir ve kasabalarda bazı insanlar göçmenleri asgari ücretin altında maaşlarla çalıştırmaktadır. Güç, para ve kaynak dağılımının önemi; adil bir toplumun gerekliliği ve kullanılan kaynakların değeri ancak herkesin katılımıyla anlaşılabilir (19).

Bazı şehirler bu geniş katılımı sağlamak için yaratıcı denemelerde bulunmuştur. Örneğin Danimarka’nın Horsens kentinde “halk grupları, halk konseyi ve forumlar oluşturulmuş ve bununla belediye ve halk arasında işbirliğinin ve diyalog ortamının geliştirilmesi amaçlanmıştır. İnternet, televizyon, yerel medya, evlere dağıtılan broşür ve kitapçıklar, telefon görüşmeleri çalışma grupları gibi yöntemlerle mevcut bilgilerin mümkün olduğunca halka aktarılması için uğraşılmıştır.” Sandnes’te ise Çocuklar için Kent Konseyi oluşturularak, genç neslin belediyenin politik aktivitelerine katılması, kendi çıkarlarıyla ilgili planlar yapması teşvik edilmiştir (21). Bu durumda çocuklar oyun park ve bahçelerinin, yerel yürüyüş ve oyun alanlarının ne şekilde kullanılması gerektiğine karar vermiş ve sonrasında bu kararlar şehir planlamasında kullanılmıştır. Brighton ve Hove gibi şehirlerde ise Yaşlılar Kent Konseyi bulunmakta, bu sayede yaşlıların kendi ihtiyaçlarını dile getirmesine ve karşılamasına olanak tanınmaktadır.

Sosyoekonomik tabakanın en altında bulunan insanlar genel olarak “dezavantajlı”, “savunmasız” ve “risk altında” şeklinde tanımlandıklarından bu insanlar, bazı şeylerin kendileri için yapılması gereken kişiler olarak düşünülmemekte, kendileriyle birlikte aksiyon alınabilecek kişiler olarak düşünülmemektedir. Varlığa dayanan halk gelişimi alanında yapılan çalışmalar, sosyal kapitalin, kişilerin bilgi, beceri ve networklerinin gereğinden az kullanıldığını göstermiştir (22).

Toplumsal pazarlama becerileri de insanların neden belli şekillerde davrandıklarının, nelere değer verdiklerinin, neleri arzuladıklarının ve eylemlerini motive/demotive eden şeylerin anlaşılmasını kolaylaştırır. İnsanların sağlığa karşı hissettiği enerji, beceri ve arzuların anlaşılması ve teşvik edilmesi sayesinde; en dezavantajlı konumda olan insanlar bile çözümün bir parçası olabilir, sorumluluk olarak sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadeleye katkıda bulunabilir.

Her şehrin gidişatını belirleyen kişiler vardır: yani profesyonel ve pratik anlamdaki uzmanlar. Doğru zamanda, doğru yerde bulunan doğru insanlar büyük farklar yaratabilir (22). Hem kamu sektörü hem de özel sektör tamamen dâhil olmalıdır. Sivil toplum örgütleri genelde bünyelerinde alanında uzman ve belli bir davaya fiilen bağlı uzmanları barındırır.

Bir şehrin zihinsel sağlığı, o şehrin en önemli kaynaklarından biri olabilir. Fiziksel ve zihinsel olarak sağlıklı bir yerel halk, hem işgücü sağladığı için hem de potansiyel müşteri oldukları için özel sektör için oldukça faydalıdır. Sosyal sorumluluk projelerinin de artması (24), sağlık eşitsizliklerini özel sektörün gündeminde daha yukarılara taşımak için benzersiz bir fırsat olabilir.

4.2 Mekânlar

Şehirler, kontrolleri dâhilinde bulunmayan ulusal ve uluslararası seviyelerdeki politikalardan büyük ölçüde etkilenmektedir. Bununla birlikte bazı durumlarda bu uluslararası ve ulusal politikalar, yerel politikaların oluşturulmasında tetikleyici bir etki yapabilir. Bazı ülkeler, sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele için ulusal politikalar oluşturmuştur (25). DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nın 4. Fazı, böyle ulusal politikaların varlığının yerel seviyedeki girişimleri de olumlu etkilediğini göstermiştir (26). En etkili müdahalelerden bazıları eş zamanlı olarak farklı seviyelerde yürütülen girişimlerdir.

Şehirlerin sağlığın sosyal belirleyicilerini nasıl şekil-

lendirebileceğini, fiziksel aktivite ve zihinsel sağlık için gerekli sağlıklı alanları nasıl oluşturabileceğini, sosyal dayanışmayı ve doğal çevrenin nasıl korunmasını sağlayacağını açık ve net bir şekilde belirtmesi gerekir. Bu durum Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun (2) raporunda da vurgulanmıştır.

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı aracılığıyla geliştirilen kentsel planlama yönergeleri uyarınca (27), sağlıklı kentsel mekânlar aşağıdaki alanlarda iyileştirmeler sağlamalıdır:

- Sağlıklı egzersiz
- Sosyal dayanışma
- Kaliteli yerleşim alanları
- İş imkânlarına erişim
- Sosyal tesislere erişim
- Etkisi düşük yerel besin üretimi ve dağıtım
- Topluluk hissi ve yol güvenliği
- Eşitlik ve yoksullukla mücadele
- Kaliteli hava ve gürültü kirliliğine karşı korunma
- Kaliteli su ve temizlik
- Arazinin korunması ve temizlenmesi
- Hava koşulları dengesi

Bu hedeflerin pek çoğu, dezavantajlı bölgelerde veya sosyal tabakalardaki insanların tamamı için uygulandığında, sağlıkta eşitsizlikle mücadeleye katkıda bulunabilir.

Fark yaratmak için yerel alanlara karşı yeni bir farkındalık geliştirilmelidir. Kentsel gelişim ve hizmetlerin ulaştırılması genelde farklı kaynaklarla finanse edilmektedir. İngiltere'deki HM Hazinesi'nin yakın zamanda yayınladığı bir rapor (28), bazı alanlardaki kamu hizmetlerinin, bu hizmetlerin nasıl finanse

edildiğinin, hangi gayrimenkullerin bu hizmetlerin kullanımına tahsis edildiğinin ve müşterilerin gözünden bu hizmetlerin ne şekilde iyileştirilebileceğinin bir haritasını çıkarmıştır. Bu raporun sonuçları, bazı benzer çalışmaların birbirinden habersiz yürütülmesi sebebiyle birtakım fırsatların elden kaçırıldığını göstermektedir.

Arazilerin ve hatta tek bir amaçla kullanılmakta olan okul gibi alanların farklı amaçlarla da kullanılması maliyeti düşürerek sektörler arası kültürel engelleri ortadan kaldıracaktır. Zayıf grupların kullanmakta olduğu alışveriş merkezi gibi alanları kullanarak, bu gruplara ulaşmaya çalışmak da etkili olabilir. Örneğin, İtalya'nın Milan kentinde 2009'dan bu yana 23 eczanede ücretsiz konsültasyon hizmeti verilerek, halka psikolojik destek sağlanmaktadır.

Bazen insanların mekân kullanımı alışkanlıklarını değiştirmek gibi basit ve daha eşitlikçi çözümler (sınıflarda oturma düzeninin daire şeklinde değiştirilmesi gibi) bile fark yaratabilir. Bazen kamu binalarının tasarımı, dinlenme alanları ve yeşil alanların sebep olduğu değişiklikler, fiziksel aktiviteyi ve sosyal etkileşimi teşvik edebilir. Ortam ve mekân zihinsel sağlığı oldukça etkileyebilir (29).

4.3 Süreç

Basitçe belirtmek gerekirse şehir yönetimi, kararların alınıp uygulandığı (veya uygulanmadığı) süreçtir. Bu, kamu sektörü ve özel kuruluşların, formal ve informal çıkar çevreleri veya bireylerin önceliklerini belirlemesine ve çatışan çıkarlarını çözmelerine olanak tanıyan tüm durumları içerir.

Tüm şehirlerin politika oluşturma, planlama ve yasal sorumluluklarını yerine getirmek için gerekli yapı ve süreçleri bulunur. Özellikle sektörler arası aksiyonunun alındığı durumlarda, bu yapı ve süreçlerin etkinliği değerlendirilmelidir; ancak, bunun yapılmıyor oluşu sağlığın sosyal Belirleyicileriyle mücadeledeki önemli sorunlardan biridir.

Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede, be-

lirli amaçları olan özel süreç ve yapıların geliştirilmesi gerekebilir. Fakat farkındalık yaratmak, bulgu toplamak, politika oluşturmak, uygulama, değerlendirme, düzenleme, finansman ve koordinasyon için kullanılmakta olan mevcut süreç ve yapılar da benimsenebilir. Birkaç sene önce Milan kenti (30), yerel üniversitenin de yardımıyla, "Milan'da yürürükte olan ve fiziksel, sosyal, çevresel faktörleri bir araya getiren girişim ve planları" gözden geçirmiştir. Bu da, sektörler arası işbirliğinin değerlendirilmesini sağlamış ve bu süreçte muhtemel engellerin nasıl aşılacağıyla ilgili bilgi vermiştir.

Diğer sektörlerdeki başarılı süreç ve yapılarla mevcut yapıları bir araya getirmek, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasını yerel hükümetin tamamı için bir görev haline getirecektir. Örneğin, İrlanda'da sağlık politikalarının uygulanması için ulusal seviyede sektörler arası işbirliği sağlama girişimleri bulunsa da, bu girişimler başarısız olmuştur. Bunun sonucunda 2007'de "mevcut ve başarıyla işleyen ve sektörler arası işbirliğini sağlayan bir mekanizmaya yönelme kararı alınmıştır: başbakanlık tarafından yetkilendirilmiş ve yönetilmekte olan ve sosyal içerme ile ilgili çalışmalar yürüten kabine alt komitesi."

Şehrinizde sektörler arası işbirliğini sağlayan hangi yapı ve mekanizmalar mevcut?

Bu yapı ve mekanizmalar ortak planlama, finansman veya en azından bilgi ve tecrübe paylaşımını sağlamada başarılı mı?

Bu yapı ve mekanizmalar sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadeleye katkıda bulunacak şekilde uyarlanabilir mi?

Yoksa yeni süreç ve yapılar mı kurulmalı? Bu süreç ve yapılara nasıl görünülük kazandırılabilir, nasıl destek verilebilir?

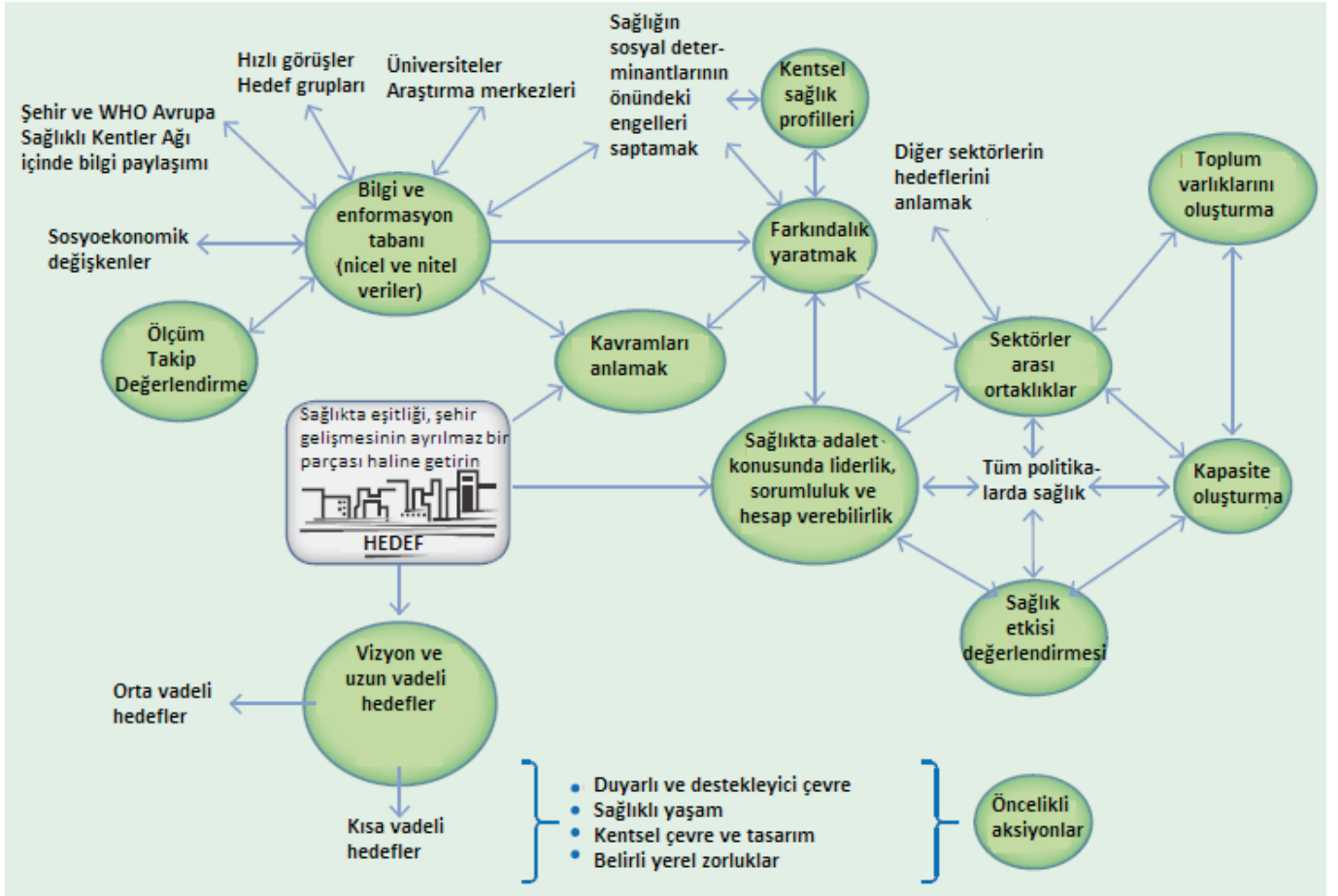
5. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileriyle Mücadeledeki Süreçlerin Ve Yapıların Eleştirel Olarak İncelenmesi

“Hedef”ten başlayarak, Şekil 4, şehirlerin sağlık sosyal belirleyicileriyle mücadelede üzerine odaklanılması gereken başlıkları (yeşil daireler içindeki başlıklar) grafiksel olarak göstermektedir. Bu faktörler arasındaki ilişki ile sağlıkta eşitliği kentsel kalkınmanın vazgeçilmez bir unsuru haline

getirmenin önemi basit bir kavram haritasıyla açıklanmıştır.

Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele için seçilen faktörler, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı 3.Faz ve 4.Faz’a, Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun raporuna (2); Avrupa Bölgesi’ndeki çok sayıda bölge ve şehirden edinilen kapsamlı dokümanlara ve 2010 Haziranında Norveç’in Sandnes kentinde DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Avrupa Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağları tarafından düzenlenen konferanstaki tartışmalara dayanmaktadır.

Şekil 4 Sağlık Eşitsizliklerinin Sosyal Belirleyicileriyle Mücadelede Önemli Unsurlar



Yeşil daireler içinde belirtilen temel aksiyon alanlarını, bu alanların birbirleriyle olan bağlantılarını ve önkoşullarını göstermek adına, yukarıdaki gibi grafiksel bir kavram haritası tercih edilmiştir.

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'na dâhil şehirlerin karmaşık yapısı göz önünde bulundurularak, şehirlerin sağlıkla mücadelede içinde buldukları aşamaya uygun eylemleri seçmesini kolaylaştırmak ve şehirlere esneklik sağlamak adına böyle bir kavram haritası seçilmiştir.

5.1 Kavramları Anlamak

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'na üye şehirler oldukça şanslıdır; çünkü 5.Faz'a katılarak, bu şehirlerin belediye başkanı ve kent konseyi gibi üst düzey siyasi yöneticilerin sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında resmi olarak sorumluluğu bulunmaktadır.

Bununla birlikte, en üst düzeyin desteği önemli olsa da tek başına yeterli değildir. Konun anlaşılması ve desteklenmesi kentin genelindeki idari birimlere ve nüfusun tamamına ulaşmalıdır. Aynı zamanda süreç şu anda idareyi elinde bulunduran kent konseyinin de ötesine geçerek süreklilik kazanmalıdır. Sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilgili bilgilendirildiklerinde, özellikle seçimler sonrasında siyaset adamlarının ve karar mercilerinin fikirleri değişebilir. Kamunun da bu meseleyle ilgili bilgilendirilmesi ve kendi seslerini duyurabileceği kanallardan haberdar edilmesi gereklidir.

Sizin için sağlık alanında eşitlik kavramının kolayca ulaşılabilir ve açık bir tanımı var mı?

Sürekli olarak toplanan ve güncellenen veriler cinsiyet, yaş, gelir, eğitim seviyesi ve iş durumu gibi sosyoekonomik faktörleri yansıtmalıdır. Varlığa dayalı bir yaklaşımda kullanılacak bilgilerin derlenmesi ve analiz edilmesi gereklidir

5.1.1 Sağlıkta Eşitlik Ne Demektir?

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun raporunda (2), sağlık eşitsizlikleri, sistematik farklılıklar sebebiyle oluşan ve dolayısıyla mantıklı bir aksiyon ile önleneme ihtimali bulunan ve bu sebeple de adil olmayan eşitsizlikler olarak tanımlanmıştır. Bu tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımı olan (32) "bir ülkenin içinde veya ülkeler arasında, insan grupları arasındaki önlenebilir farklılıklar" ile örtüşmektedir. Bu alandaki pek çok aktör sağlık eşitsizliği (veya eşitsizlikleri) terimini, sağlık alanındaki bu kaçınılabılır, önlenebilir farklılıklar ve eşitsizlikler için kullanmaktadırlar. Bu aktörler eşitlik kelimesini negatif anlamıyla değil, pozitif anlamıyla kullanmaktadırlar (sağlık adaleti gibi).

DSÖ Avrupa Bölgesi'nde sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadelenin politika çıkarımlarının anlaşılabilmesi için çok sayıda çaba sarf edilmiştir. 1990'lı yılların başında sağlıkta adaletin ne anlama geldiğini tartışan, eşitsizliklerin nasıl ölçülebileceği ve hangi politikaların ve stratejilerin bu eşitsizlikleri azaltabileceğiyle ilgili yayınlar basılmıştır (33-35). Teknik bilgiye sahip olmadığı düşünülen kitleler için hazırlanmış olan bu yayınlar, 20'den fazla dile çevrilmiştir.

Bu yayınlar dilinize çevrilmiş mi? Elinizde benzer ulusal malzemeler mevcut mu?

Sağlık alanındaki farklar ve varyasyonlar standart sağlık istatistikleri kullanılarak ölçülebilir, fakat her farklılık da eşitsizlik anlamına gelmemektedir. Margaret Whitehead'e göre (33), "Adaletsizlik teriminin ahlaki ve etik olmak üzere iki farklı boyutu vardır. Bu terim aslında var olması gerekmeyen ve kaçınılabılır olan; fakat aynı zamanda adil ve eşitlikçi olmayan farklılıkları anlatmak için kullanılır."

Whitehead, sağlıkta yedi farklı varyasyon tespit etmiştir:

1. Doğal, biyolojik farklar
2. Kişinin kendi iradesiyle yapmayı seçtiği ve sağlığına zarar veren sporlar ve uğraşlar
3. Bir grubun başka bir gruptan daha önce yapmayı seçtiği için kazanmış olduğu, geçici sağlık arttırıcı davranışlar (burada, diğer grubun da aradaki farkı kapatma imkânı bulunmalıdır)
4. Hayat tarzı seçiminin kısıtlanmasına bağlı sağlığa zarar veren davranış ve alışkanlıklar
5. Sağlıksız ve stresli yaşam ve çalışma şartlarına maruz kalmak
6. Sağlık ve diğer kamu hizmetlerine yetersiz erişim imkânı
7. Doğal seleksiyon veya hasta insanların sosyal sınıf olarak alta düşmesi gibi sağlıkla alakalı sosyal hareketlilik

Bu maddeler ile ilgili mutabakat, ilk üç kategorinin normal şartlar altında sağlık alanındaki eşitsizlikler olarak sınıflandırılmayacağı yönündedir. Pek çok insan için 4, 5 ve 6. Maddelerin sebep olduğu eşitsizlikler kaçınılabilir olup, adil değildir. Hasta insanların daha fakir olma eğilimini içeren 7. Kategoride ise, söz konusu olan ilk etapta hastalık veya rahatsızlık kaçınılmaz ve engellenmez olsa da, bu hastalığın sebep olduğu düşük gelire sahip olma durumu önlenebileceğinden adil değildir.

İnsanlar diğer birçok özellikte de olduğu gibi, sağlık alanında da birbirlerinden farklıdır. Erkek ve kadın arasındaki sağlık farklılıklarının bir kısmı biyolojik farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Örneğin, kadınlarda gözlenen rahim kanseri vakaları veya yaşlı kadınlarda osteoporoz riskinin yaşlı erkeklere oranla daha fazla olması, adil olmayan sosyal ve çevresel faktörlerin değil, cinsiyet farkının bir sonucudur.

Fakat, biyoloji toplumun farklı kesimleri arasındaki sağlık farklılıklarını açıklamada son derece yetersiz kalır.

Sağlık farklılıklarının adaletsiz olup olmadığını anlamak için, bu insanların hastalıkların oluşmasına mahal veren koşulları kendi istekleriyle mi seçtiğini yoksa, bu koşulların kontrolleri dışında mı olduğunun etkili bir değerlendirmesini yapmak gerekir (36). Örneğin kaynak yetersizliğinden ötürü fakir gruplar, daha kalabalık olan ve güvenli olmayan mahallelerde yaşamak, daha tehlikeli ve kirli işler yapmak zorunda kalabilir, çoğu zaman işsizlikle mücadele etmeye mecbur bırakılabilirler. Böyle alanlarda adaletsizlik hissi, problemlerin bir araya gelip birbirini de tetiklemesiyle oldukça yüksektir; bu durum da bazı insanları hastalıklar karşısında savunmasız bırakır.

Whitehead'e (33) göre, "Sağlık alanında adalet herkesin potansiyeline ulaşmasını sağlayacak imkânı sahip olmasını ve kaçınılabilir sebepler yüzünden kimsenin potansiyelini gerçekleştirmekten alıkoyulmaması gerektiğini ifade etmektedir."

Dolayısıyla adalet herkes için eşit şartlar yaratmakla, sağlık alanındaki kaçınılabilir ve adil olmayan farklılıkları azaltmakla mümkündür.

Sağlıkta adalet:

- Eşit ihtiyaçlara, eşit şekilde cevap verecek hizmetlere, eşit ulaşımın sağlanması
- Eşit ihtiyaç için eşit kullanım
- Herkes için eşit kalitede hizmet prensiplerini içermelidir.

Bu yayınların 1990'da yayınlanmasından sonra Avrupa Bölgesi'nde büyük değişimler gözlenmiştir. Sağlık alanındaki eşitsizliklerin ölçümünde giderek daha hassas ve duyarlı davranılmakta, sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilgili çok sayıda makale yayınlanmaktadır. 1997'de DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler

Ağı, karar mercilerine “kamu politikalarının sağlığı arttırmak adına sosyal çevreyi nasıl şekillendirebileceğini” anlatan sağlığın sosyal belirleyicileri: somut gerçekler (37) isimli yazıyı yayınlamıştır. Bulguların sunumunda uzmanlar, daha adil bir topluma duyulan ihtiyaca vurgu yapmışlardır.

Sağlığın sosyal belirleyicileri: somut gerçekler dilinize çevrildi mi?

2007’de DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, ilk müzakere dokümanlarının yazarlarını, yeni gelişmeler ve bulgular ışığında, sağlık eşitsizlikleriyle mücadeledeki mevcut kavram, prensip ve stratejileri yeniden değerlendirmeye davet etmiştir. Bu sürecin sonunda varılan sonuçlar Rusça ve İngilizce dillerinde mevcut iki yayınlara sunulmuştur (38).

Küresel seviyede, DSÖ Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu siyasi gündeme konunun ekonomik boyutunu da taşımıştır: “Hastalıklar topluma nasıl ekonomik zararlar verir; sağlık yatırımları ekonomik kalkınma için neden olumlu sonuçlar verir?” (40) Komisyon genel olarak düşük gelirli ülkeler üzerinde çalışmalar yürütmüş; fakat sonradan yayınlanan raporlar daha sağlıklı bir yaşamın Avrupa Bölgesi ülkelerinde nasıl ekonomik büyümeye katkıda bulunduğuna dikkat çekmektedir (41).

2005’te DSÖ, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nu kurmuştur. Dokuz bilgi ağı; mantıklı sebep sonuç ilişkileri, aksiyon alınması gereken alanlar ve küresel olarak sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede alınması gereken etkili uygulama ve müdahalelerle ilgili bulguları toplayıp bir araya getirmiştir (42). Komisyon 2008’de yayınladığı raporunda (2), kuşaklar arasındaki sağlık farklılıklarının giderilmesi gerektiğine dikkat çekmiştir. Dünyanın dört bir yanındaki araştırma gruplarının toplayıp internette yayınladığı veriler sayesinde, Komisyon, sağlık alanında eşitliği toplumun geneli için faydalı gören anlayışta bir hareket yaratmayı amaçlamakta ve işe yarayan pratiklerle ilgili örnekler paylaşmaktadır. Eylül 2011’de bir konsültasyon raporu yayınladı.

raporun son halinin ise 2012’de yayınlanması beklenmektedir (43).

Sağlıkta eşitlik prensibi Bileşmiş Milletler Sistemi’nin genel çalışmalarında da kabul görmüştür. Özellikle de yoksulluk, hastalık ve ölüm oranlarının temel sebebi olarak kabul edilmiştir (44). Örneğin, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (45) ve Dünya Bankası (46) yoksulluğu azaltmak ve yoksulluk değerlendirmesine rehberlik etmek için iddialı ve kapsamlı politikalar önermiştir. AB de yoksulluğun ve sosyal dışlanmanın çözümüne odaklanmış, ülkelere bu konularda ulusal planlar geliştirme çağrısında bulunmuştur (47). 2008-2013 AB kamu sağlığı stratejisi özellikle sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılmasına öncelik vermektedir.

Her ne kadar yoksulluk ve eşitsizlik kavramları sıklıkla birbirleri yerine geçebilecek şekilde kullanılsa da, yoksulluk en dezavantajlı konumda bulunan kişileri ifade etmek için kullanılırken, eşitsizlik, bütün sosyal tabakaları içermektedir. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun raporu (2), sadece en dezavantajlı konumda bulunan insanların ihtiyaçlarının değil, sosyoekonomik olarak yukarıdan aşağıya toplumun tüm tabakalarının sağlığının ele alınması gerektiğini belirtmiştir. Raporla yalnızca en düşük gelirli insanların en yüksek gelirli insanlara kıyasla daha kısa yaşam sürdüğüne değil, aynı zamanda toplum tabakaları arasında bir alttaki tabakanın bir üsttekenden daha kötü şartlarda yaşadığına dikkat çekilmiştir.

Literatürdeki sağlık alanındaki sosyoekonomik eşitsizliklerin nasıl kavramlaştırılacağına dair mutabakat eksikliğine rağmen (48), bu eşitsizlikler genel olarak gelir, meslek, ev ve araba sahibi olmak gibi gelire bağlı göstergelerle ilişkilendirilmektedir. Sağlık21 isimindeki 1999’da kabul edilen Avrupa’da Herkes için Sağlık politikası (49), sağlıkta adalet başlığının altına kadınlar, fiziksel ve zihinsel engelli insanlar, yaşlılar, göçmenler ve mültecileri gibi savunmasız grupları da dâhil etmiştir.

Hem Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun raporu (2) hem de diğer araştırmacıların raporları (50), sağlıkın sosyal belirleyicileriyle mücadele etmenin otomatik olarak sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmayacağını altını çizmektedir.

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı (51) 5.Faz değerlendirmeleri ve bu değerlendirmelerin en güncel senelik raporları, sağlıkta adalet kavramının gündemde olduğu şehirlerde bile karar mercilerinin bu kavramı anlamakta güçlük çektiğini göstermektedir. 2010 Haziranında Norveç'in Sandnes kentinde DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Avrupa Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağları tarafından düzenlenen senelik konferansta sunulan bir rapora göre, "karar mercilerinin yerel politikalarla iç içe olan sağlıkta eşitlik ve adalet kavramlarını anlayıp anlamadıklarını kestirmek oldukça güçtür" (52).

Avrupa dillerinden çoğu, İngilizce gibi eşitlik ve eşitlikçilik kavramları arasında anlam olarak fark gözetmemektedir. Özellikle bazı Doğu Avrupa kentlerinde, "adalet" eşitsizliklerle mücadele anlamına gelmektedir. Burada önemli olan kavramın net olarak anlaşılmasıdır; ondan sonra şehirler kendi dillerinde uygun düşen kelimeyi seçebilirler.

5.2 Farkındalık Yaratmak

Şehirler sağlık alanında eşitlikle alakalı kavram prensipleri açık bir şekilde tanımlayıp, kendi dillerinde uygun tanımları seçtikten sonra; sadece sağlık sektörü değil, tüm sektörlerin konuya olan farkındalığını arttırmaya çalışmalıdır.

Sağlıkta adaletin sosyal belirleyicilerin şehir yönetimi, kitle iletişim araçları ve toplum düzeyinde nasıl değerlendirirsiniz?

Sağlıkta adaletin karmaşık kavramlarının ve bu kavramların politikaya olan etkilerinin anlaşılması için ne gibi girişimler yapılmaktadır? (yüz yüze görüşmeler, atölyeler, kitle iletişim araçları vb.)

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun raporu ve diğer benzer raporlar, sağlık eşitsizlikleriyle mücadelenin neden gerekli olduğunu açıklamaktadır. Örneğin İngiltere'deki Adil toplum, sağlıklı hayatlar (9), sağlık eşitsizliklerini azaltmanın adaletin gereklerinden biri olduğunu açıklamakta, ayrıca böyle bir hareketin toplumu başka ne şekillerde etkileyebileceğini anlatmaktadır. Örneğin ekonomik faydalar arasında; üretim kaybı, düşük vergi geliri, yüksek sosyal güvenlik ödenekleri, yüksek tedavi maliyetleri gibi sağlık eşitsizliklerinin sebep olduğu maliyetlerin düşürülmesi bulunur.

Neyse ki, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı tarafından önceden yapılmış çalışmalar sayesinde, şehirlerin farkındalık yaratmakta kullanabileceği, aralarında aşağıdaki öğelerin de bulunduğu çok sayıda alternatif bulunmaktadır.

- DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun raporu ve benzer raporların sonuçlarının kitle iletişim araçları gibi konuyla ilgili taraflara ulaştırılması
- 20'den fazla dile çevrilmiş Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri: somut gerçekler (37) metninin çoğaltılıp dağıtılması ve tartışılması
- Farklı sektörlerle ilişki halindeyken, Sağlıkın sosyal belirleyicileri: somut gerçekler metninin bu sektörleri ilgilendiren kısımlarının bildiri olarak iletilmesi
- Yeni Zelanda'da olduğu gibi (53), farkındalık arttırma atölyeler düzenlemek
- Galler'in Bro Taf bölgesi örneğinde, sağlık otoritesi Sağlık Eşitsizlikleri Bildirisi yayınlayıp, sağlık alanındaki eşitsizlikleri gidereceğine söz vermiş ve bu bildirin birer kopyasını tüm çalışanlarına dağıtmıştır. Benzer uygulamalardan yararlanılabilir.
- Daha tecrübeli ve sağlıklı şehirlerden insanları ziyaret ederek, tecrübelerinden yararlanmak

- Sağlıkın sosyal belirleyicilerini arttırmaya ve sağlık değerlendirmesine yönelik eğitim kursları açmak. DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve bazı şehirler bu amaçla, farkındalık arttırmayı amaçlayan paket programlar hazırlamıştır. Avrupa dışında, Ontario eyaleti (Kanada), 2010 Ekiminde eşitliğe dayalı sağlık etkisi değerlendirmesi ile ilgili bir konferans düzenlemiş, Avustralya ise eşitliğe dayalı sağlık etkisi değerlendirmesi için bir çerçeve yapı geliştirmiştir.
- Yerel üniversiteler ve araştırma kurumları, güncel ekonomik krizin sağlık üzerindeki etkisi gibi konularda araştırma yapmaya teşvik edilebilir.
- Toplum yararına çalışan kurum ve kuruluşlarla, ilerleyen bölümlerde belirtilen varlığa dayalı tekniklerden de yararlanarak tartışma ortamları oluşturmak

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nın raporları, sadece sağlık alanında değil pek çok yerel politika alanında adalet prensibinin açık bir şekilde tanımlanmasının aksiyon alınmasını kolaylaştırdığını ve farkındalığı arttırdığını göstermektedir.

Sadece sağlık alanındakiler değil, tüm şehir politikaları dokümanları sağlıkta adalet ve eşitlik kavramlarını açık bir şekilde tanımlıyor mu?

1986'da yayınlanan bir DSÖ raporu (55), ülkelerin yıllık gelişmelerinin değerlendirmesinde sağlık alanındaki eşitsizliklerdeki değişimlerin de dikkate alınması gerektiğini belirtmektedir. Örneğin pek çok şehir borç durumlarını, enflasyon ve işsizlik oranlarını düzenli olarak raporlamaktadır. Sağlıkın sosyal belirleyicilerindeki ve en dezavantajlı konumda bulunanların sağlıklarındaki değişimlerin de bildirilmesi, o şehrin daha sürdürülebilir ve adil bir topluma doğru gidişatının önemli bir göstergesidir. Bu şekilde karar mercileri ve kamunun dikkati de sağlıkla ilgili meselelere çekilebilir.

Şehir konseyine sağlıkta eşitsizliklerle ilgili trendler hakkında düzenli rapor veriyor musunuz? Örneğin senelik raporlar ile ya da senelik bütçenin arka planındaki bir madde olarak.

5.3 Bilgi Tabanının Güçlendirilip Paylaşılması

Bilgi tabanını güçlendirmenin ve bilgi paylaşılmanın önemi ne kadar vurgulansa azdır ve bu durum şehir hangi gelişim sürecinin içinde olursa olsun önemlidir. Sağlıkın sosyal belirleyicileriyle mücadele ve ilerlemenin takip edilmesi gibi karmaşık süreçler için güvenilir bilgiye sahip olmak büyük önem taşır.

Her ne kadar uzun vadede hedeflense de, bu yalnızca gelişmiş epidemiyolojik verilerin toplanması ve analiz edilmesi anlamına gelmez. Aynı zamanda şehrin elinde mevcut tüm güvenilir verilerin şu dört amaç için kullanılması demektir:

- Eşitsizliklerin tanımlanması ve sebeplerinin ölçülmesi
- Düzenli olarak gelişme ve ilerlemenin takip edilmesi
- Politika ve müdahalelerin ilerleme ve başarısının (veya başarısızlığının) takip edilmesi, değerlendirilmesi
- Sağlıkta adaleti sağlayan aksiyonların etkili olup olmadığının değerlendirilmesi

5.3.1 Kentler, Bilgi Tabanlarını Nasıl Genişletebilir?

Geleneksel olarak uzun süredir sosyoekonomik eşitsizliklerle ilgili veriler toplayan ülkelerdeki şehirler, kendi bölgeleriyle ilgili kapsamlı verilere sahip oldukları için son derece şanslılardır. 2010 Haziranında Norveç'in Sandnes kentinde DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Avrupa Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağları tarafından gerçekleştirilen konferanstaki katılımcılardan bir tanesi bu meselenin "veriler denizi" içinde oldukça zor olduğunu belirtmiştir. Diğer

şehirlerin ise, ellerinde şehir altı yönetimlerle ilgili ve sosyoekonomik değişkenlere ilişkin çok az veri bulunmaktadır. Şehirler kısa sürede bilgi tabanlarını genişletmek için bazı adımlar atmalıdır.

Örneğin, ulusal seviyede mevcut veriler aynı zamanda yerel idarelerin kullanımına da açık mıdır? Eğer değilse şehirler bunun gerçekleşmesi için lobi yapmalıdır.

Sağlık sektöründe ve diğer sektörlerde ilgili veriler düzenli olarak toplansa da, bu veriler gelir, eğitim durumu ve meslek gibi değişkenleri genel olarak içermemektedir. Hâlbuki sosyoekonomik verilerin toplanan bu verilere dâhil edilmesi neredeyse maliyeti olmayan bir iştir.

Araştırma kurumları ve üniversitelerce toplanan veriler ise, genel olarak yalnızca akademik dergilerin okuyucularına ulaşmakta ve bu verilerden sadece akademisyenler ve bu dergileri takip eden dar bir kitle yararlanmaktadır.

Yerel üniversiteler bu bağlamda benzersiz bir araştırma ve politika analizi kaynağı konumundadır. Londra Belediye Başkanı'nın yakın zamanda belirttiği gibi, her ne kadar Londra uluslararası olarak kabul gören üniversite ve araştırma enstitülerine ev sahipliği yapsa da, "karar mercileri, araştırmacılar, uygulayıcılar ve yerel halkla iç içe çalışan sosyal ve sağlık hizmetleri arasındaki iletişim yok denecek kadar azdır." Bununla birlikte Belediye Başkanı'nın önerdiği üzere, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nın diğer şehirlerinde olduğu gibi, bölge hakkında detaylı bilgiye sahip yerel üniversiteler sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede önemli bir kaynak olabilirler (55).

Sivil toplum örgütleri ve bazı özel kuruluşlar da önemli bilgi kaynaklarıdır. Pek çok sivil toplum örgütü, savunuculuğunu yaptıkları bölge veya nüfus gruplarıyla görüşmeler yaparak detaylı veriler toplamaktadır. Bazı özel kuruluşlar ise yerel Pazar araştırmaları yapmakta olup, bu kuruluşlar yerel

profillerin finanse edilmesine kısmen de olsa katkı sağlamaya teşvik edilebilir.

Şehirdeki sağlık sektörü ve diğer sektörlerle ilgili veri kaynakları değerlendirilip aradaki mesafenin kapatılmasını sağlayacak yöntemleri düşündünüz mü?

Sosyoekonomik değişkenler düzenli olarak toplanan veriler tarafından açıklanabilir mi?

Sağlık sektörü dışındaki departmanlar da, şehir sağlık departmanının henüz kullanmaya başlamadığı veriler topluyor olabilir. Örneğin Letonya'da bundan birkaç sene önce eldeki verilerin güvenilirliği ve düzenliliğinin değerlendirildiği bir çalışma yürütülmüş ve bu çalışmasının sonucu olarak, yeni veriler elde etmeden yalnızca eldeki verilere dayanan sağlık eşitsizlikleri üzerine bir rapor hazırlanmış ve parlamentonun dikkatine sunulmuştur (57).

Yerel verilerin kalitesinin artırılmasında ve bu verilerin uluslararası ortamda benzer verilerle karşılaştırılabilir veriler olmasının sağlanmasında, uluslararası projelere katılım da önemli bir yer tutmaktadır. AB üyesi ülkeler için yoksullukla mücadele ve sosyal dayanışma başlığı altında yürütülen çalışmalar önemli bir kaynak olabilir.

Eğer düzenli olarak toplanan veriler sosyoekonomik eşitsizliklerin aydınlatılması için yeterli değilse, dezavantajlı bölgelerin içinde arabayla veya yaya olarak gezinmek ve gözlemleri kaydetmek de etkili bir yol olabilir. Buna "yürüyüş veya ön cam denetimi" denmektedir. Örneğin İsveç'in Göteborg kenti yerel halkın, bölgenin güvenli olup olmadığının değerlendirilmesine nasıl katılabileceğini açıklayan bir el kitapçığı hazırlamıştır (58).

Ortalama ücretin hemen hemen belli olduğu ve eğitim gereklilikleri açısından farklılık gösteren yerel işlerde çalışan insanlara ulaşmak da, farklı sosyal tabakalara mensup insanların ihtiyaçları için iyi bir gösterge olabilir.

Yerel bilgi sistemlerinin yeterince gelişmediği durumlarda, geçici bir çözüm olarak benzer özellikler gösteren şehirler arasında bilgi paylaşımı alanında çok şey yapılabilir. AB üyesi ülkelerdeki şehirler, yoksulluk ve sosyal dışlanma gibi konularda, AB seviyesinde geliştirilen programlardan (PROGRESS istihdam ve sosyal dayanışma programı gibi) yararlanabilir; bu durum da ilgili mercilerin finansmanının sağlanması, değerlendirme ve yoksullukla mücadele eden insanlarla görüşülmesi gibi araçlar sayesinde ortak öğrenme sürecini desteklemektedir.

5.3.2 Verilerin Analiz Edilmesi ve Sunulması

Karar mercilerinin harekete geçirilmesi için verilerin analiz edilmesi ve sunulması özellikle önemlidir. Elde edilen sonuçlar düzenli dokümanlar olarak internet ortamında herkesin ulaşabileceği şekilde paylaşılmalıdır.

5.Faz dâhilindeki ancak birkaç şehir, sağlıklı şehir profilleri hazırlamak ve güncellemek suretiyle bu önemli noktaya erişebilmektedir. Fakat 2009 yılı içinde DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı dâhilindeki şehirlerden gelen raporlar, çok sayıda şehrin sağlıklı şehir profillerini beş yılı aşkın bir süredir güncellemediğini göstermiştir. Bazı şehirler ise, zorlukların üstesinden gelmede bu araçlardan etkili bir biçimde yararlanmaktadır. Örneğin Belfast, on senelik verilerden yola çıkarak karşılaştırmalar yapmış, yapılan bu karşılaştırmaların sonucunda ortalama sağlık seviyesinin yükselmesine karşın, sağlık eşitsizliklerinin giderek arttığı ve “bu dezavantajlarla ve bunların temel sebepleriyle mücadelenin karar mercileri ve politika yapıcıların en önemli önceliği olması gerektiği” tespit edilmiştir (59).

Ayrıca şehrin sağlık profilinin, sağlığın sosyal belirleyicilerini yeterince içerip içermediği, bu belirleyicilerin sağlık üzerindeki etkilerinin ele alınıp alınmadığı ve sağlık alanında önemli olan yerel meselelere odaklanıp odaklanılmadığı kontrol edilmelidir. Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede ortaklıkların kurulmasını sağlamak için atılması gereken ilk adım

çok sayıda ilgili mercii mümkün olduğunca sürece dâhil etmektir.

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı, kentsel sağlık profillerinin oluşturulması ile ilgili bir kılavuz sağlayarak sürece yön vermektedir (60). Yeni başlayan şehirler için, mevcut kentsel sağlık profilleri iyi bir örnek teşkil edebilir.

Şehrinizin sağlık profili en son ne zaman gözden geçirildi? Elinizdeki profilin güncel olduğu düşünülebilir mi?

Kentsel sağlık profili veya benzer bir rapor, sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicileri meselesini ele alıyor mu?

Bu raporun oluşturulması ve hazırlanması süreci, konuyla ilgili çok sayıda mercii ve çıkar sahiplerini içeriyor mu?

Kentsel sağlık profilleri ve diğer bilgiler ancak paylaşıldıkça ve tartışıldıkça etkili olabilirler. Şehir konseyleri bünyesinde tartışılmanın yanı sıra, bu yayınlar kitle iletişim araçları vasıtasıyla veya internet aracılığıyla konuyla ilgili tüm kesimlere ulaştırılmalıdır. Bu tartışma ortamından elde edilecek geri bildirimler sayesinde gereken çözümlere ulaşmak mümkün olabilir.

5.3.3 Mevcut Diğer Araçların Kullanımı Ve Uzmanlıktan Yararlanmak

Nüfus gruplarını bölümlere ayırıp, durumu bu bölümlere mensup kişilerin bakış açısından ele alan toplumsal pazarlama uzmanlığı çok değerli bir kaynak olabilir (61).

Şehirler, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nın ana hatlarını çizdiği sağlıklı yaşlanma profilleri gibi bazı çalışmalar da yürütmektedir (62).

Yerel siyasetçilerin dikkatini çekmede, sağlık alanındaki eşitsizliklerin haritasını çıkarmak önemli bir araçtır. Örnekler arasında Turku sağlık profili ve

İngiltere'deki Kamu Sağlığı Gözlem Evleri'nin internet sitesi gösterilebilir. Bu site 32 sağlık profili için yerel alanlarda interaktif haritalar oluşturulmasına olanak sağlar (63).

Nicel epidemiyolojik verilerin nitel bilgilerle birleştirilmesi hayati öneme sahiptir. Nitel bilgilere sahada çalışan kişilerin fikir ve tecrübeleri de dahil edilmelidir.

Kentinizdeki veriler, sağlığın sosyal belirleyicilerindeki değişimi değerlendirme kapasiteleri yönünden değerlendirildi mi? Bilgi alanındaki muhtemel eksiklikleri kapatma yolları düşünüldü mü?

5.3.4 Varlığa Dayalı Toplum Kalkınması

Varlığa dayalı toplum kalkınması yöntemi, yalnızca sorunlarla karşı karşıya kalan insanların anlaşılmasını değil, aynı zamanda bu insanların, bu güçlüklerle kendi başlarına nasıl mücadele edebileceklerini de fark etmelerini sağlamaktadır.

2010 Haziranında Norveç'in Sandnes kentinde DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Avrupa Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağları tarafından düzenlenen konferanstaki tartışmalar, ekonomik krizin boy gösterdiği bu dönemlerde problemlere odaklanmak yerine, eldeki kaynakların sorunların çözümünde nasıl kullanılabilirliğine odaklanılmasının gerektiğini göstermiştir. Sosyal kapitalin, yerel halkın beceri ve bilgisinin, yerel kurumların fiziksel ve teknik kaynaklarının nasıl değerlendirilmesi gerektiğini gösteren araçlar elimizde mevcuttur (64). Örneğin İngiltere'deki Yerel Hükümet İyileştirme ve Kalkındırma platformu, varlığa dayalı yaklaşımın nasıl uygulanabileceğine dair yönergeler yayınlamıştır (65).

Kendi şehrinizin kültürel yapısını da göz önünde bulundurarak, varlığa dayalı bu yaklaşımların gelişimini araştırınız.

Burada iki meselenin daha düşünülmesi gerekir: sağlığın sosyal belirleyicilerinin kapsamını, bağlamı-

nı belirlemek ve ileriye dönük bir yaklaşım izlemek. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri bir vakum içinde değerlendirilmemelidir. Bu belirleyiciler, genel olarak kentsel gelişimin ve ulusal, uluslararası kalkınmanın bir parçası ve temel ögesi olarak değerlendirilmelidir. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri bu geniş siyasi ve ekonomik yapı içinde değerlendirilmeli; gelecekteki demografik trendler, yaşlanmakta olan nüfus, kentin iç ve dış göç sorunları, kentin ekonomik yapısındaki değişiklikler, iklim değişikliği ve uluslararası ticaret anlaşmaları gibi gelecekte oluşabilecek güçlükler de dikkate alınmalıdır.

Sağlığın geliştirilmesi alanındaki tüm toplum kuruluşları, sivil toplum örgütleri ve özel kuruluşlar arasında oluşturulacak iletişim ortamı bilgi tabanının genişlemesine katkıda bulunabilir. Yine bu sayede genel olarak işbirliği yapılan mercilerin ötesinde geri planda kalan fakat potansiyel olarak sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede önemli rol oynayabilecek aktörler ve liderlerin de sürece katılımı sağlanabilir.

5.3.5 İlerlemenin Gözlemlenmesi ve Değerlendirilmesi

Son yıllarda, sağlık eşitsizliklerinin ve bu eşitsizliklerin temel sebeplerinin ölçülmesiyle ilgili çok sayıda araştırma yapılmaktadır. Fakat literatür, bu politikaların oluşturulmasına ve yazılmasına, uygulama ve değerlendirmelerden daha fazla önem verildiğini göstermektedir. Sağlığın sosyal belirleyicilerini etkileyebilecek eylemlerin etkinliğinin değerlendirilmesine ise oldukça az önem atfedilmektedir. Bu alan ne yazık ki göz ardı edilmekte veya değerlendirme yöntemleri olarak yanlış ve eksik olan, uygun olmayan araçlar kullanılmaktadır.

Böyle değerlendirmelerin eşitsizliklerin azalmasını sağlamanın yanında ekonomik olarak da faydaları olduğu gösterilebilirse, bu değerlendirmeler siyasi olarak daha fazla ses getirebilir. Örneğin İngiltere'de Royal Mail posta servisi çalışanlarının (bu çalışanlar muhtemelen sosyal tabakaların alt yarısında bulun-

maktadır) sağlığını arttırmak için yapılan çalışmalar sonucu, bu çalışanların sağlığının artmasında yanında posta servisindeki kalitenin de arttığı gözlenmiştir.

5.3.6 Tecrübe ve uzmanlık

Son olarak da elde edilen bilgiler her zaman istatistiklerle veya kişilerin sübjektif fikirleriyle alakalı değil, kimi zaman ise tecrübe ve ekspertizle alakalıdır. AB, Avrupa Sağlık Eşitsizlikleri Portalı'nı (67) kurarak, sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadelede hangi çalışmaların yapıldığını, önemli kaynakların, dokümanların ve sahada görev yapan profesyonellerin iletişim bilgilerinin paylaşılmasını sağlamıştır.

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı önemli bir uzmanlık kaynağı olmakla birlikte, bu uzmanlıktan en iyi şekilde yararlanmak için daha fazla çalışmalar yapılmalıdır. 2010 Haziranında Norveç'in Sandnes kentinde DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Avrupa Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağları tarafından düzenlenen konferansın katılımcıları emsal değerlendirme ve eleştiri sistemlerinin kurulması gerektiğini dile getirmiştir. Bu değerlendirme sistemlerinin sonuçları hem değerlendiren hem de değerlendirilen taraf için çok büyük önem taşımakta ve olduğu kadar DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nın bütünü için de çok büyük önem taşımaktadır.

5.4 Sağlıkın Sosyal Belirleyicileriyle Mücadelede Siyasi Kararlılığın Devamlılığını Sağlamak

Yukarıda da belirtildiği üzere, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı, bir şehrin belediye başkanı ve kent konseyi üyelerinin kararlılığını şart koşmaktadır. Bununla birlikte sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicileriyle mücadele, görevde olan konseyin görev süresinin ötesinde, uzun vadeli bir irade ve siyasi kararlılık gerektirir.

2010 Haziranında Norveç'in Sandnes kentinde DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Avrupa Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağları tarafından düzenlenen konferansın

katılımcılarının da belirttiği gibi, çalışma gruplarında bu kapsamdaki değerlendirmeler esnasında, sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede tüm siyasi partilerin katılımı büyük hassas bir meseledir. Durumun tanımlanması ise, politika ve stratejilerin geliştirilmesinden siyasi olarak daha az hassas bir konudur belki de. Dolayısıyla şehir konseyindeki tüm parti temsilcilerinin sağlık alanındaki eşitsizliklerin değerlendirilmesi sürecine katılımı, bu ilk etapta farklı siyasi partilerin birlikte çalışmasını sağlayacağından uzun vadede süreklilik sağlanması için gereklidir.

Ulusal seviyede partiler arası bu işbirliğinin örnekleri mevcuttur. Örneğin, bundan iki sene önce Hollanda sağlıkta adaletle ilgili beşer senelik iki programı yürürlüğe koyduğunda, sağ partilerin temsilcileri de meclis denetleme komisyonuna katılmaya davet edilmiştir (69). Letonya'da ise meclis sağlık komisyonunu ve genel olarak meclisi, sağlıkta eşitlik raporlarının oluşturulması ve sunulması sürecine dâhil etmek suretiyle tüm siyasi partilerin eşitsizliklerin azaltılması için oluşturulan politikalara destek vermesi sağlanmıştır (70). İsveç de sağlığın belirleyicileriyle olan mücadelede çığır açan politikasını geliştirdiğinde, sürecin denetlenmesinden sorumlu meclis komisyonunda tüm siyasi parti temsilcileri yer almaktaydı (25).

Tüm siyasi partilerin sürece dâhil edilmesiyle ilgili haklı gerekçeler dile getirilse de, özellikle de bazı şehirler için belli bir partinin sağlık alanındaki adalet ve eşitlik politikalarına karşı çıkacağı düşünülemez, bu da sağlığın partileri birleştirici bir unsur niteliğinden kaynaklanmaktadır.

Sağlık alanındaki eşitlikle mücadelede kararlılığı sağlamak adına, tüm siyasi partilerin şehir konseyinizde yer almasının yollarını araştırdınız mı?

5.5 Sektörler Arası Ortaklıkların Oluşturulması Ve Sürdürülmesi

Geçtiğimiz 30 yıl boyunca “Herkes için Sağlık” politikasının uygulanmasındaki değerlendirmeler, temel engellerin başında sektörler arası ortaklıkların oluşturulmasının geldiğini göstermiştir. Sağlıkın sosyal belirleyicileriyle mücadelede ortaklıklar kurulmasını ve bu ortaklıkların sürdürülmesini, kararlılığı engelleyen etmenlerden bazıları şu şekildedir:

- Yasal sektördeki kurumların içedönük ve değişime kapalı yapısı
- Profesyonel kültür ve ideolojilerin toplumlara kendi öngördükleri çözümleri dayatması
- Birbiriyle rekabet halinde olan ve çelişen öncelik alanları
- Kamu hizmeti sektöründeki personelin beceri ve yetkinlikleri
- Toplum üyelerinin sürece dâhil olmaksızın kararlılık ve kapasiteleri

Bunlar gerçek meselelerin kendisidir; hatta eşitsizliklerle senelerdir mücadele etmekte olan kentlerde bile sağlıkla bir alakaları olmadığını düşünen sektörler vardır hala. Örneğin; 2010 Haziranında Norveç’in Sandnes kentinde DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Avrupa Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağı tarafından gerçekleştirilen konferanstaki katılımcılardan biri, sağlıkın sosyal belirleyicileriyle ilgili bir panel için diğer sektörlerdeki meslektaşlarına gönderdikleri davet e-maillerinin bazılarında “Sanırım bu daveti yanlış kişiye gönderdiniz” cevabını aldıklarını söylemiştir.

Bu mesele yukarıda tartışılan farkındalık yaratma meselesiyle yakından ilgili olup, bunun da ötesine geçmekte ve ilerleme merdivenlerindeki 4. veya 5. seviyelere ulaşmanın temeli konumundadır. Amaç harekete geçilmesini tetiklemektir. Bunu başarmak şu iki temel prensibin takip edilmesine bağlıdır:

- Dış dünyaya, ne yapılması gerektiğini, hedefleri, amaçları ve bunların dayandığı sebepleri, potansiyel ortaklıkların oluşturulmasında kullanılabilecek bilgi, beceri ve kararlılık gibi öz kaynakları açıklamaya hazır olmak
- Muhtemel ortakların hedef ve çıkarlarını en iyi şekilde anlayabilmek

Örneğin; İtalya’nın Milan kentinde sürdürülen sektörler arası bir pilot proje kapsamında, her sektörün kendi bakış açısını, konumunu, vizyonunu ve bilgisini masaya getirmesine olanak tanıyan bir tartışma ortamı geliştirilmiştir. Bu süreç, bazı meseleleri daha derin tartışmayı ve dolayısıyla konuyla ilgili tarafların networkünü genişletmeyi sağlayan kişisel görüşmelerle desteklenmektedir (30).

Sağlık sektörü farkındalık yaratmak için yararlandığı araçları sektörler arası işbirliğini sağlamada da kullanabilir. Örneğin; sağlık alanındaki eşitsizlikler neden mücadele edilmesi gerektiğini anlatan kısa bir broşür hazırlanabilir veya notların da içinde bulunduğu kısa bir sunum yapılabilir.

Aynı derecede önemli olan bir mesele de; geçmiştekinin aksine, sağlık sektörlerinin önceliklerini gerçekleştirmesine diğer sektörlerin de gönüllü olarak destek vereceği varsayımının terk edilmesi gerektiğidir. Sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesinin aynı zamanda diğer sektörlerin de yararına olduğunu gösteren yeni ve farklı araçlardan faydalanılmalıdır. Fakat bu mesele, diğer departmanların kendi sorumluluk alanlarına düşen eşitsizliklerle ilgili sadece “bilgilendirildiği” tek yönlü bir yol olarak ele alınamaz. Sorunun ele alınmasının ilk aşamalarından itibaren diğer departmanların da sürece dâhil edilmesi, bu departmanların sürece katılımının ve kararlılığının sağlanması açısından son derece önemlidir.

Sağlık sektörü aynı zamanda diğer sektörlerle iletişim kurarak, ortak veya çatışan çıkarların mümkün olan en erken şekilde saptanmasını sağlamalıdır.

Çıkar çatışmalarının bulunduğu durumlar için ancak bu şekilde uygun çözümler üretilebilir. Bu aşamada tekerleği yeniden icat etmeye lüzum yoktur, hâlihazırda pek çok işletme kitabı gelecekteki ortakların çıkarlarının nasıl tespit edilebileceğiyle ilgili bilgi vermektedir.

Potansiyel ortakları ve çıkar çatışmalarını erken saptamak için, problemlerin boy gösterdiği stratejik müdahale alanlarında çıkar sahiplerini daha iyi anlamak için analizler yapın.

Diğer sektörlerin hedeflerini anlamak için yapılan çalışmalar, ortak olan hedefleri de ortaya çıkaracağından potansiyel olarak “kolay” ortaklıklar kurulmasına da vesile olacaktır. DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı’ndaki tüm şehirlerde sağlık sektörü bir dereceye kadar da olsa diğer sektörlerle işbirliği içindedir. Bazı sektörlerin, direk olarak sağlık alanındaki eşitsizliklerde olmasa da, genel olarak sağlık sektöründe çıkarı bulunmaktadır.

Yol ve iş kazalarının azaltılması, hava kirliliğiyle mücadele gibi örnekler en sık rastladığımız örneklerdir. Bu meselelerle ilgili sektörler dolayısıyla doğal ortaklar konumunda olduklarından, daha kolay kazanılabilirler. Sağlıkın sosyal belirleyicileriyle mücadele sürecine yeni girişmiş şehirler için bu geleneksel ve kolay kazanılan ortaklar iyi bir başlangıç noktası olabilir.

Bazen ise mesele farklı sektörlere yaklaşırken mesajın nasıl taşınması gerektiğidir. Örneğin; İrlanda barlarda sigara içilmesini yasaklamaya çalıştığı dönemlerde ilk olarak, bar çalışanlarını koruyan sendikaları kendi yanına çekmiş ve mesele bar çalışanlarının sağlığını ve haklarını koruma meselesi olarak lanse edilmiştir (31).

Sağlık alanında adaletin sağlanmasındaki ortaklıkların başarılı olması için, şehirler aşağıdakilerin gerçekleşmesini sağlayarak potansiyel ortakları kendi yanına çekmelidir (71):

- Ortak vizyon ve gündem
- Hedef ve amaçlarda mutabakat
- Görev ve politika araçları hususunda mutabakat
- Çıkar ve muhtemel çıkar çatışmaları meselesinde her iki tarafın da açık olması
- Karşılıklı saygı, güven ve ortak öğrenme becerilerinin geliştirilmesi
- Uzlaşmazlıkların önceden belirlenen şekilde çözülmesi (72).

5.6 Sağlık Etkisi Değerlendirmesi

- Bir Sektörler Arası Çalışma Şekli

Sağlık etkisi değerlendirme Avrupa Bölgesi’nde geliştirilmekte olup, sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede oldukça etkili bir araçtır. Aynı zamanda bu değerlendirme DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı, 4.Faz’ının temel öğelerinden biridir. On beş şehir sağlık etkisi değerlendirme yöntemlerinin geliştirilmesi için alt ağlara katılmıştır. Şehirlerin yaklaşık %40’ı sağlık etkisi değerlendirmeyle ilgili eğitim vermiş, %30’u da bir ya da daha fazla değerlendirme gerçekleştirmiştir. DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı’nın sağlık etkisi değerlendirme için oluşturduğu alt ağ, genel talimatlar oluşturmuş ve eğitim paketleri geliştirmiştir (73). Aslında DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı’ndaki bazı kentler sağlık etkisi değerlendirme öncülerindedir.

Sağlık etkisi değerlendirme üzerine yazılan DSÖ Gothenburg mutabakat raporu (74), sağlık etkisi değerlendirme için “bir politika, program veya projenin, bir nüfusun sağlığı üzerindeki etkilerinin ve bu etkilerin nüfus içinde nasıl dağıldığının muhakemesini yapmaya olanak tanıyan prosedür, yöntem ve araçların tamamı” olarak tanımlanmaktadır (74). 2009’da gerçekleşen 10. Uluslararası Sağlık Etkisi Değerlendirme Konferansı, sağlık değerlendirme-

lerinin Avrupa'da hızla gelişmekte olduğunu hatta bazı ülkelere yasal bir zorunluluk haline geldiğini belirtmiştir. Ancak bu etkilerin toplum içinde nasıl dağıldığıyla ilgili hala az sayıda örnek çalışma bulunmaktadır.

Sağlıklı şehirler, yerel seviyede bu süreçleri daha ileriye götürebilecek ve politikaların farklı grupları nasıl etkilediğini değerlendirebilecek benzersiz bir konuma sahiptir. Bu, ağır ve külfetli bir mesele haline gelmemelidir. Örneğin; bundan birkaç yıl önce Edinburgh'ta basit bir matris yardımıyla önerilen bir kentsel ulaşım stratejisinin hem zengin hem de yoksul insanlar, genç aileler, yetişkinler, yaşlılar, çalışanlar ve işsiz insanların tamamı için potansiyel etkileri tespit edilmeye çalışılmıştır (75). Benzer şekilde İsveç'teki yerel otoriteler de bir matris geliştirmiş (76) ve bu matris, "önerilen bir politikanın uygulanmasının sağlığın bazı sosyal belirleyicilerini ne şekilde etkileyeceğini saptamalarını sağlamaktadır. Ayrıca dezavantajlı konumda bulunan insanları, toplumun bu uygulamadan direk olarak etkilenecek kesimleri ve genel olarak bütün bakış açılarını saptamak ve bu sayede, politika etkilerini saptamak mümkündür.

Finlandiya'da ise sağlık etkisi değerlendirmesi ile sosyal etkiler değerlendirmeleri, insan etkisi değerlendirmesi adındaki bir süreçte birleştirilmiştir. Belediyelerin, insan etkisi değerlendirmelerini karar verme süreçlerinin vazgeçilmez bir parçası haline getirmeye teşvik eden özel bir proje de geliştirilmiştir.

Sağlık etkisi değerlendirmesi için siyasi destek, daha fazla verinin toplanması ve gerekli uzmanlık alanlarına erişim oldukça önemlidir. Şu anda bazı şehirler sağlık etkisi değerlendirmesi konusunda kapsamlı bilgi ve uzmanlığa sahip olduğu için, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı, bu uzmanlığın ve tecrübelerin paylaşılmasında dinamik bir rol oynamaktadır.

Uluslararası literatür ise sağlık etkisi değerlendirmelerinden sonra gelişen olayların nadiren takip

edildiğini göstermektedir. Sağlık üzerinde potansiyel olarak olumsuz etkisi bulunan politikaların azaltılmasını, olumlu etkileri bulunanların ise yayılmasını sağlayan yöntemlerin etkili olup olmadığı kanıtlanamadığı sürece, bu araç için siyasi destek giderek azalacaktır.

Üzerinde çalışılması gereken başka bir alan ise, sağlık etkisi değerlendirmelerine ekonomik değerlendirmelerin de dâhil edilerek, çeşitli önerilerin yaklaşık maliyetinin hesaplanmasıdır (77). Norveç bu meseleyle özellikle ilgilenmektedir. Daha sağlıklı bir Norveç için reçete (78), ekonomik değerlendirmelerin sağlık değerlendirmelerinin bir parçası olması gerektiğini belirtmiş ve gerek sağlık gerekse sağlık dışı sektörler için bu ekonomik etkilerin değerlendirmesinde kullanılan ana hatların geliştirilmesi gerektiğine dikkat çekmiştir. Norveç aynı zamanda, bu etkilerin dağılımının da değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin ekonomik analizlerin bir parçası olması gerektiğinin farkındadır; sosyoekonomik gruplar bu değerlendirme için doğal analiz ünitelerini oluşturmaktadır (79).

Sağlık etkisi değerlendirmesi, sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadeleyle doğrudan bağlantılıdır. Dolayısıyla, her seviyeden karar vericiler için sağlık etkisi değerlendirmesi eğitim kursları, sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadeleye girişte iyi bir araçtır. Örneğin İrlanda'da Kamu Sağlığı Enstitüsü tarafından düzenlenen kısa kurslara genelde kapasitenin çok üzerinde talep gelmekte olup, farklı sektörlerdeki üst düzey yöneticiler programa katılmak istemektedirler. Eğitim için kayıt yaptıran kişiler için 2-3 gün boyunca süren derslerde, basit sağlık etkisi değerlendirmelerinin nasıl gerçekleştirileceği öğretilmektedir.

Ancak her politika veya programın da sağlık üzerindeki muhtemel etkilerini değerlendirmek mümkün değildir. Dolayısıyla, sağlıkta eşitsizlikleri en çok etkileyen program ve politikaların seçilmesini sağlayacak bir seçme aracına büyük ihtiyaç duyulmaktadır. Bazı şehirlerde basit seçim araçları geliştirilmiştir.

Örneğin, İsveç Bölge Konseyleri Federasyonu sağlık etkisi değerlendirmesi için basit bir seçme aracı geliştirmiştir; sorulan ilk soru da “Önerilen politika kararı, farklı grupların sağlığını nasıl etkilemektedir?” (80). Galler’in Bro Taf bölgesinde ise bir politika denetim ve kontrol listesi geliştirilmiştir (54). Bu ve benzeri araçlar sayesinde, sağlıkta adalet için önemli olduğu düşünülen sektörlerdeki politikaların seçilmesi kolaylaşmaktadır.

Şehrinizdeki siyasetçi ve politika yapımcıların sağlık etkisi değerlendirmesi alanında kapasitelerini geliştirmeye yönelik kısa kurslar mevcut mu?

Sağlık etkisi değerlendirmesini esas olarak gerçekleştirecek kişiler için eğitim kursları var mı?

Önemli sektörlerdeki önemli politikaların seçilmesini sağlayan ve bunu yaparken de bu politikaların en savunmasız gruplar üzerindeki potansiyel etkilerini dikkate alan bir sistem mevcut mu?

5.7 Kapasite Oluşturma

5.7.1 Sağlıklı Kent Ekibi

Bir şehirdeki sağlıklı kent ekibi için kapasite oluşturma oldukça önemlidir. DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağının önceki fazlarının değerlendirilmesi, sağlıklı kent ofisinin stratejik yeri ile ofis çalışanlarının idari ve iletişim becerilerinin, başarı için önemli unsurlar olduğunu göstermiştir. Başarının önündeki engeller arasında kent yönetimindeki personel ve idarenin sürekli değişmesi ve güvenli finansman mekanizmalarının olmaması bulunur.

5.7.2 Varlığa Dayalı Bir Yaklaşım Geçiş

Bu yöntem yeni bir çalışma şekli olup, profesyonellerin toplumda gücü ve liderliğin nerede bulunduğunu yeniden değerlendirmesini gerektirir. Yukarıda da belirtildiği gibi, bu yaklaşımın uygulanmasındaki prensip örnekleri mevcuttur.

5.7.3 Sektörler Arası Etkili Ortaklıklar

Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede önemli rol oynayan ortaklıkları kurmak, gerek sağlık sektöründe gerekse potansiyel ortaklar için kapasite oluşturulmasını gerektirir. Örneğin; Greenwich’te “Sağlık: Herkesin Meselesi” ismiyle verilen ders “genel olarak sağlık ve sosyal hizmet sektörleri çalışanlarındansa özellikle kent konseyindeki her sektörden temsilcilere yönelik olarak düzenlenmektedir.” (81). Bu da özellikle ilerleme merdivenindeki birinci, ikinci ve üçüncü seviyelere ulaşmak için gerekli farkındalığın yaratılmasında önemlidir.

Dördüncü ve beşinci seviyelere ulaşmak için ise sağlık etkisi değerlendirmesinin ya da en azından bir sağlık değerlendirmesi kültürünün mevcut olması gerekmektedir. Bu da sağlık sonuçlarının resmi olarak değerlendirmediği durumlarda, karar mercilerinin, alacakları kararların sağlıkta eşitsizlikleri etkileyeceğinin bilincinde olmaları anlamına gelmektedir. Bazı şehirler, ellerinin altında talimatlar bulunduğu ve ulusal danışmanlar tarafından yönlendirildiklerinden diğer şehirlere göre daha şanslı konumdadır. Her ne kadar yerel koşullar birbirinden farklılık gösterse ve her şehrin tecrübeleri birbiri için uygun olmasa da, mevcut yönergelerin takip edilmesi, araçların kullanılması ve eğitim paketleri sayesinde yerel çabaların daha hızlı gelişmesi sağlanabilir.

5.7.4 Bilgi Desteği, Teknik Ve Diğer Desteklerin Sağlanması

Kapasite oluşturmak yalnızca yönerge ve eğitimleri oluşturmak demek değildir. Sağlık sektörü aynı zamanda, profesyonel olsun veya olmasın, gelecekteki iş ortakları için her türlü teknik desteği sağlamak ve gerekli bilgileri paylaşmakla yükümlüdür. Varlık tabanlı yaklaşımlar geliştikçe bu destek aynı zamanda konferans mekânları veya internet erişimi gibi pratik meseleleri de içerir hale gelecektir.

Bilgiye erişim, uzman görüşleri, yönergeler, iyi uygulama örnekleri buluşma sahaları, teknolojik destek, medya araçlarına erişim vb. gibi alanlarda potansiyel ortaklara destek sağlayacak bir sistem mevcut mu?

5.8.1 DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nda Sağlık Planlama Tecrübeleri

Kentsel sağlık gelişim planı, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı (1998-2002) 3.Faz'ının ana hedefinde bulunmaktadır. DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nın 2000 yılında Horsens'te gerçekleştirdiği senelik buluşmada, belediye başkanları ve siyasi liderler Horsens Avrupa'da Adalet için Aksiyon Bildirisi'ni imzalamışlardır (82). Bu bildiri de şu ihtiyaçlar öne çıkmıştır:

- Sağlık alanında adalet kavramının işlevselleştirilmesi
- Sağlık alanındaki eşitsizliklerin ölçülmesi, takip edilmesi
- Hedefe yönelik politikaların denetimi
- Kentsel sağlık gelişim planının bir parçası olarak adalet kavramını tanımlayan bir vizyon ve strateji yaratılması
- Diğer gerekli politika ve programlar

Bundan sonraki on sene içinde Avrupa içinde sağlık planlaması konusunda mükemmel uygulama örnekleri geliştirilip, sağlık meselesi siyasi gündemin içinde dâhil edildiyse de, sağlık alanındaki eşitsizliklerin sosyal belirleyicileriyle mücadelede kat edilecek daha çok yol bulunmaktadır. Şehirler her biri de doğru ve geçerli olan birbirinden farklı yollardan geçmişlerdir. Bu planlar arasında klasik "Herkes için Sağlık" tarzı planların yanı sıra, belli sektörel planlar doğrultusunda uygulamaya konan müdahaleler ve sağlık hedeflerinin genel kentsel gelişim planına dâhil edildiği örnekler de bulunur. DSÖ Avrupa Sağ-

lıklı Şehirler Ağı'ndaki kentsel sağlık planlarının gelişim sürecinin değerlendirilmesi (83), bu planları 1. Tip, 2. Tip ve 3. Tip planlar olarak üçe ayırır.

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nın 4. Fazında, 17 şehir kapsamlı 1. Tip kentsel sağlık gelişim planı geliştirilerek sağlık vizyonlarını ve adalet anlayışlarını eyleme dönüştüren aksiyon planları yapmışlardır. Kentsel sağlık planlaması (84); sürdürülebilir kalınma ve sağlık planları (85) yönergeleri mevcuttur. Bunun en etkili süreç olduğu düşünülen durumlarda, kentsel sağlık gelişim planının kapsamı kontrol edilerek sağlığın önemli sosyal belirleyicilerini içermesi sağlanmaktadır.

Ancak her şehir bu şekildeki kapsamlı politika ve stratejiler geliştirmeyi uygun ve mümkün bulmamıştır. Bazı şehirler özellikle eğitim, şehir planlama ve ulaşım sektörleri başta olmak üzere sektörel ve çift taraflı anlaşmalar geliştirmeyi daha uygun bulmuştur. Çok az sayıda şehir finans ve konut sektörüne potansiyel ortak gözüyle yaklaşmıştır; bu durum da gelecekteki aksiyonun kapsamını genel olarak çizmektedir. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun raporu (2) uyarınca, hala bazı şehirler sağlık politikalarını diğer sektörel politikalara dâhil etmeyi daha uygun görmektedir; ancak bu durumda da genel hedefler her zaman açık ve net olmalıdır. Örneğin Norveç'in sağlık eşitsizliklerini azaltmayı amaçlayan ulusal planı, "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri konusunda sektörler arası çabaların, uzun ve kısa vadeli planların bir bütün olarak 2017'ye kadar gündemde kalmasını amaçlamaktadır (86,87)"

Çok sayıda şehrin düzenli belediye planları oluşturmak gibi bir yasal sorumluluğu bulunmaktadır. Örneğin Danimarka ve İsveç'te her belediye, yetkileri dâhilindeki tüm alanları içeren kapsamlı bir plan geliştirmekle ve bu planı dört senede bir gözden geçirmekle yükümlüdür. Bazı şehirler ise sağlığın sosyal belirleyicileri sorununu şehir kalkınma planları sayesinde aşmayı hedeflemektedir. Bu durum sağlık hedeflerinin

ekonomik hedeflere bağlanmasını sağlayarak bu hedefler için kaynak ayırmasını kolaylaştırmaktadır. Örneğin, İsveç'in Helsingborg kenti yakın zamanda 2010 Helsingborg Sürdürülebilir Kalkınma Planı'nı yayınlamıştır (88). Bu, yayınlanan beşinci senelik plandır ve geçtiğimiz senelerdeki gelişmeleri değerlendiren, politikacılara bütçe belirlemede yardımcı olan, bulgulara dayalı bilgiler sunmaktadır.

Daha yakın zamanda, orijinal 1. Tip planlardan biraz farklı olan, fakat yine sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadeleyi amaçlayan çok sayıda plan da geliştirilmiştir. Daha adil Sheffield, sağlıklı yaşamlar (89), örneğin, sağlıkta eşitsizlikleri azaltmayı, yoksullukla mücadeleyi, iyi işler yaratmayı, ucuz konut ve ulaşım sistemleri oluşturmayı amaçlayan bir aksiyon planıdır. Sandnes ise yayınladığı sağlık gelişim planını genel belediye gelişim planına dahil etmiştir (83). Aslında, bir şehir için neyin uygun olduğu, yerel çevrede neyin kabul göreceğiyle alakalıdır. Ulusal seviyede ve AB seviyesindeki düşünce tarzındaki değişimler hâkim paradigmayı da beraberinde değiştirerek şehirlerin gelecek planlarında daha istekli ve hırslı olmasını sağlayabilir.

5.8.2 Hedef Veya Vizyon

Hangi yaklaşım benimsenirse benimsensin, hedefler ve vizyon açık ve net bir şekilde ifade edilmelidir. Örneğin; birkaç yıl önce İsveç'in Göteborg kenti "güvenli ve güzel bir şehir", Sunderland ise "yaşamak, çalışmak ve ziyaret etmek için güvenli ve sağlıklı, refah dolu, insanların potansiyellerini gerçekleştirebildiği bir şehir" olma amacını dile getirmiştir (90). Norveç'in Sandnes kenti ise cömert, çok kültürlülüğün, toleransın ve iletişimin güçlü olduğu, cesur, sağlıklı, çevre ve iş ortamlarındaki sağlığın başarılı bir toplum oluşturmada önemli yeri olduğu bir kent olma amacını belirtmiştir.

Dolayısıyla, mevcut veriler ışığında, şehirlerin gelecek ile ilgili vizyonlarını, oluşturmak istedikleri toplumu ve sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelenin değerini açık ve net bir şekilde belirlemesi son

derece önemlidir.

Şehrinizin, sağlık eşitsizlikleriyle mücadele etmek için uzun vadeli bir vizyonu veya görev tanımı mevcut mu?

5.8.3 Sağlığın Sosyal Belirleyicileriyle Mücadele İçin Politikaların Oluşturulması

Sağlık21'de (49) belirtildiği üzere, "Yazılı bir eylem dokümanı bulunmadığı sürece, sürece dâhil olması gereken ortakların neden sağlık için birlikte çalışmaları gerektiğini ve kendilerine düşen görevi kavramaları oldukça güçtür"

Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele geniş bir kavram alanını ve çok sayıda ortağı içermektedir. Bu da durumun değerlendirmesi, hedef ve önceliklerin belirlenmesinde çok sayıda ortağın katılımı anlamına gelir.

Belki de "Herkes için Sağlık" politikası ilk defa 1990'da geliştirildiğinde, bu görevin karmaşıklığı henüz tam olarak kavranmış değildi. 2009'da Portekiz'in Viano do Castelo kentinde DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Avrupa Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağları tarafından düzenlenen konferansta, şehirler 5.Faz'da neler yapmaları gerektiğini ve neler yapabileceklerini açıklamaya başladılar. Ancak bu, 5.Faz'da tüm meselelerin sağlık üzerinde etkilerinin olacağı, ya da etkisi bulunanların, sağlık eşitsizliklerini azaltacağı anlamına gelmez. Bir anda ve ara sıra gerçekleşen müdahaleler, sağlık eşitsizliklerinin giderilmesinde yeterli olmayacaktır. Bu durum 2010 Sandnes Konferansı'nda da açıkça belirtilmiştir.

Örneğin, İsveç'in Malmö kentinde gözlenen sağlık eşitsizliklerini takiben Mayıs 2010'da Sosyal Olarak Sürdürülebilir Malmö Komisyonu kurulmuştur. Bu organ, ünlü bir akademisyenin önderliğinde örgütlenmiş bağımsız bir kuruluş olup, farklı uzmanlık alanlarından, sosyal bilimlerden ve kentsel planlamadan gelen 14 komisyon üyesini de bünyesinde barındırır. Komisyon'un görevi Malmö'da yaşayan

her vatandaşın, özellikle de en dezavantajlı konumda bulunanların, yaşam koşullarını iyileştirecek ve bulgulara dayanan stratejiler geliştirmektir. Burada dikkati çeken unsur ise, komisyonun sağlık eşitsizliklerinin ve önerdikleri stratejilerin maliyetlerini hesaplayıp karşılaştıracak olmasıdır. Yapılması gerekenler konusunda tavsiye vermenin yanı sıra komisyon, farklı sektörler ve departmanlar arası iş birliği gibi yönetimle ilgili konuları da ele alacaktır.

Malmö'deki modele paralel olarak, sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele için benzer bir komisyon oluşturmanın yollarını arayın. Bu süreçte yerel bilgilerden ve eylem alternatiflerinden de yararlanın.

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu (2), fiziksel ve zihinsel aktiviteyi, sosyal kaynaşmayı ve doğal çevrenin korunmasını arttıran mekânlar oluşturulması çağrısı yapmaktadır. Bu, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağının 5. Fazında da belirtildiği gibi, sağlık alanında eşitlik ve adaletin yalnızca sağlık sektörünün değil diğer tüm politika alanlarının da merkezinde bulunması gerektiği anlamına gelmektedir. Çift taraflı anlaşmaların uygun görüldüğü durumlar, eğer uzun vadeli bir vizyonun veya politika paketinin bir parçasıysa daha etkili olacaktır.

Yirmi Adımda Sağlıklı Şehirler Oluşturma Projesi'nde (91) belirtildiği gibi, durumun değerlendirilmesinde bütün şehir ortamına gereken önem verilmelidir. Bu, mevcut kaynakların bir değerlendirmesini ve diğer sektörlerin hedef ve karşılaştıkları güçlükleri de içermelidir. Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadeleye yeni bir soluk getiren bu yaklaşımda amaçlananlar Şekil 5'te gösterilmiştir. Bu makale de vurgulandığı gibi, sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlıkta eşitsizliklerle sürdürülebilir bir şekilde mücadele etmek için yalnızca sağlık sektörünün hedef ve karşılaştığı güçlükleri anlamak yetmez; diğer sektörlerin hedef ve güçlükleri ve fırsatlardan yararlanmak için elde bulunan varlıklar, kaynaklar da göz önünde bulundurulmalıdır. Şekil 5'te, bütün bu etmenlerin keşiştiği A bölgesi en verimli eylem bölgesini verir.

B bölgeleri ise, eylem alınması nispeten kolay bölgeler olup, bu bölgelerde sağlık sektörü ve diğer sektörlerin hedef ve karşılaştığı güçlükler kesişmekte veya varlıklar ile kaynakların kolayca eyleme dönüşebilme potansiyeli bulunmaktadır. C bölgesi ise, sağlık sektörünün alışılmadık dışına çıkarak sağlığın sosyal belirleyicilerinden sorumlu diğer sektörlerle katkıda bulunduğu bölümdür.

Şekil 5: Optimum Eylem Alanı



Epidemiyolojik ve diğer veriler kalp hastalıkları ve zihinsel sağlığın en büyük güçlükleri oluşturduklarına işaret etmektedir. Bazı şehirler sigara kullanımı veya obezite gibi belirli sağlık riskleri tespit etmişken, bazı şehirler ise belirli nüfus gruplarına (yaşlı insanlar vb.) odaklanmayı tercih ederek sağlık eşitsizliklerini azaltma yoluna gitmişlerdir. Örneğin Hırvatistan'ın Rijeka kenti; gelir, ulaşım, konut, çevre, güvenlik ve sosyal hizmetlere erişim gibi sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicilerine odaklanarak sağlıklı bir yaşlanma stratejisi geliştirmiştir (92).

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun raporu (2), erken yaşlardan itibaren aksiyon alınması çağrısı yapmıştır çünkü komisyonun raporuna göre, erken gelişim tecrübeleri ve eşitsizlikler ilerleyen yıllarda

birikerek devam etmektedir. Çocuklar, yaşlı insanlar ya da işgücündeki insanlar gibi belli nüfus gruplarını ele almak, belki de sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele gibi karmaşık bir konuyu daha üstesinden gelinebilir ve anlaşılabilir bir hale getirebilir. Aynı zamanda bu grupların savunucularını da net bir şekilde saptamak daha kolay olacaktır. Bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili politikalar geliştirilirken ise, bazı uzmanlara göre genel politikalar yerine her konu için ayrı politika geliştirmek daha etkili olmaktadır. Bu durumun sebebi şu şekildedir:

- Tek bir meselenin sebepleri ve sonuçları arasındaki ilişki daha rahat tanımlanabilir, anlaşılabilir
- Bu meseleyle mücadelede alınacak tedbirler önceden denenmiş ve test edilmiş olabilir
- Konuya müdahil tarafları kontrol etmek nispeten daha kolaydır
- Belirli meseleler genelde güçlü lobi gruplarınca desteklenmektedir (23)

Bununla beraber, bazı “tek” ve “belirli” meselelerin temelinde ortak sebepler yatmaktadır. Daha verimli olmak adına, belirli meselelere belirli zamanlarda daha fazla önem verilse de bu yaklaşım, daha geniş bir yaklaşımın bir parçası olarak sürdürülmelidir. Yani yapbozun küçük parçalarını yerleştirirken, büyük resmin de belirli olması gerekir.

Eğer belirli bir nüfus grubuna odaklanılacaksa; bu, daha geniş bir yaşam evreleri yaklaşımının veya sosyal tabakalar yaklaşımının bir parçası olarak yapılmalıdır. Bu grubun sağlığını arttıracak ve koruyacak genel politikaların yanında, bu grubun daha dezavantajlı mensuplarının ihtiyaçlarına da özel olarak önem verilmelidir.

Diğer sektörlerle ortaklık ve tartışma ortamının kurulması önemlidir, ancak her zaman sağlık sektörünün liderlik koltuğuna oturması da gerekmez. Örneğin, eğer hedeflerden bir tanesi çocukların hayata güzel başlamasını sağlamak ise, Eğitim Ba-

kanlığı veya yerel eğitim otoriteleri bu meseleden sorumlu olabilir. Bunun yerine sağlık sektörü, daha düşük gelirli ailelerin veya etnik olarak azınlık konumundaki ailelerin çocuklarına destek ve yardım sağlamakla ilgilenebilir. Fakat bu da, sağlık sektörünün bu ekstra desteği direk olarak sağlayacağı anlamına gelmez. Örneğin sağlık sektörü, kötü eğitimin sağlığı, sağlığın da eğitimde başarıyı ne şekillerde etkilediğini göstererek bu konuya daha fazla fon ayrılması için hükümete baskı yapabilir. Ya da sağlık sektörü okullarda daha iyi gıdaların verilmesini sağlamak için yetkililerle masaya oturabilir veya yoksullukla mücadele eden ebeveynlerin, çocuklarının okuldaki başarılarının artmasını sağlayacak becerileri geliştirmesine yardımcı olabilir.

Turizmin gelişmesi ve aynı zamanda kaliteli meyve ve sebzelerin yerel olarak üretilmesi de amaçlananlar arasındadır. Bu iki faktör birlikte turistleri çekerken, daha sağlıklı beslenmeyi teşvik etmektedir. Olasılıklar sınırsızdır, fakat ilk etapta potansiyel ortakları tanımak gerekir. Bu ortakları tanımaktaki amaç, hedeflerini anlayıp iki taraf için de ortak veya kesişen hedefler olup olmadığını saptamaktır.

5.8.4 Muhtemel Ortakları Dikkate Almak

Sağlığın Sosyal Belirleyicilerini Ele Almak: Kentsel Boyut ve Yerel Hükümetlerin Görevleri (6) başlıklı DSÖ raporu, yerel otoritelerin sağlık eşitsizliklerini azaltmak için müdahale edebileceği alanları ve sektörleri detaylı bir şekilde göstermektedir.

5.8.4.1 Dezavantajlı bölgeler

Dezavantajlı bölgeler genel olarak yeşil alanlardan, iş ve konut olanaklarından yoksun olup, bu bölgelerde suç oranları nispeten daha yüksektir. İngiltere’deki şehirler bu alanlarda yapılacak müdahalelerin özellikle üzerinde durmaktadır. Bu alanları tanımlarken, özellikle küçük bölgelerde, sağlık eşitsizliklerinin net bir şekilde ortaya koyulması, konuya ilişkin diğer alanların da incelenmesi için oldukça önemlidir. Gözden kaçırılması muhtemel bir mesele

ise dezavantajlı bölgelerin bazen sosyal birliktelik hissinden yoksun olmadığı, hatta bu alanlardaki insanların hali vaktinin yerinde bile olabileceğidir. Bu anlamda, eşitsizliğin boy gösterdiği alanların ve sebeplerinin saptanması hayati önem arz eder.

5.8.4.2 Eğitim

Eğitim seviyesi, sağlığı en açıkça etkileyen alanlardandır. Bazı ülkelerde, yerel otoriteler direk olarak eğitimden sorumlu olmasa da, eğitimin yapıldığı çevrelerden sorumlu olduklarından eğitimi dolaylı yoldan etkileyebilmektedirler. Bundan kasıt öğrencilerin ev-okul arasında güvenle seyahat etmesini sağlamak, okul alanlarına öğrencilerin fiziksel aktivitelerine yetecek alanların tahsis edilmesini sağlamak ve sağlıklı beslenme gibi meselelerdir. Ayrıca şehir otoriteleri, liderlik konumlarını kullanarak okullarla toplum arasında daha iyi bir etkileşimi sağlayacak ortaklıkların da kurulmasını sağlayabilirler.

5.8.4.3 Şehir Tasarımı, İnsan Ve Ürünlerin Dolaşımı

Sağlığın sosyal belirleyicileriyle ve küresel ısınmayla mücadele hareketi birbiri içine geçmiş meselelerdir. Yerel otoriteler, her yaşta insanın aktif ulaşımını teşvik etmekten sorumludur: araba kullanımının azaltılarak yürümenin, bisiklete binmenin özendirilmesi; asansör yerine merdiven kullanımının teşvik edilmesi ve bebek arabaları ile engellilerin tekerlekli sandalyelerinin rahat hareketinin sağlanması yerel otoritelerin sorumluluk alanlarındandır. Arabası olmayan insanların hizmetlere, dinlenme ve eğitim tesislerine kolay ulaşımı sağlanmalıdır. Bu mesele kısmen kentsel tasarım meselesinin bir parçasıdır. Başka yerlerde de belirtildiği gibi, insanların çevreleri değişmeden alışkanlıklarını değiştirmelerini beklemek yersizdir. Örneğin, yerel çevre yürüyüşe daha müsait olduğunda, bu durum insanların sağlığı yanında sosyalleşmesini ve yaşadıkları bölgeleri daha iyi tanımasını da sağlayacaktır. Bunun sağlanması kentsel tasarım kadar, şehir düzenlemelerinin de etki alanındadır. Araştırmalar düşük gelirli böl-

gelerde insanların sokakta ölüm oranlarının yüksek gelirli bölgelerdekine kıyasla daha fazla olduğunu göstermektedir. Yüzme ve diğer spor merkezlerinin kullanım maliyeti de düşük gelirli insanların fiziksel aktivitelerinin artırılmasının önündeki engellerden biri olabilir.

5.8.4.4 Adil İş Ve İşyeri Sağlığı

Araştırmalar iyi bir işe sahip olmanın sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğunu, işsizliğin veya iş güvenliğinin bulunmadığı durumların ise olumsuz etkileri olduğunu göstermiştir. Şehirler ve belediyeler, kendi çalışanlarının iş güvenliğini, çalışma koşullarını ve belli bir hayat standardında yaşamalarını sağlayarak bu alanda örnek bir işveren olarak diğer sektörlerle öncülük etmelidir. Sağlık eşitsizlikleriyle mücadeleye katkı sağlamak adına, 2010'un Haziran ayında Londra Meclisi, çalışanlarının maaşlarını, en yüksek maaş alan personelin en düşük maaşın 10 katından fazla almamasını sağlayacak şekilde düzenlemiştir. Bunun yanında kentler, sağlığı arttıran çalışma ortamları için rol modelleri teşkil etmelidir. Bazı şehirlerin sağlık ve sosyal servis çalışanlarının çalışma şartların, özellikle düşük maaşla çalışan kadınların şartları hala yetersizdir.

Şehirlerde istihdam yaratmak sadece ekonomik ve sosyal kalkınmaya değil, aynı zamanda sağlık eşitsizliklerinin azalmasına da katkı sağlayacaktır. Ufak işletmelere sağlanan finansal yardım paketleri, belediyelerin yerel üreticileri tercih etmesi ve diğer kalkınma ajanslarıyla ortaklaşa çalışmalar yürütmesi bu amaca yönelik girişimlerdenir. Yerel işverenlerle bir arada çalışmak ve onları desteklemek de çalışma ortamına olumlu katkılar sağlayacaktır. Bu, işyerinde stresi etkileyen altı unsur da içermektedir: Talep, kontrol, destek, ilişkiler, görev ve değişim (2). Güncel ekonomik durum göz önünde bulundurulduğunda, bu meselelerde destek sağlanması son derece önemlidir. Çok sayıda şehir de, insanların iş bulmalarını kolaylaştıracak eğitim ve kurslar düzenlemektedir. Örneğin Danimarka'daki iş sahibi olan ve olmayan insanlar için

düzenlenen mesleki gelişim eğitim programları senelerdir yürürlükte. Hükümet tarafından finansal olarak desteklenen bu programlar, insanlara işgücü piyasaları içinde daha rahat hareket etme imkânı tanımının yanı sıra, oldukça rekabetçi olan Danimarka endüstrisinde, çalışanlara destek sağlamaktır (2).

Bu da bir kazan-kazan (win-win) durumudur. Çünkü sağlık hedefleri diğer sektörlerin hedefleriyle örtüşmektedir. Örneğin 2004'te William Bird (93), İngiltere'deki Ulusal Sağlık Servisi'nin sağlık tedavi edici hizmetlere talebin azalması durumunda önemli miktarda tasarruf edeceğini, yerel ekonomilerin de işe gelmeme oranlarının ve erken ölüm riskinin azalmasından ötürü büyük faydalar sağlayacağını tespit etmiştir.

5.8.4.5 Barınma

Kötü barınma şartları ile sağlık bozuklukları arasında net bağlantılar bulunmaktadır. Belli tehlikelere maruz kalma riskinin azaltılması hem bölgedeki sakinlerin hem de gelecek nesillerin bu tehlikelerden olumsuz etkilenmesini önleyebilir.

En büyük tehlikeler hava kirliliği, ısınma problemleri, rutubet, gürültü kirliliği, yangın, radyoaktivite ve özellikle bazı şehirlerde aşırı yüksek ve düşük çevre sıcaklıklarına karşı yetersiz korunmadır. Zehirlenme, düşme ve yangınlar evlerdeki ve yaralanma vakalarında, önlenabilir sebeplerdir. Daha iyi barınma imkânlarının zihinsel sağlığı arttırdığı bildirilmektedir. Şehirler sosyal barınma imkânları sağlayarak bu konuya direk olarak müdahale edebilecekleri gibi, ev sahipleriyle işbirliği yaparak, özellikle dezavantajlı ve yoğun göç alan bölgelerde, daha iyi barınma imkânlarının sağlanmasına katkıda bulunabilir.

5.8.4.6 Sağlıklı Besinlere Erişim

Obezite Avrupa Bölgesi'nde giderek artan ve özellikle de dezavantajlı grupları etkileyen önemli bir sorundur. Meyve ve sebze ucuz ve kolay erişilebilir olmadığı sürece, beslenme alışkanlıklarının da kolayca değişmesi beklenemez. Greenwich bu soruna yaratıcı bir çözüm geliştirmiştir: Her bölgeyi düzenli aralıklarla ziyaret eden mobil meyve-sebze tezgâhları.

Ucuz ve sağlıklı gıda sağlamanın yanında, bölge sakinleri bu durumun komşularıyla olan ilişkilerinin gelişmesine, yaşadıkları alanda kendilerini daha iyi ve güvende hissetmelerine vesile olduğunu bildirmiştir (94).

5.8.4.7 Sosyal Hizmetler

Hâlihazırda sosyal hizmetler pek çok alanda sağlık sektörüyle birlikte hareket etmektedir. Aradaki mevcut bağlantılar ve personelin yetkinlikleri göz önüne alındığında; geleneksel müşteri-profesyonel ilişkisinden, insanların ihtiyaçlarına kendi belirledikleri doğrultuda cevap verecek kamu sektörü, özel sektör ve gönüllülerin katılımı esasına dayalı bir ilişkiye geçiş potansiyelinin ne kadar yüksek olduğu fark edilebilir.

5.8.4.8 Çevre

Kentsel gelişim ve şehir tasarımı, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı 5. Fazı'nda ele alınan temel konulardandır. Doğal ve inşa edilmiş çevrenin korunmasında, sağlıklı yaşam tarzının özendirilmesinde, sosyal etkileşim imkânlarının yaratılmasında ve günlük aktivitelerin bir parçası olarak yürüyüş ve bisiklet sürmenin teşvik edilmesinde yerel seviyedeki girişimler belirleyicidir. İçinde bulunduğumuz ekonomik gerileme döneminde, şehri yaşamaya, çalışmaya ve ziyaret etmeye uygun ve güvenli hale getirebilecek bu müdahalelerin maliyeti de yok denecek kadar azdır. Bazı şehirlerin ise hala kent sakinlerine temiz içme suyu sağlaması ve yerel yüzme alanlarını ko-

ruma yönünde çalışmalar yapması gerekmektedir. Etkili çöp ve atık toplama yöntemleri ve geri dönüşümün şehir sağlığı, küresel ısınma ve genel olarak kentsel çevre üzerinde olumlu etkileri vardır.

5.8.4.9 Kentsel Yeşil Alanlar

Her ne kadar içinde bulunulan çevreye de bağlı olsa, kentsel yeşil alanların önemi giderek daha iyi anlaşıldığı için bu mesele ile ayrıca ilgilenilmektedir. Halka açık parklar gibi yapması ve koruması güç alanlar, kentsel yeşil alanların yalnızca küçük bir parçasını oluşturur.

Yeşil alanlar fiziksel aktivite ve sosyal iletişim imkânları sağlamanın yanı sıra, insanların kendilerine güvenlerini, çalışma verimliliklerini, zihinsel sağlığını (95) da artırır, insanların depresyonla ve günlük endişelerle mücadele etmesine yardım olur, bağımsızlığı güçlendirir, hastalık sonrası tedaviye yardımcı olur ve iklim değişikliğinin etkilerini azaltır (96). Özellikle de dezavantajlı bölgelerdeki okullar, kreşler ve oyun bahçelerinin etrafına çok sayıda ağaç dikilmelidir. Saksı bitkilerinin bile önemli faydaları bulunur. Araştırmalar, kendi kendilerine büyüyeabilen ve özel bir bakım gerektirmeyen yabancı çiçekleri ekmenin bile zihinsel sağlığı ve ruh sağlığını olumlu etkilediğini göstermektedir.

5.8.5 Hedefleri ve Amaçları Belirlemek

Sağlıktaki eşitsizliklerin giderilmesi için alınacak aksiyonların çoğu, belli bir kent konseyinin görev süresini aşan, uzun vadeli çözümler üretmektedir ve bu yüzden sabırlı ve ihtiyatlı davranılması gerekir. Bu yüzden, orta ve uzun vadeli hedefler belirlemek, bunun yanında küçük kazanımlarla eşitsizliklerin giderilmesini sağlamak son derece önemlidir. Bunu başarmak için çok sayıda sektörün işbirliği yapması gerekmektedir; bunu sağlamak için de hedefler açıkça belirtilmeli ve sürece dâhil olan tarafların bu hedefleri anlaması sağlanmalıdır.

Hedeflerin belirlenmesindeki ortak kriterler şu şe-

kildedir (15):

- Bir sağlık meselesinin ne ölçüde hastalık ve ölümlere sebep olduğunun saptanması
- Bir problemin çözülmesinin eşitsizliklerin azalmasına katkı sağlayıp sağlamayacağı
- Etkili ve siyasi olarak kabul edilebilir olduğu saptanmış müdahaleler aracılığıyla, iyileştirmelerin etki alanlarının belirlenmesi
- Sağlık sorunun büyük bir mesele olup olmadığıyla ilgili kamunun ve profesyonellerin fikirleri
- Hedefe giden süreçteki ilerlemenin ölçülmesini sağlayacak göstergeler bulunup bulunmadığı, sürecin ölçülmesi için gerekli verilerin bulunup bulunmadığı, verilerin bulunmadığı durumlarda bu verilerin rahatlıkla toplanıp toplanamayacağı
- Kısıtlamalar (özellikle mali kısıtlamalar)

Varlığa dayalı bir yaklaşıma erişmek için çabalanmalı ve eldeki mevcut varlıklar, yukarıdaki kriter listesine eklenmelidir.

Bu hedefler arasında öncelikleri belirlemek de bir o kadar önemlidir. Araştırmalara göre, ulusal seviyede ve şehir seviyesindeki ilerlemenin önündeki en büyük engellerden biri önceliklerin yeterince açık bir şekilde belirlenmemiş olmasıdır.

Belli sebepler, bazı şehir ve ülkeleri, sayısal hedefler belirlemekten alıkoymaktadır (15):

- Bazı hedefler için bilimsel olarak güvenilir bulgular elde etme güçlüğü
- Siyasetçilerin ve profesyonellerin, hesap vermekle yükümlü oldukları hedefleri belirtmekten kaçınması
- Hedeflerin sayısal olarak ifade edilebildiği meselelere öncelik veriyor gibi gözükürken, ölçülmesi güç hedeflerin de eşit derecede veya daha önemli

olması

- Buna rağmen, Sağlık21’de (90) de belirtildiği gibi hedef belirlemenin belli avantajları da bulunmaktadır:
- Hedef belirme süreci, güncel durumun ve gelecekteki muhtemel trendlerin, mümkün olan en bilimsel şekilde değerlendirilmesini gerektirir.
- Hedefe giden sürecin gözlemlenmesi ve bu konudaki beklentilerin, bu beklentilerin ne kadar karşılandığının ve bu durumun sebebinin tartışılması, mükemmel bir öğrenme deneyimi sunar.
- Hedefler, güçlü iletişim araçları sağlar.
- Hedefler, potansiyel ortaklara neyin gerçekleşmesi gerektiğini ve bu süreçte kendilerine düşen görevi göstermede etkilidir.
- Hedefler, sıradan vatandaşların taleplerini dile getirmesi için bir çağrı niteliğindedir.
- Hedefler, sağlık alanında hesap verebilirliğe katkı sağlayan mükemmel araçlardır (tam da bu sebepten bazı gruplar açık hedefler belirlemekten kaçınmaktadır).
- Bazı hedefler, gündelik eylemlerin uygunluğunu değerlendirmek için referans noktaları belirlemektedir.
- İnsanları hedef belirleme süreçlerine dâhil etmek farkındalığı artırır. Bu da, sağlık politikalarının uygulanmasındaki ilk adımdır.

Bazı ülkeler, mantık çerçevesi yaklaşımının gerektirdiği üzere; belirli, ölçülebilir, erişilebilir, gerçekçi ve belli bir zaman içinde gerçekleşmesi amaçlanan (bu modelin İngilizce kısaltması: SMART) hedefler belirlemek gerektiğini kabul etmişlerdir (97,98).

Küresel seviyede ise, ölçülebilir hedefler olan Milenyum Gelişim Hedeflerinin belirlenmesi, ülkelerdeki hedef belirleme süreçlerini doğrudan etkile-

miştir. Son senelerde, sağlık alanında belli hedefler belirleyen ülkelerin sayısı artmaktadır.

Belirlenen bazı hedefler bazı değişimlerle alakalı olan veya belli grupları etkileyen “sonuç hedefleri”, bazıları güç, para, kaynak ve sağlık risklerinin dağılımındaki değişikliklerle alakalı olan “ara hedefler”, bazıları ise idari ve yapısal değişimler hedefleyen “süreç hedefleridir”.

Geçmiş tecrübeler gösteriyor ki, şehir seviyesinde ve ulusal seviyede zaman zaman hedeflerin belirlenmesinde ve sürecin değerlendirmesini sağlayan göstergelerin oluşturulmasında güçlüklerle karşılaşmaktadır. Özellikle uzun vadeli olan sağlığın sosyal belirleyicilerindeki değişikliklerin ölçülmesinde, girişimin başladığı andan itibaren ara hedefler ve sonuçlara varana dek karşılaşılan güçlüklerin saptanması, gerekli düzenlemelerin yapılması için önemlidir.

5.8.6 Politika Oluşturma Süreci

Sektörler arası girişimlerin gerçekleştirilmesinde, sürecin sahiplenilmesini sağlamak adına müdahil tarafların en baştan itibaren detaylıca bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bazı şehirler bu siyasi belgelere aksiyon planları da eklemiştir; bazıları ise, örneğin, senelik aksiyon planlarını takip etmeyi tercih etmektedir. Esas önemli olan nokta ise aksiyon planlarının neyin, nasıl, kim tarafından, ne zaman, nerede ve hangi kaynaklar kullanılarak yapılacağını açık ve net bir şekilde belirtmesidir.

Sağlık departmanı, diğer sektörlerdeki ortaklar için gerekli bilgi ve desteği sağlamalıdır. Bu durum özellikle ekspertizin oluşturulması gereken sağlık etkisi değerlendirme süreci, politika paketinin bir parçasıysa oldukça önemlidir.

Gerekli finansal kaynaklar, insan kaynakları, kapasite oluşturma gibi diğer kaynaklar bulunmuyorsa ve önemli idari, kurumsal ve yapısal değişiklikler ya-

pılmadığı takdirde; sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele için geliştirilen politikalar, rafta duran bir kitap olmaktan öteye geçemez.

Şehirler gerekli kaynakların sağlanması için tüm olasılıkları değerlendirmektedir: Belli amaçlar için yerel vergilerin bir kısmını tahsis etmek, farklı sektörlerin çalışmaları için talep ettikleri finansmanın

verilmesinde sağlık eşitliği kriterinin aranması vb.

Politikalar oluşturulurken, sürecin takip edilmesi ve değerlendirilmesinde kullanılacak yöntemler üzerinde açık mutabakat sağlanmalı; bunu gerçekleştirebilmek için gerekli kaynaklar ve kapasite oluşturulmalıdır.

Politika oluşturma sürecine her alandan tarafları dâhil etmeye çalışın.

Bu taraflar için hedefleri ve öncelikleri net bir şekilde tanımlayın.

Aksiyon planlarının neyin, ne zaman, kim tarafından ve hangi kaynaklarla yapılacağını belirttiğinden emin olun.

Sağlığın sosyal Belirleyicileriyle mücadelede, politikaların (bunlar; kapsamlı politikalar, çift taraflı politikalar veya diğer sektörlerin planlarına dâhil edilen eylemler olabilir) uygulanması sürecinin gelişimini takip etmek için sorumluluklar atayın.

Önemli aksiyon ve müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek için süreçler oluşturun.

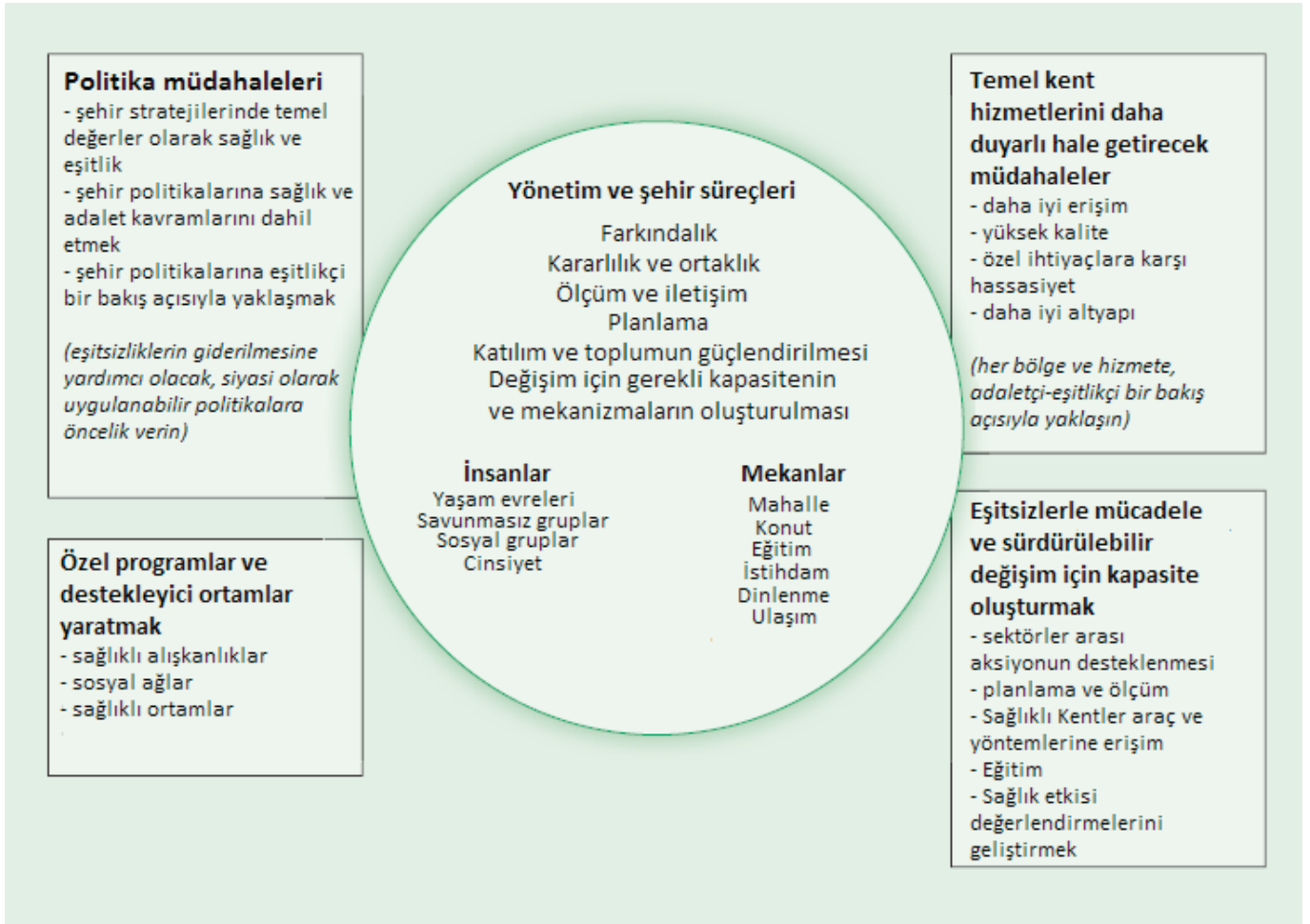
6. Harekete Geçmek – Bütün Parçaları Birleştirmek

Sağlık alanındaki uçurumların önümüzdeki dört sene içinde tamamen ortadan kaldırılması mümkün değildir; fakat eşitsizliklerin daha da artmasını önlemek ve sosyal tabakalar arasındaki farklılıkları

dengelemek için gerekli süreçler oluşturulabilir. Bu husustaki meseleler Şekil 6'da ayrıntılı bir biçimde tartışılmıştır.

Bu son bölümde okuyuculara, metin boyunca sorulan bireysel değerlendirme sorularını hatırlatmak isteriz. Bu sorular, içinde buldukları yerel duruma göre şehirlerin ara ve nihai hedeflerini belirlemelelerine yardımcı olmak adına gruplanmıştır.

Şekil 6 Kentsel Eylem Noktaları



Kaynak: Geoff Green, Sheffield Hallam Üniversitesi profesörü, İngiltere

6.1 Yönetim Ve Şehir Süreçleri

Şekil 6'nın merkezinde, sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede gerekli ön koşullar bulunmaktadır. Her şeyden önce sağlıktaki eşitsizliklerle ilgili farkındalık yaratmak gereklidir. Bu durum, soldaki kutucukla doğrudan ilişkilidir: Tüm şehir stratejilerinin sağlıktaki eşitlik anlayışıyla yürütülmesi gerekir, bu stratejilerin sağlık üzerindeki potansiyel etkileri değerlendirilmeli ve eşitsizlikleri gidereceği düşünülen politikalara ağırlık verilmelidir.

Sorulması gereken sorular ise şunlardır:

Dilinizde, sağlıktaki eşitlik kavramının ve sebeplerinin rahatlıkla anlaşılmasını sağlayacak tanımlar var mı?

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin ve bunların toplum tabakaları arasında adil olarak dağılması durumunda kentlerin nasıl zarar göreceğinin açıklaması var mı? (örneğin şehrin internet sayfasında, broşür olarak, sunum halinde vb.)

Konuya ilişkin DSÖ dokümanları yerel dilinize çevrildi mi? Veya benzer ulusal dokümanlar mevcut mu?

Bu malzemeler gelecekteki potansiyel ortaklar, her sektörden ilgili kurumlar (sendikalar, özel sektör, sivil toplum kuruluşları gibi) ve kamunun geneli için erişilebilir olmalıdır. Sürecin ikinci veya en geç üçüncü senesinde; karar mercileri ve toplumun geneli sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelenin önemini kavramış olmalıdır.

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı 5.Faz'a katılan şehirlerin tamamında, siyasi yöneticiler de dâhil olmak üzere tüm üst düzey yöneticiler sağlıktaki eşitsizlikle mücadelede kararlılık göstermektedir. Fakat, sağlıktaki eşitliğin sağlanmasında bütün şehir yönetimi ancak aşağıdaki sorular olumlu cevaplandığında sorumlu ve hesap verebilir olacaktır:

Sağlıktaki eşitlik ve bu eşitliğin çıkarımları gibi zor ve karmaşık bir konunun anlaşılması için hangi çalışmalar yürütülmektedir? (yüz yüze görüşmeler, paneller, atölyeler ve kitle iletişim araçları gibi)

Şehrinizin gelecek vizyonu, örtülü olarak da olsa, herkesin kendi potansiyelini gerçekleştirebileceği bir topluma atıfta bulunuyor mu?

Sadece sağlık sektöründekiler değil, diğer sektörlerde konuyla ilişkili politika dokümanları da sağlıktaki eşitlik prensibini açıkça ele alıyor mu?

Tüm siyasi partilerin şehir konseyinde temsil edilerek, sağlıktaki eşitsizliklerle mücadeleye aktif katılımının sağlanmasının yollarını araştırdınız mı?

Kent konseyine, gerek özel olarak hazırlanmış raporlarla olsun gerekse senelik bütçenin arka planında işlenmiş olarak, sağlık eşitsizliklerindeki gelişme ve trendlerle ilgili düzenli rapor veriyor musunuz?

Taahhüt 1. 2013 itibariyle, bütün şehir yönetimi ve yerel medya, sağlıktaki adalet kavramını ve sosyal belirleyicilerini ana hatlarıyla kavramış olmalıdır.

Şekil 6'daki tüm kutucuklarla alakalı olarak, aşağıdaki tüm alanlara adaletçi eşitlikçi bir gözle bakmalıyız:

- Şehir içindeki yerleşim yerleri
- Politika müdahaleleri
- Temel hizmetlerin sunulması
- Destekleyici çevrelerin yaratılması

Bazı durumlarda bu adaletçi bir kültürün gelişmesine bağlıdır; bu şekilde, karar mercileri alacakları kararların sağlığın sosyal belirleyicilerini nasıl etkileyeceğini dikkate alarak hareket ederler. Diğer du-

rumlarda ise daha formal sağlık etkisi değerlendirmelerine ihtiyaç duyulabilir.

Temel sektörlerdeki politikaları takip etmek ve bu politikaların risk altındaki grupların sağlığını nasıl etkileyeceğini anlamak için mevcut bir sistem var mı?

Siyasetçiler ve karar mercilerinin olaylara her daim adaletçi-eşitlikçi bir gözlükle bakmalarını sağlayacak sağlık etkisi değerlendirmesi eğitim ve kursları var mı?

Sağlık etkisi değerlendirmesini sahada gerçekleştirecekler için eğitim kursları var mı?

Şekil 6'nın orta bölümü, sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede belki de en büyük güçlükleri içermektedir: Sektörler arası kalıcı ortaklıklar kurmak, değişim için gerekli mekanizmaları ve kapasiteyi oluşturmak, daha çok kişinin katılımını ve halkın güçlendirilmesini sağlamak.

Şehrinizde şu an uygulanan ve sektörler arası işbirliğini sağlayan ne gibi yapılar, süreçler mevcut?

Bu yapılar ve süreçler ortak planlamada, fon oluşturmada veya en azından bilgi ve tecrübe alışverişinin sağlanmasında etkili mi?

Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele, başarıyla uygulanmakta olan diğer süreçlere dâhil edilebilir mi?

Yoksa yeni süreç ve yapılar mı kurulmalı? Bu süreç ve yapılara nasıl görünürlük kazandırılabilir, nasıl destek verilebilir?

6.2 Sağlığın Sosyal Belirleyicileriyle Mücadelede Bilgi Tabanını Büyütmek

Şekil 6'daki tüm bölümler için bilgi ve enformasyon tabanının genişletilmesi önemlidir. Bu sayede şehirler aşağıdaki kapasiteleri oluşturabilirler:

- Sağlık alanında karşılaşılan önemli güçlükler ve sebeplerinin anlaşılması
- Sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede mevcut ve potansiyel varlıkların değerlendirilmesi
- Eşitsizliklerin giderilmesi sürecinin takip edilmesi ve incelenmesi
- Müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi
- Sektörler arası işbirliğinde odak noktalarının değişmesiyle birlikte; aşağıdaki amaçlar için, potansiyel ortakların bilginin toplandığı ilk aşamalardan itibaren sürece dâhil edilmesi gerekmektedir:
- Verilerin toplanmasında muhtemel tekrarları önlemek
- Sektörlerin elinde bulunan tüm güvenilir bilgilerin tamamen kullanılmasını sağlamak
- Yerel üniversite ve araştırma merkezlerinin uzmanlığından yararlanmak
- Ülkenin içindeki ve uluslararası bilgilerin karşılaştırılabilirliğini arttırmak
- Yerel insanların karşılaştığı güçlükleri ve bu güçlüklerin nasıl aşılabileceğini anlamak için bölge halkının bilgi ve tecrübelerinden yararlanmak

Taahhüt 2. 2012 itibariyle tüm şehirler, ellerindeki verileri uygun şekilde kullanarak oluşturdukları ve sağlık eşitsizlikleri ile sebeplerinin anlatıldığı bir analiz oluşturmalı.

Her şehir, elindeki bulguların gelişmişlik seviyesine en uygun yaklaşımı seçmeli. Bu hususla ilgili sorular şu şekildedir:

Kent sağlığı profili oluşturduunuz mu? Oluşturduysanız, kullandığınız bilgiler güncel mi?

Kent sağlığı profili veya benzer bir rapor, sağlık eşitsizliklerinin temel sosyal belirleyicilerini içerecek şekilde hazırlandı mı?

Bu raporun oluşturulması sürecinde, ilgili taraflar mümkün olduğunca sürece dahil edildi mi?

Kentinizdeki güvenilir bilgi kaynaklarının (sağlık sektörü ve diğer sektörler, akademik araştırma merkezleri ve özel sektör gibi) değerlendirmesi yapıldı mı?

6.3 İnsanlar ve mekânlar

Mevcut verilere dayanarak; şehirlerin, hastalık ve engelliliği, sağlığa zarar veren hayat tarzları ve alışkanlıkları, sağlığın sosyal belirleyicileriyle alakalı durumu ve tüm bunların toplumun farklı sosyoekonomik sınıfları arasında nasıl dağıldığını saptayabilecek kapasitede olmaları gerekir.

Elde detaylı veriler bulunmasa bile, bölge halkının bilgi ve tecrübesi, sağlığın sosyal belirleyicilerinin (barınma, eğitim, iş imkânları, ulaşım, dinlenme ve diğer tesisler vb.) kötü durumda olduğu yerleşim yerlerinin belirlenmesini sağlayabilir. Hâlihazırda bu eşitsizliklerle mücadelenin, sağlık alanındaki mevcut uçurumları ortadan kaldırdığına dair yeterli araştırma bulunmaktadır (99).

Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadeleyi şehrin yönetimine bir bütün olarak dâhil edebilmek için, insanların ve mekânların incelenmesinde kullanılacak eldeki varlıkların ve kaynakların farkına varmak gerekir. Bu varlıklara çok sayıda etmen dâhil edilebilir: doğal fiziksel varlıklar, ileri seviye şehir planlaması, kaliteli altyapı, güçlü iş gücü, emekli olmuş yetenekli kişiler, akademik kurumlar, özel

sektördeki önemli kuruluşlar, sivil toplum örgütleri, mahalle ağları ve her sektördeki etkileyici liderler gibi.

Şehrinizdeki temel sağlık sorunları nelerdir?

Şehrinizdeki hangi nüfus grubunun en savunmasız ve kötü durumda bulunduğu düşünüyorsunuz: belli yerleşim yerlerindeki kişiler, uzun süredir işsiz olan insanlar, riskli alanlarda çalışan insanlar, yoksulluk içinde yaşayan çocuklar, göçmenler, çingeneler vb?

Sağlığın sosyal belirleyicilerindeki eşitsizlikler en fazla hangi alanlarda mevcut: Dezavantajlı mahalleler, belli hizmetlere ulaşım, iş imkânlarına ulaşım vb?

6.4 Gidişatın Haritasını Çıkarmak

Yukarıda da belirtildiği gibi, sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele geniş ve karmaşık bir mesele olup, öncelikler ve yönergeler net bir şekilde belirlenmediği takdirde çok külfetli bir mesele haline dönüşebilir. Sağlığın sosyal belirleyicileriyle ve sağlıkta eşitsizliklerle mücadele aynı zamanda uzun soluklu bir süreçtir. Bu sebeple sağlıkta adaletin önündeki engeller ve seferber edilecek kaynaklar belirlendikten sonra, orta ve uzun vadeli hedeflerin de saptanması son derece önemlidir.

Hedefler saptanırken önce hangi meselenin ele alındığı, daha sonra da alınacak aksiyonlardan hangi tarafların sorumlu olacağı ve hangi kaynakların kullanılacağı belirlenmelidir. Bu sayede küçük aksiyonlar dahi yerli yerine oturacağından uzun vadeli hedefler de rahatlıkla belirlenecektir. Örneğin Sheffield aksiyon planı (88), hedefleri, aksiyonları, süreçteki dönüm noktalarını, beklenen sonuçları, zaman aralığını ve sorumlulukları açıkça belirlemekte; süreci takip edip gözlemlemek için de belli sağlık eşitsizliği göstergeleri tanımlamaktadır.

Önceliklerin belirlenme kriterleri aşağıdaki unsurları içermektedir:

- Sorunun derecesi
- Ölüm ve yaralanma oranlarındaki eşitsizliklerin temel sebebi olan sorunlar
- Sağlığa zarar veren davranış ve alışkanlık farklılıkları
- Sağlığın sosyal belirleyicilerinin dengesiz dağılımı
- Sağlık sorunun büyük bir mesele olup olmadığıyla ilgili kamunun ve profesyonellerin fikirleri
- Etkili ve makul müdahalelerle gerçekleştirilen gelişmenin kapsamı
- Alınacak aksiyonların siyasi olarak kabul edilebilir ve uygulanabilir olması
- Müdahalelerin yapılması planlanan sektörlerdeki yetkili mercilerin tutum ve yaklaşımı
- Karşılaşılabilecek engelleri makul ödünler verecek veya mevcut kaynakları seferber ederek aşabilme potansiyeli

Uzun vadeli vizyonlarını belirledikten sonra şehirler, 2007-2016 Sosyal Katılım için İrlanda Ulusal Aksiyon Planı örneğinde olduğu gibi hayat evrelerine bir bütün olarak odaklanabilirler; ya da Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun (2) tavsiyeleri uyarınca erken çocukluk dönemine odaklanabilirler. Ayrıca ulusal demografik veriler ve kalkınma hedefleri doğrultusunda şehirler, uygun gördükleri durumlarda, çalışma çağındaki nüfusa veya yaşlılara öncelik verebilirler. Örneğin 2008 Aralık ayında Belfast'ta 5.Faz'ı hayata geçirmek için önemli karar vericilerin katılımıyla oluşturulan çalıştaydan, çocukların sağlığına öncelik verilmesi kararı çıkmıştır (101).

Yukarıda da görüldüğü üzere, sadece toplumun en zayıf kesimine odaklanmak yeterli değildir; daha yoğun aksiyonlar için bazı gruplar seçilmelidir. Bu grupların seçilme kriteri ne olursa olsun, çok yönlü aksiyonlar tek başına projelerden ve programlardan daha etkili olacaktır. Bu da Şekil 6'daki dört bölümün tamamının dikkate alınması gerektiği demektir. Ayrıca ulusal altı, ulusal ve hatta AB bölgesinde alınan aksiyonlardan da olabildiğinde istifade etmek ge-

rekmekte olup; son olarak da, çözümün bir parçası olarak bölge halkıyla birlikte çalışmayı öngören yeni bir yaklaşım geliştirilmelidir.

Taahhüt 3. 2013 itibariyle, bütün şehirler için şunlar net olarak belirlenmiş olmalıdır: sağlıkta eşitlik ve sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin hedef ve amaçlar, bunların nasıl başarılacağı, gerekli aksiyonların alınmasından kimin sorumlu olduğu ve sürecin nasıl takip edilip değerlendirileceği

7. DSÖ ve DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı nasıl yardım edebilir?

2010 Haziranında Norveç'in Sandnes kentinde DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Avrupa Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağları tarafından düzenlenen İş ve Teknik Konferansı'nda, katılımcılar, sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede DSÖ ve DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nın şehirlere destek ve yardım sağlayabileceğiyle ilgili fikirlerini dile getirmiştir. Yapılan önerilerin arasında şunlar bulunmaktadır:

- Bu yayının taslağının yeniden gözden geçirilip, kentlerde yapılmakta olan çalışmalardan daha fazla örnek seçilerek dâhil edilmelidir.
- Sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicileriyle mücadele meselesini daha iyi anlatmak için bir doküman, broşür veya sunum hazırlanmalıdır.
- Kentler arasındaki tecrübe alışverişini kolaylaştırmak, sorulara ve tavsiye taleplerine daha hızlı cevap verebilmek için kentler arasında bir "eşleştirme sistemi" geliştirilmelidir. Bu, DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nda Sağlığın Sosyal Belirleyicileri üzerine çalışmalar yapmakta olan kişilerin isim ve iletişim bilgilerinin dağıtılması gibi bir çözüm ile veya daha

formel bir düzenleme olarak şehirlerin birbirleriyle eşleştirilmesi gibi bir çözüm sayesinde başarılabilir. Her iki durum da şehirlere ihtiyaç duydukları desteği sağlayacaktır.

- Şehirlerin deneyimleri bir araya getirilip tüm şehirlerin bu deneyimlere erişimi sağlanmalıdır.
- Şehirlerin birbirlerini değerlendirebileceği fırsatlar geliştirilerek, tehditkâr olmayan bir tartışma ortamında bilgi ve tecrübelerini paylaşmalıdır. Burada nihai amaç bu tecrübelerin daha geniş bir kitle ile paylaşılmasını sağlamaktır. Bu noktada AB üyesi ülkelerin kentleri için, Avrupa Birliği PROGRESS İstihdam ve Sosyal Dayanışma Programı, bu değerlendirmeleri finanse etmenin yolları üzerinde çalışmalar yürütmekte olduğu belirtilmelidir.
- Sağlık etkisi değerlendirme ve takip araçları gibi belli bazı araçların kullanımıyla ilgili tecrübeler bir araya getirilip paylaşılmalıdır.
- Seçilen belli şehirlerin tecrübeleri karşılaştırmalı olarak analiz edilmelidir.

Referanslar

1. Urban health [web site]. Copenhagen, DSÖ Regional Office for Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/urban-health> , erişim 20 Nisan 2012).
2. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
3. Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013. Brussels, European Commission, 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
4. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – solidarity in health: reducing health inequalities in the EU. Brussels, European Commission, 2009 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
5. Zagreb Declaration for Healthy Cities: Health and Health Equity in All Local Policies. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
6. Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
7. Constitution of the World Health Organization. Geneva, World Health Organization, 1948 (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
8. Targets for health for all. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985.
9. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010. London, Marmot Review, 2010.
10. Commission for a Socially Sustainable Malmö. Malmö, City of Malmö, 2011 (http://www.malmo.se/Kommun-politik/Kommission-for-ett-socialt-habbart-Malmo/Commission-for-a-Socially-Sustainable-Malmo_in_English.htm l, erişim 20 Nisan 2012).
11. Martinez C et al. Heterogeneity by age in educational inequalities in cause-specific mortality in women in the Region of Madrid. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:832–838.
12. Duarte-Salles T et al. Social inequalities in health among adolescents in a large southern European city. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 10:90–100.
13. Apfel F. The 2010 WHO healthy city policy-maker health equity Delphi study. 10 reasons to take action on health inequities. Summary of results. Annual Business and Technical Conference of the WHO European Healthy Cities Network and Network of European National Healthy Cities Networks, Sandnes, Norway, 17–19 Haziran 2010.
14. Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Quarterly*, 1998, 76:469–492.
15. Ritsatakis A et al., eds. Exploring health policy development in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.
16. Mackenbach J, Meerding WJ, Kunst A. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Brussels, Directorate-General for Health and Consumer Protection, European Commission, 2007.
17. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why equality is better for everyone*. London, Penguin Books.
18. Sen G, Iyer A, Mukherjee C. A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health. *Journal of Human Development and Capabilities*, 2009, 10:397–415.
19. Singer P. *The life you can save. How to play your part in ending world poverty*. London, Picador, 2010.
20. Gregersen B. Health as the goal of planning: the experience of Horsens, Denmark. In: Barton H, Mitcham C,

- Tsourou C, eds. Healthy urban planning in practice: experience of European cities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.
21. Zanussi M. Health-integrated spatial planning: the experience of Sandnes, Norway. In: Barton H, Mitcham C, Tsourou C, eds. Healthy urban planning in practice: experience of European cities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.
22. Kretzmann JP, McKnight JL. Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community's assets. Evanston, IL, Institute for Policy Research, 1993.
23. Ritsatakis A, Makara P. Gaining health: analysis of policy development in European countries for tackling non-communicable diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
24. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, and the European Economic and Social Committee: Implementing the partnership for growth and jobs: making Europe a pole of excellence on corporate social responsibility. Brussels, Commission of the European Communities, 2006 (COM(2006) 136 final).
- 25. Ostlin P, Diderichsen F. Equity-oriented national strategy for public health in Sweden: a case study. Copenhagen and Brussels, WHO Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy, 2001 (Policy Learning Curve Series, Number 1).**
26. Ritsatakis A. Equity and the social determinants of health in European cities. Journal of Urban Health, in press.
- 27. Barton H, Tsourou C. Healthy urban planning – a WHO guide to planning for people. London, E&FN Spon, 2000.**
28. Total place: a whole area approach to public services. London, HM Treasury, 2010.
- 29. Freidli L. Mental health, resilience and inequalities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.**
30. Bellaviti P et al. A progressive learning approach: the experience of Milan, Italy. In: Barton H, Mitcham C, Tsourou C, eds. Healthy urban planning in practice: experience of European cities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.
- 31. Ritsatakis A. Ireland. In: Ritsatakis A, Makara P, eds. Gaining health: analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.**
32. Social determinants of health: key concepts. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/index.html , erişim 20 Nisan 2012).
- 33. Whitehead M. Concepts and principles of equity and health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1990.**
34. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 (EUR/ICP/RPD 414(2) 9866n).
- 35. Kunst AE, Mackenbach JP. Measuring socio-economic inequalities in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (EUR/ICP/RPD 416 12234).**
36. Le Grand J. The strategy of equality: redistribution and the social services. London, George Allen and Unwin, 1982.
- 37. Wilkinson R, Marmot M, eds. Social determinants of health: the solid facts. 2nd ed. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.**
38. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (Studies on social and economic determinants of population health, No. 2; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
- 39. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (Studies on social and economic determinants of population health, No. 3; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf, erişim 20 Nisan 2012).**
40. Investing in health. A summary of the finding of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva,

World Health Organization, 2003.

41. **Suhrcke M et al. Investment in health could be good for Europe's economies. *British Medical Journal*, 2006, 333:1017.**
42. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Interim statement. Geneva, Commission on Social Determinants of Health, WHO.
43. **Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Executive summary. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.**
44. The world health report 1995 – Bridging the gap. Geneva, World Health Organization, 1995.
45. **United Nations Development Programme. Human development report 2003. Millennium Development Goals: a compact among nations to end human poverty. New York, Oxford University Press, 2003.**
46. World Bank. World development report 2000/2001: attacking poverty. Oxford, Oxford University Press, 2001.
47. **Combating poverty and social exclusion: a statistical portrait of the European Union 2010. Brussels, EURO-STAT Statistical Books, European Union, 2010.**
48. Mackenbach JP et al. Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. Reducing inequalities in health: a European perspective. London, Routledge, 2002.
49. **Health21 – health for all in the 21st century. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6).**
50. Graham H, Kelly MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. London, Health Development Agency, 2004 (NHS Briefing Paper).
51. **Green G, Tsouros AD, eds. City leadership for health: summary evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.**
52. Webster P. Analysis of annual reports for 1 January 2009 to 28 February 2010. Annual Business and Technical Conference of the WHO European Healthy Cities Network and Network of European National Healthy Cities Networks, Sandnes, Norway, 17–19 Haziran 2010.
53. **Signal L et al. Tackling health inequalities: moving theory to action. International Journal for Equity in Health, 2007, 6:12.**
54. Smith K. Implementing health inequalities impact assessment in Bro Taf. London, City of London, no year (http://www.london.gov.uk/lhc/docs/lhs/hia2/r_hia811.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
55. **Intersectoral action for health: the role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all. Geneva, World Health Organization, 1986 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/1986/9241560967.pdf>, erişim 20 Nisan 2012).**
56. The London Health Inequalities Strategy. London, Greater London Authority, 2010.
57. **WHO, National Board of Health, Kaunas University of Medicine. Equity in health and health care in Lithuania: a situation analysis. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.**
58. Sonden I. Decentralized integration: the experience of Gothenburg, Sweden. In: Barton H, Mitcham C, Tsourou C, eds. Healthy urban planning in practice: experience of European cities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.
59. **Divided by health: a city profile – main report. Belfast, Belfast Healthy Cities, 2008 (<http://www.belfasthealthycities.com/images/stories/PDFs/divided/fullprofile.pdf> , erişim 3 Haziran 2011).**
60. City health profiles: how to report on health in your city. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995.
61. **It's our health! Realising the potential of effective social marketing. Summary. Independent review, findings and recommendations. London, National Consumer Council, 2006.**
62. Kanstrom L et al. Healthy ageing profiles. Guidance for producing health profiles for older people. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
63. **Association of Public Health Observatories [web sitesi]. York, Association of Public Health Observatories,**

2011 (<http://www.apho.org.uk> , erişim 20 Nisan 2012).

64. Kretzmann JP et al. Discovering community power: a guide to mobilizing local assets and your organization's capacity. Evanston, IL, Assets-Based Community Development Institute, Northwestern University, 2005.

65. A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being. London, Improvement and Development Agency, 2010.

66. Marsden D, Moriconi S. The value of rude health: employees' well being, absence and workplace performance. London, LDE Enterprise, 2008.

67. European Health Inequalities Portal [web site]. Brussels, European Commission, 2011 (<http://www.health-inequalities.eu> , erişim 20 Nisan 2012).

68. WHO country health policy reviews: the case of Finland. Report on a WHO meeting Espoo, Finland 10–12 Kasım 1992. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993.

69. Stronks K. The Netherlands. In Mackenbach J, Bakker M, eds. Reducing inequalities in health: a European perspective. London, Routledge, 2002.

70. Grabauskas V. Healthy policy development in Lithuania. Ritsatakis A et al., eds. Exploring health policy development in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.

71. Working together for better health. London, Department of Health, 1993.

72. Ritsatakis A, Jarvisalo J. Opportunities and challenges for including health components in the policymaking process. In: Stahl T et al., eds. Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

73. Health impact assessment toolkit for cities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.

74. Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Brussels, WHO European Centre for Health Policy, 1999.

75. Health impact assessment of the City of Edinburgh Council's urban transport strategy. Edinburgh, Scottish Needs Assessment Programme, HIA Gateway, West Midlands Public Health Observatory, 2001.

76. Lehto J, Ritsatakis A. Health impact assessment as a tool for intersectoral health policy. In: Diwan V et al., eds. Health impact assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Gothenburg, 28–30 Ekim 1999. Goteborg, Nordic School of Public Health, 2001.

77. Athanasiou L. An outsider's cautionary observations. In: Diwan V et al., eds. Health impact assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Gothenburg, 28–30 Ekim 1999. Goteborg, Nordic School of Public Health, 2001.

78. Report No. 16 (2002–2003) to the Storting: Prescriptions for a healthier Norway – a broad policy for public health. Oslo, Ministry of Social Affairs, 2003.

79. Economic arguments for addressing social determinants of health inequalities. Dublin, Institute for Public Health, 2009.

80. Finer D et al. Implementation of a health impact assessment (HIA) tool in a regional health organization in Sweden – a feasibility study. Health Promotion International, 2005, 20:277–284.

81. Nawrockyi J. Greenwich – health is everybody's business. In: Campbell F, ed. The social determinants of health and the role of local government. London, Improvement and Development Agency, 2010.

82. Horsens Declaration on Action for Equity in Europe: Mayors' Statement of the WHO Healthy Cities Network in Phase III (1998–2002). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.

83. Green G et al. City health development planning. Health Promotion International, 2009, 24(Suppl. 1):i72–i80.

84. City health planning: the framework. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996.

85. City planning for health and sustainable development. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (European Sustainable Development and Health Series, No. 2).

86. Report No. 20 to the Storting (2006–2007): National strategy to reduce social inequalities in health. Oslo, Ministry of Health and Care Services, 2007.
- 87. Strand M et al. Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (Studies on social and economic determinants of population health, No. 4).**
88. Department for Sustainable Development, Municipal Executive Committee. Plan for sustainable development in Helsingborg 2010. Helsingborg, Municipality of Helsingborg, 2010.
- 89. Fairer Sheffield, healthy lives. Health inequalities action plan 2010–2013. Sheffield, NHS Sheffield, Sheffield City Council, 2010.**
90. Healthy City website [online web site]. Sunderland, City of Sunderland, 2011 (<http://www.hcsunderland.org.uk>, erişim 20 Nisan 2011).
- 91. Twenty steps for developing a healthy cities project. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.**
92. Dankic K, Domiter M, Perhat A. Rijeka, the city where the third age swims upstream: healthy ageing strategy in Rijeka 2009–2013. Rijeka, Healthy Cities Project, 2009.
- 93. Bird W. Natural fit: can green space and biodiversity increase levels of physical activity? London, Royal Society for the Protection of Birds, 2004.**
94. Greenwich tackles health inequalities. London, Local Government Improvement and Development, 2011.
- 95. Friedli L. Mental health, inequalities and the role of local government. London, Local Government Improvement and Development, 2011.**
96. Fact sheet 6: Urban green space and public health. Liverpool, Liverpool Centre for Public Health, 2010.
- 97. Logical framework approach: a flexible tool for participatory development Copenhagen, DANIDA, 1996.**
98. Target setting in a multi-agency environment. York, Association of Public Health Observatories, 2008 (Technical Briefing No. 4).
- 99. Braveman P et al. When do we know enough to recommend action on the social determinants of health? American Journal of Preventive Medicine, 2011, Special supplement 40(1S1):558–566.**
100. National Action Plan for Social Inclusion 2007–2016. Dublin, Government of Ireland.
- 101. Equity from the start: health & health equity in all local policies in Belfast strategic frame**