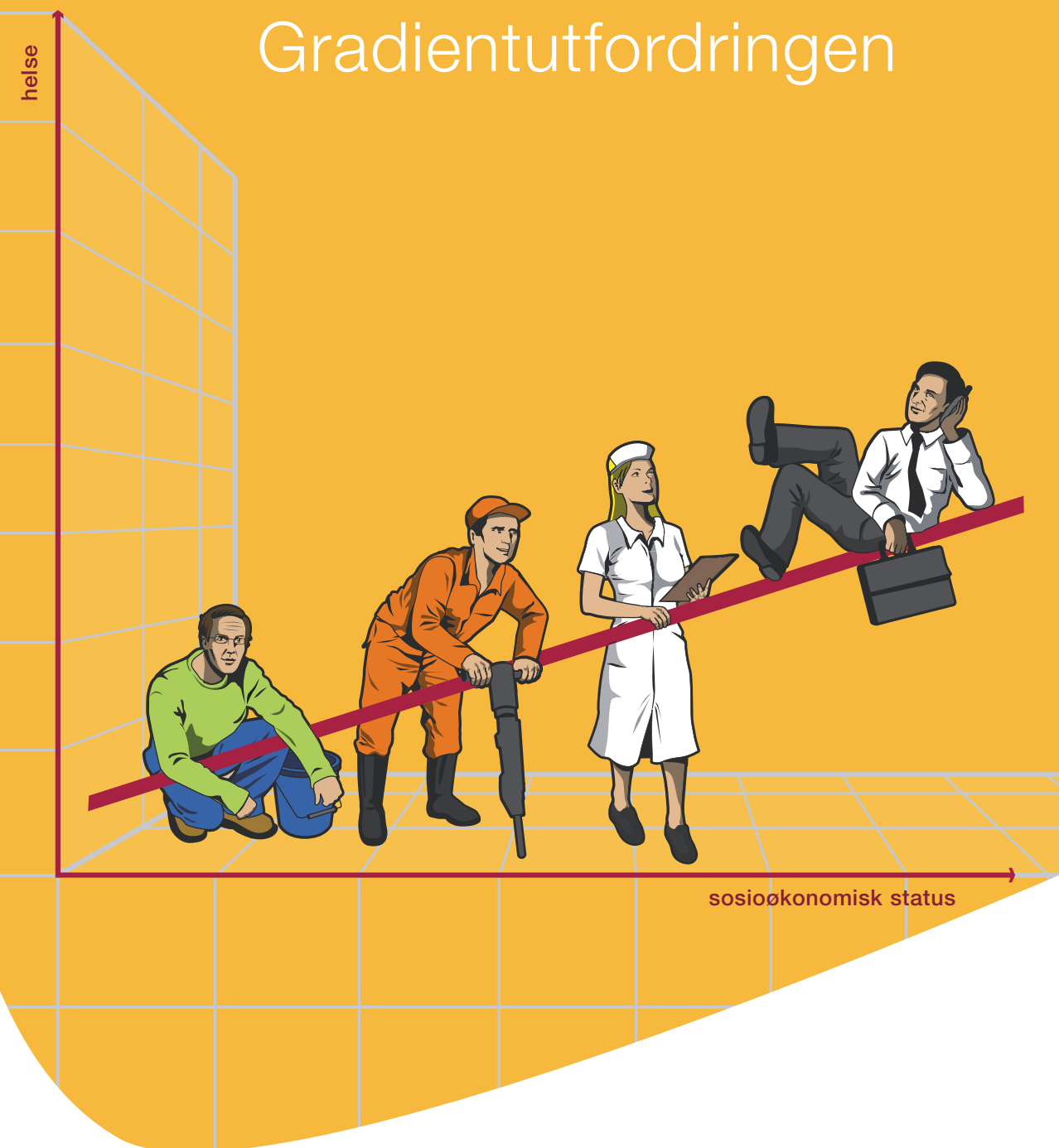


Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan
mot sosiale ulikheter i helse

Gradientutfordringen





Utgitt: 1/2005

Bestillingsnummer: IS-1229

ISBN-nr. 82-8081-060-9

Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet,
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf: 24 16 30 00 Faks: 24 16 30 01 www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos Sosial- og helsedirektoratet v/Trykksakekspedisjonen
E-post: trykksak@shdir.no Tlf: 24 16 33 58 Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1229

Kontaktpersoner:

Tone P. Torgersen, tpt@shdir.no

Øyvind Giæver, ogi@shdir.no

Ole Trygve Stigen, ots@shdir.no

Design:

Tank Design as

Illustrasjon:

Wei Qing Yu

Lars Blomberg

Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan
mot sosiale ulikheter i helse

Gradientutfordringen

Forord

«Det er bedre å være rik og frisk enn fattig og syk.» Dette spøkefulle munnhellet blir brukt av mange, men alle er kanskje ikke klar over alvoret og realiteten i setningen. Rike mennesker er faktisk friskere enn fattige. Forskning slår utvetydig fast at personer fra høyere sosiale lag – målt ved utdanning, yrke eller inntekt – både lever lenger og har bedre helse enn personer fra lavere sosiale lag.

Sosiale ulikheter i helse danner mønster av en gradient gjennom hele befolkningen. Det er ikke kun de absolutt fattigste som skiller seg ut med dårligere helse. De rikeste har litt bedre helse enn de nest rikeste, som igjen har litt bedre helse enn de tredje rikeste osv. Sosiale ulikheter i helse er derfor noe som angår alle. Vi sier at sosiale ulikheter i helse utgjør en *gradientutfordring* som krever et bredt, befolkningsrettet fokus på problemet.

De sosiale ulikhetene i helse utgjør ikke bare en stor folkehelseutfordring. Som St. meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* uttrykker det, er det også et «*rettferdighetsproblem når mennesker med lav sosial status, få goder og få ressurser i tillegg er mer belastet med smerte, sykdom, nedsatt funksjonsevne og forkortet levealder.*»

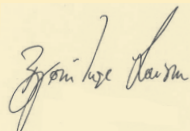
Sosial- og helsedirektoratet fikk derfor i oppdrag å utarbeide en handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Med denne planen vil direktoratet arbeide for å

- øke kunnskap om sosiale ulikheter i helse og
- utvikle tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller.

Med dreining av forebyggingsinnsats og tiltakspakker forankret i alle sektorer kan sosiale ulikheter i helse reduseres. Denne handlingsplanen utgjør en første fase i det arbeid regjeringen varslet i Stortingsmeldingen. I neste fase skal det utarbeides en tverrsektoriell strategi mot sosiale ulikheter i helse som blir forankret i Helse- og omsorgsdepartementet.

Ulikheter i helse er uakseptable når de er urettferdige, unngåelige og unødvendige. I Direktoratet forplikter vi oss til et konstant søkelys mot slike ulikheter i helse som følger sosiale mønstre.

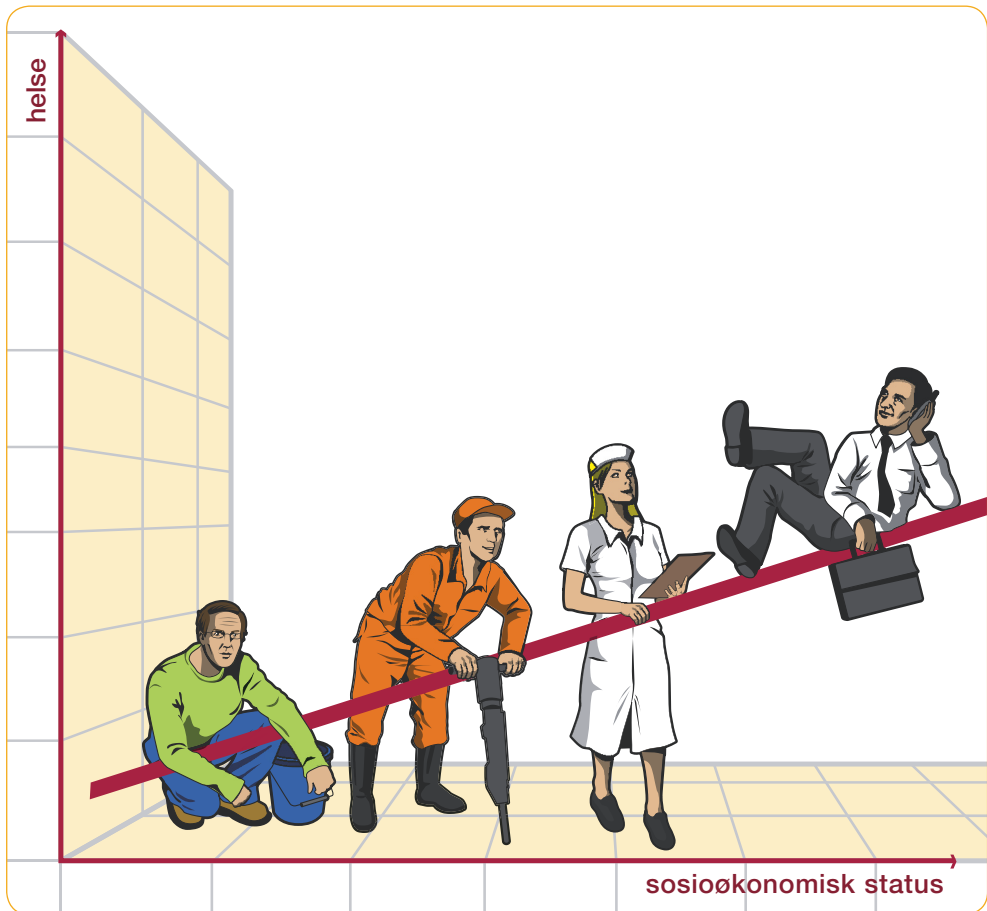
Sosial- og helsedirektoratet, januar 2005



Bjørn-Inge Larsen
Direktør

Innhold

| | | |
|-------|---|-----------|
| 1 | Innledning | 07 |
| 1.1 | Bakgrunn | 07 |
| 1.2 | Hva mener vi med sosiale ulikheter i helse? | 08 |
| 1.3 | Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan | 09 |
| 2 | Hva vet vi i dag? | 10 |
| 2.1 | Kunnskap om status og utvikling | 10 |
| 2.1.1 | Dødelighet | 11 |
| 2.1.2 | Barn og unges helse | 12 |
| 2.1.3 | Lidelser vi lever med | 13 |
| 2.2 | Kunnskap om årsaksforhold | 14 |
| 2.2.1 | Oppvekstvilkår og livsløp | 15 |
| 2.2.2 | Psykososiale faktorer | 15 |
| 2.2.3 | Materielle forklaringer | 16 |
| 2.2.4 | Helseatferd og livsstil | 17 |
| 2.2.5 | Helsetjenesten | 18 |
| 2.2.6 | Seleksjon | 19 |
| 2.3 | Kunnskap om effektive tiltak | 20 |
| 3 | Mål og hovedstrategier | 22 |
| 3.1 | Målet med handlingsplanen | 22 |
| 3.2 | Øke kunnskapen om sosiale ulikheter i helse | 23 |
| 3.2.1 | Styrke kompetansen på ulike nivåer | 23 |
| 3.2.2 | Styrke forskning og dokumentasjon | 25 |
| | Kunnskap om status og utvikling | 25 |
| | Kunnskap om årsaksforhold | 26 |
| | Kunnskap om effektive tiltak | 26 |
| 3.3 | Utvikle tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse | 27 |
| 3.3.1 | Konsekvensutredninger | 28 |
| 3.3.2 | Sosial- og helsedirektoratets egne virkemidler | 28 |
| 3.3.3 | Grunnlag for fremtidig tverrsektoriell strategi | 29 |
| | Vedlegg: Internasjonale organer og andre land | 30 |
| | Verdens helseorganisasjon | 30 |
| | Sammenlignbare land | 31 |
| | Sverige | 31 |
| | Danmark | 32 |
| | Storbritannia | 33 |
| | Nederland | 34 |
| | Referanser | 35 |



Gradientutfordringen

Sosiale ulikheter i helse danner mønster av en gradient gjennom hele befolkningen. Denne gradientutfordringen krever et bredt, befolkningsrettet fokus på problemet.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I Norge, som i de fleste andre land, er sammenhengen mellom sosial posisjon og helse-tilstand betydelig og veldokumentert. Forskning har blant annet vist at: ¹

- sosiale helseforskjeller kan dokumenteres i de fleste aldersgrupper i befolkningen
- det forekommer betydelige sosiale forskjeller i helse både for menn og kvinner
- de sosiale forskjellene i helse er betydelige uavhengig av om sosiale ulikheter defineres etter utdanning, yrke eller inntekt
- de sosiale forskjellene i helse danner en gradient: jo høyere sosioøkonomisk status, jo bedre helse
- de sosiale forskjellene i helse er varige og har øyensynlig ikke endret seg vesentlig over tid
- de sosiale forskjellene i helse er ikke nevneverdig mindre i Norge enn i andre europeiske land

I St. meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge* (Folkehelsemeldingen) varslet regjeringen derfor

«en langsiktig satsing på flere fronter for å redusere ulikhetene. Hensynet til helseulikheter skal sterkere inn ved planlegging av tiltak, bl.a. de som retter seg mot endring av livsstil. Det skal utarbeides en egen handlingsplan for å redusere sosial ulikhet i helse.»

I følge Folkehelsemeldingen bør det for et demokratisk land være «en selvfølge å forsøke å påvirke vilkårene som skaper sosiale helseforskjeller.»

Regjeringen la til grunn at arbeidet mot sosiale ulikheter i helse må være langsiktig og at oppmerksomheten på temaet må vedlikeholdes over et langt tidsrom. Tre hovedelementer ble trukket frem:

- økt satsing på helseovervåkning
- å styrke forskningen på området
- å bygge opp kompetanse i forvaltningen

Ansvar for de to første punktene er særlig lagt til henholdsvis Nasjonalt folkehelseinstitutt og Norges forskningsråd, med bidrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Direktoratet ble i tillegg tildelt hovedansvaret for det tredje punktet.

Reduksjon av sosiale helseforskjeller har lenge stått på Verdens helseorganisasjons (WHO's) agenda, bl.a. i WHO Europas «Helse for alle»-mål fra 1998. Her ble følgende mål for arbeidet mot sosiale ulikheter i helse formulert:

«By the year 2020 the health gap between socioeconomic groups within countries should be reduced by at least one fourth in all Member States, by substantially improving the health of disadvantaged groups.»

WHO besluttet i 2004 at det skal opprettes en global kommisjon som skal utgjøre en spydspiss for en global politisk prosess for å redusere sosiale ulikheter i helse, blant annet gjennom å skaffe oversikt over kunnskapsgrunnlaget mht. sosiale mekanismer som påvirker helse og utvikle en oversikt over strategier og tiltak som kan redusere helseforskjellene.

1.2 Hva mener vi med sosiale ulikheter i helse?

I forskningen på sosiale ulikheter i helse brukes gjerne flere ulike helseindikatorer, som forventet levealder, død, forekomst av ulike sykdommer og selvopplevd helse. I tillegg benyttes noen mer indirekte helseindikatorer, knyttet til trygdeytelser og livsstilsrelaterede risikofaktorer.

Med uttrykket «sosiale ulikheter i helse» siktes det til systematiske forskjeller i helse-tilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier – særlig yrke, utdanning og inntekt. Sosiale ulikheter i helse kan dermed forstås som *sosioøkonomiske* forskjeller i helse. Med uttrykk som «sosiale lag» eller «klasser» menes i denne handlingsplanen sosioøkonomiske grupper bestemt ved hjelp av yrke, utdanning eller inntekt, eller en kombinasjon av disse.

Helseundersøkelser med utgangspunkt i kjønn, geografi, etnisitet, familiestatus m.m. viser også markante helseforskjeller. Disse faktorene kan ses på som både selvstendige og som utdypende i forhold til det som her omtales som sosiale ulikheter. Denne handlingsplanen tar hensyn til disse andre perspektivene i den grad de bidrar til å forstå sosiale ulikheter i helse.

Det er også andre faktorer som er relevante i denne sammenheng. For eksempel er mennesker med innvanderbakgrunn overrepresentert i lavere sosiale lag i Norge, og det finnes klare geografiske forskjeller i utdanningsnivå. Videre er lavere sosiale lag en gjennomsnittlig eldre befolkning enn høyere sosiale lag, og funksjonshemmede er overrepresentert. Det at enkelte uttalte sosiale helseforskjeller er korrelert med andre variable, som for eksempel bosted, kan utnyttes i tiltakssammenheng, for å kanalisere tiltakene dit hvor de har størst effekt.

Arbeidet mot sosial ulikhet i helse handler om å bidra til at alle sosiale lag skal kunne oppnå samme levealder og ha like god helse. Helseforskjeller berører ikke bare bestemte yrkesgrupper eller de fattigste eller de med kortest utdanning. Forskning tyder tvert imot på at vi ikke fanger sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse dersom vi kun benytter strategier rettet mot «de fattige» som isolert målgruppe. Det synes ikke å være slik at det bare er mennesker under en viss terskel av absolutt fattigdom som får dårligere helse på grunn av sin lave sosioøkonomiske status. Studier tyder tvert imot på at det er en «kontinuerlig økning i helseplager med synkende sosioøkonomisk status gjennom hele befolkningen»². Forskjellene i helse synes også mellom de rikeste og de nest rikeste, selv når det er korrigert for de kjente risikofaktorene. Dette kan tyde på at sosiale forskjeller og sosial lagdeling *i seg selv* virker sykdomsfremkallende. Relativ fattigdom kan derfor være en viktig helsedeterminant som påvirker oss alle.

1.3 Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan

Sosial- og helsedirektoratet ble i St. prp. nr 1 (2003–04) for Helsedepartementet gitt i oppdrag å bygge et kompetansemiljø på sosiale ulikheter i helse. Folkehelsemeldingen peker på at viktige oppgaver vil være å

- virke samlende og koordinerende for norske miljøer som er opptatt av temaet
- systematisk innhente erfaringer fra internasjonale organisasjoner og andre land
- bygge opp en kunnskapsbase
- utvikle en kompetanse som gir grunnlag for å gi råd til sentrale og lokale myndigheter

Denne handlingsplanen er ment å legge grunnlaget for Sosial- og helsedirektoratets arbeid med sosiale ulikheter i helse, og vil være kompetansemiljøets arbeidsplan for de kommende to år. Et kjennetegn ved folkehelsearbeidet er at langt de fleste virkemidlene for å påvirke folkehelsen befinner seg i andre sektorer enn helsesektoren selv. Helsetjenesten møter for eksempel de som blir utsatt for ulykker i trafikken, mens de største mulighetene til å forebygge ulykkene ligger i samferdselssektoren. Dette betyr at nasjonale strategier for å redusere sosiale ulikheter i helse må forankres i alle samfunnssektorer. Denne handlingsplanen vil derfor utgjøre første etappe i arbeidet med å berede grunnen for en nasjonal tverrsektoriell strategi for å redusere sosiale ulikheter i helse.

Et utgangspunkt for arbeidet med sosiale ulikheter i helse er en erkjennelse av at det gjenstår mye arbeid. Vi vet en del om utbredelsen av sosiale forskjeller i helse, men har langt igjen før vi kan etablere et klart bilde av årsaksforhold. Om vi tar utgangspunkt i internasjonale erfaringer øker kunnskapsgrunnlaget en del, men overføringen av internasjonale erfaringer til norske forhold er verken opplagt eller enkel. Konsekvensen av dette er at en vesentlig del av tiltakene som Sosial- og helsedirektoratet foreslår i denne handlingsplanen er rettet mot å utbedre kunnskapsgrunnlaget for videre handling. Samtidig vil direktoratet arbeide for å innrette egne strategier slik at de tar hensyn til sosiale helseforskjeller, samt forberede en nasjonal tverrsektoriell strategi. På denne bakgrunn er målene for handlingsplanen mot sosiale ulikheter for 2004 og 2005 som følger:

- Øke kunnskapen om sosiale ulikheter i helse gjennom å:
 - styrke kompetansen på ulike nivåer
 - styrke forskning og dokumentasjon
- Utvikle tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse gjennom å:
 - etablere konsekvensutredninger som verktøy for å synliggjøre beslutningers betydning for sosiale ulikheter i helse
 - sørge for at Sosial- og helsedirektoratets egne virkemidler innrettes slik at de ivaretar hensynet til sosiale ulikheter i helse
 - forberede et faglig grunnlag for en nasjonal strategi som skal involvere alle sektorer.



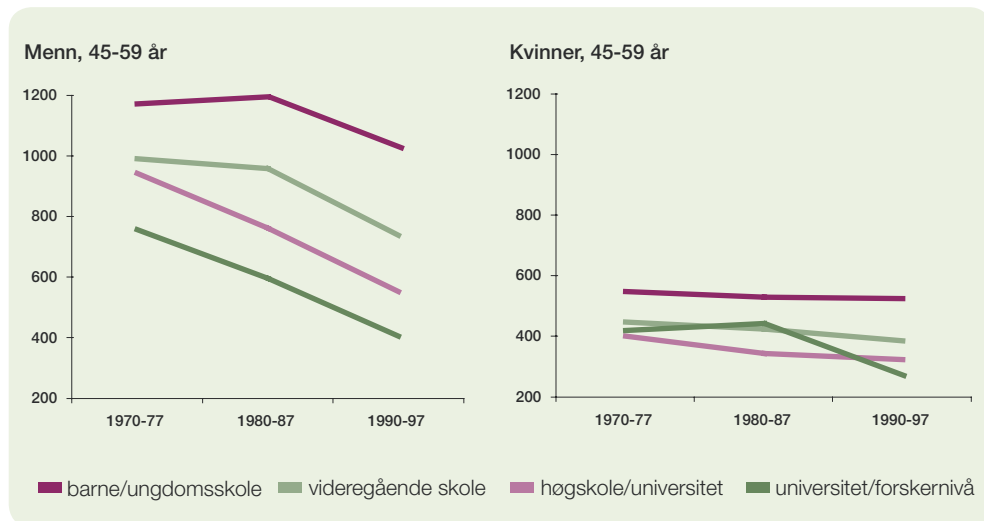
2 Hva vet vi i dag?

2.1 Kunnskap om status og utvikling

Det finnes omfattende dokumentasjon på at det eksisterer betydelige sosiale ulikheter i helse i Norge. Dette gjelder uavhengig av om vi bruker utdanning, inntekt eller yrke som mål på sosioøkonomisk status, og helseforskjellene viser seg tydelig på de fleste aktuelle helsemål.

Det rådet lenge en oppfatning om at siden Norge etter krigen har vært et relativt egalitært samfunn, ville det også være mindre sosioøkonomiske forskjeller i helse her enn i andre land. Dette stemmer også når det gjelder absolutte forskjeller i helse. Universelle velferdstiltak har bidratt til å øke levealderen og redusere sykkelighet i alle lag av befolkningen. Johan P. Mackenbach og medarbeidere har imidlertid funnet at forskjellene både i selvrapportert helse og dødelighet målt på en relativ skala er større i Norge (og Sverige) enn gjennomsnittet i Vest-Europa.³ Andre komparative studier for blant annet OECD-området, Vest-Europa og Norden viser at Norge har betydelige sosiale ulikheter i helse, og det samme finner vi i ulike norske studier.

2.1.1 Dødelighet



Figur 1:

Dødelighet etter utdanning. Aldersjustert, døde pr. 100.000

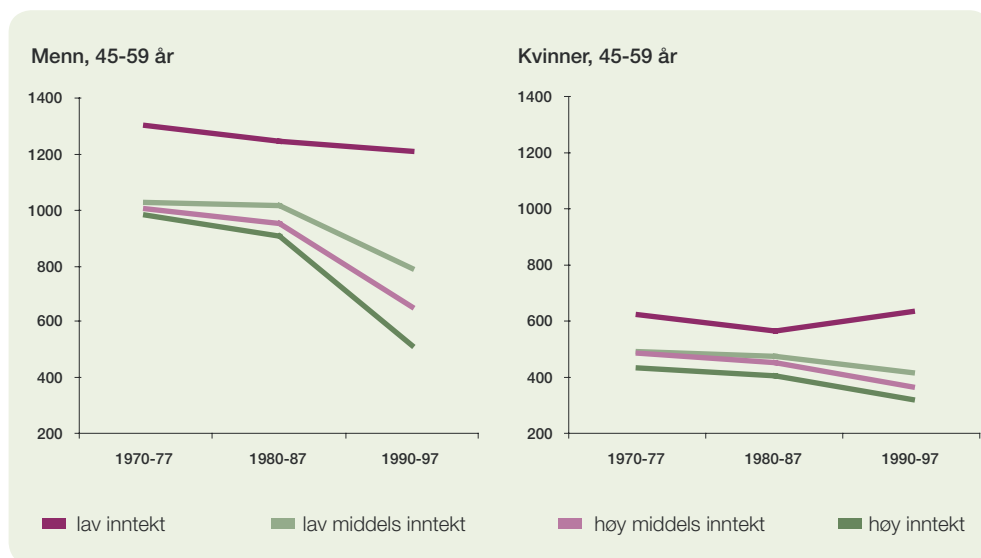
En rapport fra Nasjonalt folkehelseinstitutt som ble lagt frem i november 2003 viser status og utvikling i sosiale forskjeller i helse.⁴ Undersøkelsen var basert på data fra Dødsårsaksregisteret. Figur 1 viser at dødeligheten avtar kraftig og konsekvent med økende utdanningsnivå i alle tre periodene. I alle utdanningsgruppene synker dødeligheten over tid (et unntak er kvinner med utdanning på universitets/forskernivå på 70- og 80-tallet). Det er således en klar sosial gradient i forhold til dødelighet som er noe tydeligere for menn enn for kvinner. Dataene viser at de sosiale forskjellene i helse har økt fra perioden 1970-77 til 1990-97.

Dødeligheten avtar også klart med økende inntekt (figur 2). Den største endringen opptrer mellom laveste og nest laveste inntektskategori. I laveste inntektskategori var det bare en liten nedgang i dødeligheten mellom de to siste periodene for menn; for kvinner var det sågar en markert økning. I de andre inntektsgruppene var det en klar nedgang i dødeligheten mellom de to siste perioder. Dette indikerer en betydelig økning i de sosiale forskjellene i helse for begge kjønn, men mest for menn.

En analyse av sammenhengen mellom foreldres sosioøkonomiske status og spedbarnsdødelighet viste at selv om spedbarnsdødeligheten har gått ned i perioden 1967-98 eksisterer fortsatt de sosiale forskjellene.⁵

Om vi ser på sykdommer som hjerte/karsykdommer og en rekke kreftformer, finner vi markerte sosiale forskjeller i utenlandske studier.⁶ Sosiale forskjeller i blodtrykk, kolesterol og ikke minst dødelighet viser det samme mønsteret i Norge.⁷ Mønsteret kan også vise seg

i prognosen til ulike pasienter: personer med utdanning på hovedfagsnivå kan forvente å leve grovt regnet halvannet år lenger etter en kreftdiagnose enn personer med utdanning på grunnskolenivå, selv når det tas hensyn til faktorer som stadium ved diagnosetidspunktet, krefttype og aldersforskjeller.⁸



Figur 2: Dødelighet etter inntekt. Aldersjustert, døde pr. 100.000

2.1.2 Barn og unges helse

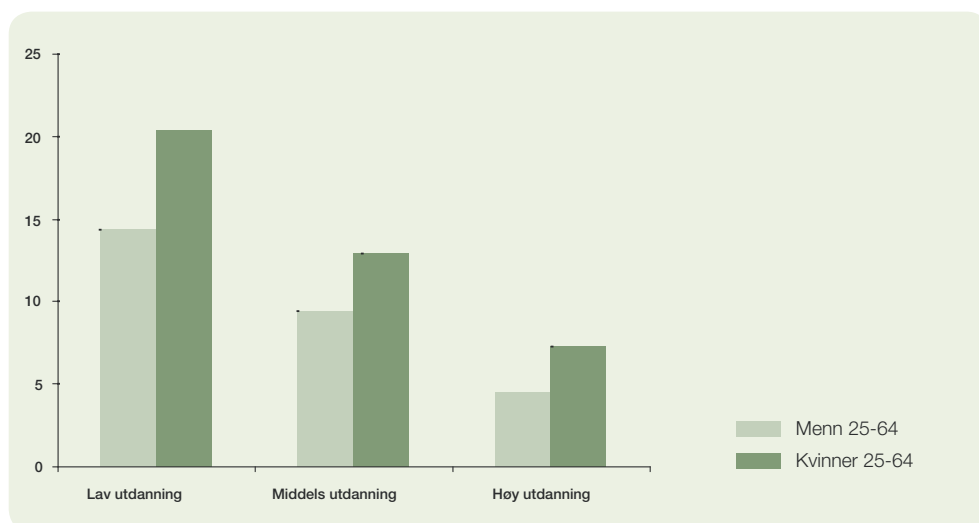
Flere nordiske studier har vist at barn og unges helse er sosialt skjevt fordelt.^{9, 10, 11 og 12} I en nordisk undersøkelse gjennomført i 1996 ble det funnet at arbeiderforeldre med lav utdanning og lav inntekt hadde ca. 1,7 ganger høyere odds for å ha et barn med kronisk sykdom sammenlignet med foreldre i de høyeste sosiale gruppene.⁹ Studien viste også at antallet konsultasjoner hos spesialist var høyere blant barn av foreldre i de høyeste sammenlignet med barn av foreldre i de laveste sosiale klassene. Dette til tross for at en høyere andel foreldre i de laveste sosiale klassene syntes det var viktig at legen var spesialist når de kontaktet helsetjenesten pga. sykdom hos barnet. Forskjellen i bruk av spesialisthelsetjenesten var dessuten større blant barn med kroniske sykdommer sammenlignet med barn uten kroniske sykdommer.¹⁰

En svensk kunnskapsoppsummering gjort for Statens folkhälsoinstitut fra 2002 viste at fysiske helseproblemer i gjennomsnitt var 60% vanligere blant barn av foreldre med lav sosioøkonomisk status, sammenlignet med barn av foreldre med høy sosioøkonomisk

status.¹³ Tilsvarende ble funnet for psykiske problemer (i gjennomsnitt 70% vanligere) og forekomsten av risikofaktorer for uhelse (i gjennomsnitt 80% vanligere).

2.1.3 Lidelser vi lever med

Sosiale ulikheter i helse viser seg ikke bare i «harde» indikatorer som dødelighet og forventet levealder. Data fra HUNT-undersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at risikoen for å bli uføretrygdet er tre ganger større for mannlige, ufaglærte arbeidere, sammenlignet med menn i kategorien «overordnet stilling, selvstendig akademisk erverv».¹⁴



Figur 3:

Betydelige symptomer (HSCL>1,75) på depresjon og angst etter utdanningsnivå

Trekkene er minst like tydelige om vi ser på de mest sentrale diagnosene bak uføretrygding, nemlig muskel- / skjelettlidelser og psykiske lidelser. De sosiale forskjellene er omfattende for muskel- / skjelettlidelser. En undersøkelse gjort av svensk LO viste at det i aldersgruppen 45–64 år var 29% av arbeiderne som oppgav denne type lidelser, mot 13% blant høyere tjenestemenn.¹⁵

Norske data viser at sosioøkonomisk status og psykiske lidelser henger sammen.¹⁶ Figur 3 viser en klar sammenheng mellom utdanningsnivå og symptomer på depresjon og angst, basert på Hopkins Symptom Check List (HSCL). De samme tendensene ser vi målt i selvopplevd helse. Data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995-97 (HUNT 2) viser at mens 26,9% av menn med grunnskole opplever å ha dårlig helse, er andelen for menn med utdanning på høyskole og universitetsnivå 13,4%.¹⁷ Tilsvarende tall for kvinner er henholdsvis 30,3% og 17,7%.

2.2 Kunnskap om årsaksforhold

Kunnskapen om årsakene til sosiale ulikheter i helse er, både i Norge og internasjonalt, foreløpig mangelfull. Vi har likevel kunnskap basert på forskning som kan hjelpe oss til å forstå noen av årsakssammenhengene.

Faktorer som forårsaker sykdom, skade og død vil bidra til økte sosiale forskjeller i helse dersom disse faktorene er sosialt skjevt fordelt. Graden av skjev fordeling har konsekvenser for i hvor stor grad en kan si at faktoren påvirker den sosiale fordelingen av helseproblemer. Høyt alkoholforbruk kan skape helseproblemer, og en reduksjon i samfunnets totalkonsum vil ha betydning for befolkningens helse. Om det er små sosiale forskjeller i alkoholforbruk vil imidlertid en samlet reduksjon i alkoholforbruk ha liten betydning for de sosiale forskjellene i helse. Helseutfordringene i arbeidet med å redusere sosiale ulikheter i helse er derfor ikke nødvendigvis de samme som i folkehelsearbeidet mer generelt, og de viktigste årsaksfaktorene vil kunne være andre.

Det er godt dokumentert at det er sosiale variasjoner i livsstil, jf kap 2.2.4. Dette gir et viktig bidrag til diskusjonen mellom individuelle og sosiale eller samfunnsmessige forklaringer på årsakene til sosiale ulikheter i helse. Det er åpenbart at individuelle valg påvirker vår helse. Imidlertid er det også klart at dersom det kun var individuelle valg som lå til grunn for eksempelvis røyking, så skulle vi forvente å finne at røyking var tilfeldig fordelt i befolkningen – på samme måte som valg av rød eller blå farge på biler. Når røyking henger så tett sammen med sosioøkonomisk status, må vi spørre oss hva det er i det sosiale miljøet som gjør enkelte grupper mer disponert for eller beskyttet mot å begynne å røyke. Dette er et spørsmål vi kan stille oss når det gjelder all atferd som følger sosiale mønstre. I den grad fordelingen følger en sosial gradient, kan vi anta at individenes valg delvis er et resultat av, og ikke en årsak til, hvor de befinner seg i det sosiale hierarkiet. Samtidig som individene har ansvar for egen helse, er befolkningens helse ikke minst et resultat av utviklingstrekk og politiske valg utenfor enkeltindividenes rekkevidde. En del av årsakene til sosiale ulikheter i helse er således å finne i samfunnsmessige forhold. Politiske beslutninger som skaper og opprettholder sosiale forskjeller vil kunne være med på å skape og opprettholde sosiale forskjeller i helse.

I litteraturen diskuteres en rekke ulike forklaringer på hvorfor sosiale ulikheter oppstår. Noen av disse legger vekt på mekanismer som livsstil og helseatferd, andre legger vekt på mer grunnleggende sosiale og psykososiale forhold. Det synes imidlertid å være enighet om at årsakene langt på vei må søkes i et komplekst samspill mellom ulike faktorer, og at ingen enkelt forklaring i seg selv er tilstrekkelig. De følgende avsnittene beskriver noen av de vanligste forklaringene på sosiale ulikheter i faglitteraturen, sortert i følgende kategorier:¹⁸

- oppvekstvilkår og livsløp
- psykososiale faktorer
- materielle forklaringer
- helseatferd og livsstil
- helsetjenesten
- seleksjon

2.2.1 Oppvekstvilkår og livsløp

En rekke forskere med fokus på livsløpets betydning framhever det tidlige livet, fra unnfangelse til godt ute i barneårene. En del forskning kan tyde på at fundamentet for god helse i voksen alder legges de første leveårene og før fødselen¹⁹. Denne forskningen er ikke ny. Stein og medarbeidere har bl.a. vist at underernæring i fosterlivet under sulten i Nederland i 1944 hadde innflytelse på mental helse i voksenalder.²⁰ Forsdahls studier her i Norge²¹ og Barkers forskningsgruppe i Storbritannia²² har funnet klare assosiasjoner mellom fødselsvekt og koronar hjertesykdom, diabetes mellitus og hypertensjon senere i livet. I følge livsløpsmodellen er sykdommer hos voksne et resultat av oppsamlet biologisk og sosial innflytelse gjennom et helt livsløp.²³

Sosiale forskjeller i helse er i tydelig grad forbundet med de sosiale variasjonene i oppvekstvilkår.²⁴ Undersøkelser påviser varige spor av belastninger, påkjenninger og eksponeringer i barndommen, i helsetilstanden hos voksne, middelaldrende og eldre.²⁵ Tilsvarende kan gjelde for en rekke livsstilsfaktorer. Tidlig røykestart øker således sannsynligheten for at en også røyker senere i livet.

Oppvekstvilkårenes betydning for sosiale forskjeller i helse er et område vi vet for lite om. Det er derfor også et av de feltene der vi har størst behov for bedre kunnskap.

2.2.2 Psykososiale faktorer

Ulike sosiale grupper utsettes i ulik grad for erfaringer, opplevelser og livssituasjoner som oppleves som truende, skremmende, fortvilte og vanskelige å takle. Dette er noe av forklaringen på det vedvarende mønsteret av sosiale ulikheter i helse. Psykisk stress kan utløse direkte psykiske problemer, og uheldig og langvarig psykisk stress kan også være endel av årsakskomplekset bak mange somatiske lidelser. Posisjon i samfunnet vil være en medvirkende faktor til hvordan en evner å håndtere situasjonen.²⁶ Andre bakgrunnsfaktorer som etnisitet, kjønn og funksjonshemming virker forsterkende. Det er imidlertid også andre, mer indirekte måter å forklare hvordan psykososialt stress kan bidra til sosiale forskjeller i helse.

For det første pågår det en internasjonal debatt om det som gjerne kalles Wilkinsons inntektsulikhetsteori – hypotesen om at det i rike samfunn er mye viktigere, helsemessig sett, hvor store inntektsulikhetene er enn hvor høy *gjennomsnittsinntekten* er.²⁷ Wilkinsons tese er at jo større inntektsforskjellene er i et samfunn, desto større blir distansen mellom de sosiale lagene. Dette gjør at det sosiale samspillet er preget av manglende solidaritet og fellesskapsfølelse. De som særlig taper på dette er de som er på bunnen av inntekts-hierarkiene, som særlig rammes av psykososialt stress knyttet til sosial eksklusjon, manglende selvrespekt og mer eller mindre skjult forakt fra omgivelsene.

For det andre eksisterer det betydelige sosiale forskjeller i forekomsten av kortvarige og langvarige episoder av psykisk stress, knyttet til usikkerhet i økonomi, arbeidsmarked og sosiale relasjoner. Det samme gjelder for sannsynligheten for å oppleve vold eller trusler om vold. Personer som er plassert lavt i klassehierarkiet har gjennom livsløpet opplevd langt mer

utrygghet, usikkerhet og belastende hendelser enn de som er høyere i hierarkiet, og dette er av relevans for hvordan sosiale ulikheter i helse oppstår. Dette er illustrert i følgende tabell:²⁸

| SOSIOØKONOMISK STATUS: ¹ | | |
|--|------|------|
| PROSENTANDELER SOM HAR OPPLEVD I LØPET AV VOKSENLIVET: | LAV: | HØY: |
| – flere episoder med 3+ måneder arbeidsløs | 11% | 1% |
| – mistet jobben flere ganger (ufrivillig) | 7% | 2% |
| – mottatt sosialhjelp | 11% | 2% |
| – hatt en alvorlig ulykke | 21% | 6% |
| – uten arbeid som 55-åring | 29% | 7% |
| – ugift/ikke samboer som 55-åring | 26% | 14% |
| – lav inntekt som 53-åring | 20% | 2% |

¹Lav status = tredelen med lavest yrkesprestisje, høy status = tredelen av utvalget med høyest yrkesprestisje.

Tilhørighet i en kjernefamilie som forklaring på helseforskjeller er utdypet i en rapport fra Folkehelseinstituttet.⁴

2.2.3 Materielle forklaringer

Materiell levestandard tilsvarer våre fysiske og miljømessige omgivelser, så som boligstandard – både knyttet til selve boligen og omgivelsene rundt denne, forbruksevne – dvs. de økonomiske mulighetene til å kjøpe sunn mat, varme klær osv. og fysisk arbeidsmiljø.

Det er grunn til å tro at de sosiale forskjellene i materiell levestandard var av stor betydning tidligere. Fattigdom, forstått som materielle mangler som direkte svekket organismen og reduserte dens potensial for helse, var utbredt før 2. verdenskrig og kan ha betydning for helsen til førkrigs-generasjonen. I dag vil materiell levestandard trolig være av betydning for utviklingen i helsen til marginaliserte grupper, men trolig også i noen grad for lavere sosiale lag, særlig om en ser på de miljømessige faktorene.

På tross av stadig skjerpede, lovfestede krav til arbeidsmiljø, eksisterer det fortsatt betydelige arbeidsmiljøbelastninger. Det er klare sosiale forskjeller i fysiske og psykiske, kjemiske og ergonomiske påkjenninger i arbeidssituasjonen. Levekårsundersøkelsene på 1990-tallet viste klare forskjeller mellom arbeider- og funksjonæryrker i arbeidsmiljøbelastninger.

Akkumulasjon av fysiske og psykiske arbeidsmiljøbelastninger gjennom yrkeslivet har betydelig innvirkning på variasjonene i generell helse i befolkningen – spesielt når slike påkjenninger og belastninger strekker seg over lang tid. Typiske lidelser er muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. En nyere studie av helseproblemer blant menn viser at det fysiske arbeidsmiljøet de hadde opplevd var en viktig forklaringsfaktor for variasjonene i helseproblemer i femti-årsalderen.²⁹

2.2.4 Helseatferd og livsstil

Sosiale ulikheter i helse henger sammen med sosiale forskjeller i livsstil. En finner sosiale forskjeller både når det gjelder ernæring, fysisk aktivitet, tobakksbruk og alkoholbruk. Dette tyder på at slike livsstilsforskjeller spiller en rolle for hvorfor sosiale ulikheter i helse oppstår, men det er ikke enighet i forskermiljøene om hvor stor denne rollen er: noen mener den er avgjørende, mens andre ser den som en medvirkende faktor som selv er forårsaket av mer grunnleggende årsaker. Muligens er livsstilsforskjellene av større betydning for sosiale ulikheter i dødelighet (for eksempel knyttet til hjerte- og karsykdommer og en del kreftformer) enn for sosiale ulikheter i mange kroniske sykdommer. De siste er kanskje ikke like alvorlige, men forårsaker like fullt mye sykefravær, uføretrygd og nedsatt livskvalitet.

Livstilsfaktorer er relativt tilgjengelige for forskning, og dette er derfor et av de feltene vi vet en del om. Når beskrivelsen av et utvalg livstilsfaktorer samvariasjon med sosioøkonomisk status er relativt detaljert og godt underbygget, må dette ikke uten videre tas som en indikasjon på at disse faktorene er de viktigste årsakene til sosiale ulikheter i helse. Det kan være andre og mer grunnleggende faktorer som forårsaker både variasjonen i livsstil og helse. Enkelte undersøkelser tyder på at forskjeller i livsstil bare kan forklare en liten del av de sosiale variasjonene i helse.³⁰ Den følgende beskrivelse av sosiale forskjeller i forhold til en del livstilsfaktorer må sees på denne bakgrunn.

Tobakk:

Lavere sosioøkonomiske lag er tydelig overrepresentert blant røykerne i Norge. Forekomsten av dagligrøyking er mer enn dobbelt så høy hos personer med bare grunnskole som hos de med universitet/høgskole.³¹ Færrest røykere finnes i teknisk/vitenskapelige yrker og flest blant personer sysselsatt i industri og transportsektoren og personer utenfor arbeidsstyrken. Røykere i lavere sosiale lag har høyere røykeintensitet enn de i høyere lag, og de forbruker oftere de farligste tobakksproduktene. De har dessuten lavere gjennomsnittlig debutalder for røyking, aksepterer i større grad passiv røyking, har sjeldnere regler for å begrense røyking hjemme og er oftere feilinformert om helsefarene ved de ulike tobakkstypene. Det finnes en klar sosial gradient også når det gjelder røykeslutt.³²

Ernæring:

Undersøkelser fra Norge^{33, 34, 35, 36 og 37} og en rekke andre industrialiserte land^{38, 39, 40, 41 og 42} viser at lavere sosiale lag har et helsemessig dårligere kosthold enn høyere sosiale lag. I tillegg er det hos visse innvandrergrupper registrert overhyppighet av overvekt, diabetes, dårlig tannstatus og mangel på vitamin D og jern. Et vanlig funn er at de med høy utdanning har et høyere inntak av frukt og grønnsaker, og en noe lavere andel fett i kostholdet. Det er også vist at barn av foreldre med lang utdanning spiser sunnere, mer regelmessig og synes å ha et bedre kroppsbilde enn barn av foreldre med kort utdanning.^{43 og 44} Sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og kostfaktorer kan forandre seg over tid og være forskjellig i ulike kulturer. I Kina øker fettinntaket mest i urbane strøk, og de med høyest sosioøkonomisk status har de minst gunstige vanene angående kosthold, aktivitet, røyking

og alkohol⁴⁵. I Norge var ett kosthold med lavt fettinnhold assosiert med lave sosiale lag i 1930-årene⁴⁶ og med høyere sosiale lag i de senere år⁴⁷. De siste tretti årene har mesteparten av befolkningen lagt om til et magrere kosthold. Det er imidlertid en rekke holdepunkter for at høyere sosiale lag ligger foran i utviklingen mot et sunnere kosthold. I Finland fant man at både de med kort og lang utdanning forandret matvarevalget i gunstig retning slik at de sosiale forskjellene minsket i perioden 1979–90⁴⁸. De finske undersøkelsene og norske markedsundersøkelser⁴⁹ tyder på at de lavere sosiale lag følger de trender man ser hos de øvre sosiale lag, men med en forskyvning i tid.

Fysisk aktivitet:

Det er klare sosiale forskjeller i fysisk aktivitetsnivå. I følge en nylig utkommet rapport fra Statistisk sentralbyrå oppgir over 26% av personer med bare grunnskoleutdanning at de aldri mosjonerer. Blant de med høyere akademisk utdanning gjelder dette bare 7%. 41% av de med bare grunnskole og 62% av de med høyere akademisk utdanning trener minst to ganger i uka.⁵⁰ Forekomsten av overvekt og fedme er økende i Norge. En viktig forklaring er at det generelle aktivitetsnivået i befolkningen er redusert. Både gjennomsnittlig vekt og andelen av 40–42-årige kvinner og menn som er overvektige har økt fra begynnelsen av 1960-årene og fram til 1999. Menn har i gjennomsnitt økt 9,1 kg, mens kvinner har økt 3,7 kg. I Oslo er det vist klare forskjeller mellom østkant- og vestkantbydeler både når det gjelder gjennomsnittlig kroppsvekt og andelen overvektige.⁵¹

Alkoholvaner:

Alkoholforbruket stiger med høyere utdanning og høyere inntekt.⁵² Dette trekket gjør seg gjeldende både målt i drikkefrekvens og totalkonsum. Helse- og levekårsundersøkelsen fra 1998 viste at det er en større andel personer med høy utdanning som «drikker ofte» sammenlignet med personer med lav utdanning. Dette bildet må suppleres med at en også finner en J-formet sammenheng mellom inntekt og alkoholkonsum for menn, men ikke for kvinner. Det vil si at menn med lavest inntekt drikker mer enn menn med middels inntekt, og menn med høyest inntekt drikker mest. Dette er satt i sammenheng med at menn i den laveste firedelen av inntektsskalaen kan tenkes å være sosialt marginaliserte i større grad, noe som gir utslag i et økt alkoholforbruk.

2.2.5 Helsetjenesten

Gjennom etterkrigstiden har det vært bred enighet i Norge om at tilgangen til helsetjenester skal styres etter prinsippet om tilbud om likeverdig helsetjeneste, uavhengig av bosted, kjønn, økonomi, sosioøkonomisk status osv. Det synes generelt å være begrensede sosiale forskjeller i oppsøkingen av helsetjenester, selv om det finnes unntak.⁵³ Det vurderes imidlertid som ikke endelig klarlagt om helsetjenestens tilbud og lavere sosiale lags etterspørsel står i et riktig forhold til de reelle sosiale forskjellene i helse, og om helsetjenestenes kvalitet er sosialt jevnt fordelt.

Behandlingstilbudet for bestemte diagnoser varierer altså i begrenset grad. Det er imidlertid sosiale forskjeller mellom ulike diagnoser og lidelser. Helsetjenestene fungerer mer tilfredsstillende for personer med akutte sykdomstilstander enn for personer med kroniske lidelser og funksjonsnedsettelse. Dette betegnes ofte som *The inverse care law* eller loven om den omvendte omsorg: helsetjenesten er ofte dårligst der behovet er størst.⁵⁴ Ikke minst gjelder dette alvorlig psykisk syke. I tilsynsmeldingen fra Helsetilsynet 2003 blir det slått fast at «Samanlikna med andre tenestemottakarar får menneske med psykiske lidningar langt frå nok hjelp på alle områder som er undersøkte».

Det blir fra ulikt hold stilt spørsmål om helsetjenesten bør ha en mer aktiv rolle i å bidra til å redusere sosiale forskjeller i helse.⁵⁵ Ulike ordninger med lavterskel tilbud, så som Helsestasjon for ungdom, kan sees i dette perspektivet.

Forskere har pekt på at en rekke endringer de senere årene kan bidra til å øke de sosiale forskjellene i helsetjenestebruk.⁵⁶ Dette gjelder blant annet økende egenandeler for helsetjenester og medikamenter, ordninger med kjøp av helsetjenester for sykmeldte, utbredelsen av private helsetjenester med høye egenandeler, markedstilpasning i sykehussektoren og fremveksten av private helseforsikringer.

På noen områder er de sosiale forskjellene i helsetjenestebruk tydelige, for eksempel på tannhelseområdet. Tannhelsetjenesten for personer over 18 år er forutsatt finansiert av den enkelte. Dette vurderes som en hovedforklaring på den klare sosiale gradienten i bruken av tannhelsetjenesten.⁵⁷ og ⁵⁸ Et annet eksempel kan være diskusjonen om det offentliges finansiering av ulike kreftscreeningsordninger, blant annet knyttet til brystkreft og livmorkreft. Etter all sannsynlighet kommer høyere egenandeler eller selvkost til å skape større sosiale forskjeller i oppslutningen om slike ordninger.

2.2.6 Seleksjon

Folk har forskjellige typer livsløp og karrierer. De tar ulik utdanning og oppnår ulike yrkeskarrierer, og de beveger seg på forskjellige måter i de sosiale strukturene. Denne mobiliteten bidrar til det sosiale mønsteret i helse. Dette betegnes som seleksjonsforklaringen, som hevder at de med god helse vil ha en tendens til å stige i gradene fordi de vil ha ressurser til å greie de mest krevende utdanningene, de vil skyves inn i de beste yrkesposisjonene og de vil ofte komme inn i de øverste inntektskategoriene. De med svakere helseressurser, har derimot en tendens til å ende, eller forbli, lavt på den sosiale rangstigen.

Forskningsresultater om seleksjonsprosesser når det gjelder karrierer innenfor den sosioøkonomiske strukturen kan oppsummeres i tre punkter:

- Helsevariasjoner i ungdommen har en viss betydning for utdanningsforløp og hva slags yrkesposisjoner en får i starten av yrkeskarrieren
- For de som er etablert i yrkeslivet, er helsevariasjoner av liten betydning for de store trekkene i yrkeskarrieren
- De som utvikler alvorlige helseplager i voksenlivet blir ofte skjøvet ut av yrkeslivet, gjerne lenge før vanlig pensjonsalder

Seleksjonsprosessene kan i noen sammenhenger bli oppfattet som uunngåelige prosesser. Det er imidlertid også hevdet at slike selektive prosesser i mange tilfeller dreier seg om dels usaklige diskriminerende praksiser og dels om manglende tilrettelegging av utdanningsinstitusjoner og arbeidsbetingelser, og at sosial seleksjon ofte verken er nødvendig, uunngåelig eller rettferdig.⁵⁹ Dette rammer blant annet i stor grad personer med funksjonshemninger og personer med innvandrerbakgrunn, og også i noen grad kvinner.

2.3 Kunnskap om effektive tiltak

Det er ulike måter å tilnærme seg tiltak for å redusere sosiale forskjeller i helse. Det at vi har en kontinuerlig økning i helseplager med synkende sosioøkonomisk status gjennom hele befolkningen har konsekvenser for tiltaksutformingen. Det vil ikke være tilstrekkelig å legge til grunn en høyrisikostrategi som kun fanger opp de fattigste. Dersom en ønsker å bedre folkehelsen og sørge for at helsen er rettferdig fordelt, innebærer dette brede befolkningsrettede strategier. Tiltak for å redusere sosiale forskjeller vil trolig bidra til å redusere helseforskjellene.

Eksisterende handlingsprogrammer i andre land og internasjonale organer blir omtalt i vedlegget. Slike tiltak spenner fra generelle tiltak rettet mot hele populasjonen til spesielle tiltak rettet mot bestemte grupper på bakgrunn av sosioøkonomiske kriterier eller andre kriterier som er korrelert med de sosioøkonomiske, så som geografi. Eksempler er

- tiltak som bidrar til sosial utjevning, for eksempel omlegging av boligpolitikk og skatte- og avgiftspolitik
- generelle (folkehelse)tiltak som når hele populasjonen, for eksempel gratis skolefrukt til alle skolebarn
- spesielle tiltak som bidrar til at generelle tiltak også når lavere sosiale lag, for eksempel dreining av røykesluttiltak mot bestemte målgrupper
- tiltak rettet direkte mot lavere sosiale lag, for eksempel utvikling av lavterskel-helsetiltak i områder med høy andel innbyggere med lav sosioøkonomisk status

En omfattende europeisk gjennomgang av ulike lands strategier og tiltak fra 2002, under ledelse av Johan P. Mackenbach og Martijntje Bakker, konkluderer med at kunnskapsgrunnlaget om effektive tiltak for å redusere sosiale forskjeller i helse er svakt⁶⁰. De peker imidlertid også på at kunnskapen om sosiale ulikheter i helse har nådd punktet der vi kan identifisere innfallspunkter til policy og intervensjoner, og at forskningen i tiden fremover i større grad bør vektlegge evaluering av tiltak.

Gjennomgangen peker på flere sentrale innfallsvinkler. Disse refereres kort her:

- a) Helsekonsekvensutredning. Det er av betydning å synliggjøre hvordan beslutninger på ulike nivåer har betydning for sosiale forskjeller i helse
- b) Sosiale tiltak. Det er av betydning å iverksette tiltak som reduserer fattigdom og arbeidsledighet, og tiltak som bedrer den sosiale situasjonen, blant annet i boligmarkedet

- c) Miljøtiltak. Det er av betydning å redusere uheldige fysiske og psykososiale forhold i arbeidsmiljøet og omgivelsene forøvrig, både i forhold til de direkte helsekonsekvensene og for utstøting fra arbeidslivet
- d) Livsstiltiltak. Det er av betydning å redusere de sosiale forskjellene i tobakksbruk, rusmiddelbruk, fysisk aktivitet og kosthold
- e) Tiltak rettet mot barn og unge. Det er av betydning å motvirke faktorer som virker negativt inn på barn og unges helse og velvære, og som virker hemmende på deres muligheter senere i livet
- f) Tiltak innenfor helsetjenesten. Det er av betydning å sikre lik tilgang til helsetjenester
- g) Samspill mellom ulike nivåer i forvaltningen. Det er av betydning at nasjonale og lokale strategier ses i sammenheng

Det er i utgangspunktet ingen av disse tiltaksområdene som ikke er aktuelle i norsk sammenheng, og regjeringen nevner flere av dem i Folkehelsemeldingen. Men noen av tiltakene krever atskillig langsiktighet og politisk konsensus, og flere krever bruk av virkemidler som ligger utenfor helseforvaltningen. I den internasjonale litteraturen understrekes likevel betydningen av bredt anlagte «tiltaks-pakker»: kompleksiteten i og omfanget av de sosiale helseforskjellene tilsier at mottiltakene bør være bredt anlagt og inklusive snarere enn snevre og eksklusive. Ambisjonen med en handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse bør derfor være å trekke inn samtlige områder som er omfattet av listen ovenfor. Ikke alle er imidlertid like tilgjengelige.

Det mest effektive tiltaksområdet er kanskje sosiale tiltak, men det er også det som er vanskeligst tilgjengelig. I følge Mackenbach og Bakker er dette intervensjoner som griper inn i årsakskjeden som fører til sosiale ulikheter i helse på et grunnleggende nivå. Omorganiseringer av helsetjenesten er atskillig mer tilgjengelig praktisk og politisk, men trolig også mindre effektive fordi de ikke griper like dypt i årsakskjeden. Imellom disse befinner for eksempel intervensjoner rettet mot miljø og livsstil seg. Sosial- og helsedirektoratets virkemidler vil i hovedsak befinne seg i dette midtfeltet. Det er likevel viktig for det videre arbeidet mot sosiale ulikheter i helse ikke å glemme de andre tiltaksområdene, og da sosiale tiltak i særdeleshet.



3 Mål og hovedstrategier

3.1 Målet med handlingsplanen

Denne handlingsplanen er utgangspunktet for Sosial- og helsedirektoratets videre arbeid med sosial ulikhet i helse. I den første fasen vurderes det som særlig viktig å bidra til å samle den nasjonale kompetansen på området, og å formidle kunnskap om utfordringene knyttet til sosiale forskjeller i helse. I forlengelsen av dette søkes det å redegjøre for en nasjonal tverrsektoriell strategi.

Følgende målsetninger legges til grunn for arbeidet med sosiale ulikheter i helse:

- Øke kunnskapen om sosiale ulikheter i helse gjennom å:
 - styrke kompetansen på ulike nivåer
 - styrke forskning og dokumentasjon

- Utvikle tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse gjennom å:
 - etablere konsekvensutredninger som verktøy for å synliggjøre beslutningers betydning for sosiale ulikheter i helse
 - sørge for at direktoratets egne virkemidler innrettes slik at de ivaretar hensynet til sosiale ulikheter i helse
 - forberede et faglig grunnlag for en nasjonal strategi som skal involvere alle sektorer.

3.2 Øke kunnskapen om sosiale ulikheter i helse

Folkehelsemeldingen legger opp til en tredeling av arbeidsoppgavene knyttet til sosiale ulikheter i helse. For det første skal satsingen på helseovervåking økes, for å følge utviklingen av sosiale ulikheter i helse; for det andre skal forskningen på feltet styrkes; og for det tredje skal det bygges opp kompetanse på sosiale helseforskjeller i forvaltningen.

De sentrale aktørene er Nasjonalt folkehelseinstitutt, Norges Forskningsråd og Sosial- og helsedirektoratet, samt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hovedansvaret for helseovervåking er lagt til Nasjonalt folkehelseinstitutt, mens Norges forskningsråd forvalter aktuelle forskningsprogrammer. En av de viktigste oppgavene som tilfaller Sosial- og helsedirektoratet er oppbygningen av et kompetansemiljø i forvaltningen. Nasjonalt kunnskapssenter utgjør en støtte med hensyn til effektvurderinger.

Direktoratet skal også i følge Folkehelsemeldingen gi bidrag til Folkehelseinstituttets og Forskningsrådets arbeid, samtidig som disse aktørene også bidrar på direktoratets arbeidsfelt. De ulike aktørenes strategier på feltet må derfor utformes i nært samarbeid med hverandre.

3.2.1 Styrke kompetansen på ulike nivåer

Kompetansemiljø i Sosial- og helsedirektoratet

St. prp. nr 1 (2003–04) for Helsedepartementet bevilget 2 millioner kroner til etablering og drift av kompetansemiljøet i Sosial- og helsedirektoratet. I Statsbudsjettet for 2005 er denne bevilgningen videreført.

Arbeidet er forutsatt å inngå som en fast oppgave for Sosial- og helsedirektoratet, men vil i den første fasen være etablert som et prosjekt over to år. Sosial- og helsedirektoratet har satt av to årsverk til oppgaven, med fokus dels på dokumentasjon/kunnskapsgrunnlaget og dels på utvikling av policy og utprøving av tiltak.

I følge Folkehelsemeldingen skal kompetansemiljøet blant annet utvikle en kompetanse som gir grunnlag for å gi råd til sentrale og lokale myndigheter. For å bidra til å sikre at slike råd er forankret i eksisterende kunnskap på feltet og i tråd med forskningsfronten vil Sosial- og helsedirektoratet etablere en ekspertgruppe på 7–9 eksperter. Ekspertgruppen skal være bredt sammensatt geografisk og i forhold til kompetanse og kjønn. Direktoratet tar sikte på å inkludere eksperter også fra andre nordiske land i rådet. Gruppen vil bli oppnevnt av

Sosial- og helsedirektoratet tidlig i 2005. Det tas sikte på 3–5 årlige møter.

I tillegg til å gi faglige råd til myndighetene i spørsmål som angår sosiale ulikheter i helse, skal ekspertgruppen bidra i arbeidet med dokumentasjon, tiltak og evaluering, og komme med forslag til nødvendige vitenskapelige undersøkelser. De enkelte medlemmene kan delta i gjennomføringen av prioriterte oppgaver etter oppfordring fra og i nært samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet skal:

- Etablere et kompetansemiljø på sosiale ulikheter i helse
- Systematisk innhente erfaringer fra internasjonale organisasjoner og andre land
- Bygge opp en kunnskapsbase
- Etablere en ekspertgruppe – sosiale ulikheter i helse

Faglige nettverk

En viktig oppgave for kompetansemiljøet spesielt og Sosial- og helsedirektoratet generelt vil bli å skape en møteplass for forskere og andre fagpersoner med fokus på sosiale ulikheter i helse. Folkehelsemeldingen pekte på at et kompetansemiljø i forvaltningen kan virke samlende og koordinerende for norske miljøer som er opptatt av temaet. Sosial- og helsedirektoratet vil i dette arbeidet søke samarbeid med Norges forskningsråd.

Formålet med en møteplass er å styrke kontakten og bygge nettverk mellom forskere i forskjellige miljøer og å stimulere til forskning på prioriterte emner. For Sosial- og helsedirektoratet vil en slik arena være viktig for å ha oversikt over og stimulere til forskning om sosiale ulikheter i helse.

Gjennom Helsedepartementets budsjett for 2004 ble det avsatt midler til en satsing på forskning på forebyggende helsearbeid i regi av Norges forskningsråd. Innenfor rammen av 4,3 mill. kr ble det forutsatt en prioritering av tre områder: fysisk aktivitet, kosthold og sosiale ulikheter i helse. Det ble forutsatt at miljøstøtte også skal gå til utvikling av faglige nettverk. Fire prosjekter ble tildelt støtte, hvorav ett innebar miljø- og nettverksoppbygging.

Kompetansemiljøet vil i samarbeid med forskningsmiljøer som arbeider på feltet bidra til å gi det faglige nettverket fastere rammer. Det tas sikte på halvårlige seminarer rettet mot relevante fag- og forskningsmiljøer. Program for disse seminarene vil også bli utformet i nært samarbeid med Ekspertgruppe – sosiale ulikheter i helse.

Sosial- og helsedirektoratet skal:

- Arrangere seminarer for fag- og forskningsmiljøer

Formidle kunnskap

En sentral oppgave for Sosial- og helsedirektoratet er å øke kompetansen om sosiale ulikheter i helse i befolkningen, forvaltningen og tjenestene, både på sentralt, regionalt og lokalt nivå. De regionale og lokale partnerskapene for folkehelse og Fylkesmannsetaten vil være viktige samarbeidspartnere.

Det er behov for å øke tilgjengeligheten av dokumentasjon om ulike forhold knyttet til sosiale forskjeller i helse. Sosial- og helsedirektoratet vil utarbeide rapporter om ulike emner som kan fremstå som referansedokumenter, som kan bidra til å heve kunnskapsnivået.

Arbeid gjennom media vil være en integrert del av formidlingsarbeidet. Formålet vil være å skape en økt bevissthet i befolkningen om temaet, både gjennom å sørge for fokus på ny kunnskap og i policysaker med potensiell innvirkning på sosiale ulikheter i helse. Ekspertgruppen vil bli søkt nyttet i en sentral rolle i dette arbeidet.

Som et ledd i arbeidet med å formidle kunnskap og bidra til den offentlige debatten skal det arrangeres en konferanse i 2005.

Sosial- og helsedirektoratet skal:

- Bidra på seminarer og konferanser om sosiale ulikheter i helse
- Utgi rapportserie og på annen måte spre informasjon om sosiale ulikheter i helse
- Bidra i den offentlige meningsbrytningen om sosiale ulikheter i helse
- Arrangere en konferanse i 2005 om sosiale ulikheter i helse

3.2.2 Styrke forskning og dokumentasjon

Folkehelsemeldingen understreker behovet for økt kunnskap om sosiale ulikheter i helse. Det vurderes å være behov for økt kunnskap om sosiale ulikheter i helse når det gjelder situasjonen i Norge, herunder sammenligninger med andre land, utviklingen over tid, årsakssammenhenger og effektive tiltak.

Sosial- og helsedirektoratet skal ikke ha egne forskningsaktiviteter knyttet til sosial ulikhet i helse. Derimot skal Sosial- og helsedirektoratet, bl.a. med hjelp fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Nasjonalt folkehelseinstitutt, samle, systematisere og tilgjengeliggjøre den kunnskapen som allerede finnes – både i Norge og internasjonalt.

Kunnskap om status og utvikling

Mye kunnskap kunne vært frembrakt dersom ulike datamaterialer hadde vært bedre tilrettelagt, både når det gjelder helsedata og data om sosioøkonomisk status. Sosial- og helsedirektoratet ønsker gjennom handlingsplanen å bidra til å styrke datagrunnlaget for forskning om sosiale ulikheter i helse. To løp omtales nedenfor som eksempler.

Det er nedsatt en arbeidsgruppe med medlemmer fra Sosial- og helsedirektoratet, Statistisk sentralbyrå og Nasjonalt folkehelseinstitutt som skal utarbeide et forslag til

nasjonal strategi for datainnsamling til helseovervåking. Arbeidsgruppen skal foreslå hvilke data (levevaner, kliniske målinger, biologiske prøver) som skal samles inn gjennom helseundersøkelser for at helsemyndigheter får sikret sine behov. For å overvåke utviklingen av og forske på sosiale ulikheter i helse er det av stor betydning at slik datainnsamling inkluderer bakgrunnsfaktorer som kjønn, etnisitet, oppvekstvilkår, boforhold, utdanning, yrke og inntekt

Helse- og levekårsundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå har vært og er en viktig datakilde om helsetilstanden i befolkningen. Statistisk sentralbyrå skal i 2005 gjennomføre Levekårsundersøkelsen 2005 som skal dekke temaene «Helse, omsorg og sosial kontakt». Dette vil være en viktig mulighet til å styrke kunnskapsgrunnlaget om sosiale forskjeller i helse.

Sosial- og helsedirektoratet skal:

- Bidra til at nasjonale strategier for datainnsamling til helseovervåking tilrettelegges slik at det vil være mulig å hente ut informasjon om sosiale ulikheter i helse

Kunnskap om årsaksforhold

Dersom vi ønsker å gjøre noe med sosiale ulikheter i helse vil det ikke være nok bare å overvåke utviklingen på feltet gjennom gode strategier for helseovervåking. Vi trenger også videre forskning på årsakssammenhenger. Det vil gå frem av punkt 2.2. ovenfor at behovet for kunnskap om dette feltet er nokså ulikt dekket. Det er for eksempel et stort behov for mer kunnskap om oppvekstvilkårenes betydning for sosiale ulikheter i helse, og vi vet ikke på langt nær nok om hvor stor rolle psykososiale faktorer spiller. Vi vil også ha behov for en bedre forståelse av hvordan de ulike faktorene spiller sammen og deres innbyrdes betydning.

Som nevnt er det gjennom Norges forskningsråd i 2004 lyst ut og fordelt forskningsmidler til forskning på feltene fysisk aktivitet, kosthold og sosiale ulikheter i helse. Erfaringer fra søknadsrunden var at det forelå flere aktuelle forskningsprosjekter innen sosiale ulikheter i helse enn rammen tillot å bevilge midler til. Det foreligger således et urealisert potensial for økt kunnskap om årsakene til sosiale ulikheter i helse. Sosial- og helsedirektoratet ser det derfor som viktig at dette forskningsfeltet følges opp med ytterligere satsninger.

Sosial og helsedirektoratet vil:

- være pådriver for at det bevilges midler til fortsatt forskning på årsaksforhold knyttet til sosiale ulikheter i helse

Kunnskap om effektive tiltak

Som beskrevet foran er kunnskapsgrunnlaget om effektive tiltak for å redusere sosiale forskjeller i helse mangelfullt, og det som foregår av forskning på feltet har en slagside i favor av årsaksforskning. Det finnes relativt lite effektforskning (virkemiddelforskning). Dette

er lett forklarlig da det er relativt enkelt å gjøre årsaksstudier med epidemiologiske design simpelthen fordi slike materialer foreligger og kan analyseres. Å organisere forsøksvirksomhet for å bedømme nytten av tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse er vanskeligere. Det er derfor et behov for økt bruk av andre design for å etablere kunnskap om effekt av virkemidler.

I helseforvaltningen vil Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kunne ha en viktig rolle i utviklingen av et slikt kunnskapsgrunnlag. Kunnskapssenteret vil kunne bidra til et sterkere fokus på sosiale ulikheter i minst tre henseender: 1) Ved å vurdere distribusjonseffekter i arbeidet med systematiske oversikter, kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger, 2) ved at målinger av kvaliteten i helsetjenesten inkluderer spørsmål om i hvilken grad tjenesten leveres på en god måte til alle grupper og 3) ved direkte å oppsummere effekten av tiltak som har som mål å bidra til sosial likhet i helse. Sosial- og helsedirektoratet ønsker derfor å styrke disse sidene ved Kunnskapssenterets arbeid. Det vil også kunne være aktuelt å søke informasjon hos andre relevante forsknings- og utredningsmiljøer.

Sosial- og helsedirektoratet skal:

- gjennom konkrete oppdrag bidra til at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten styrkes som ressurs til støtte for sentrale og regionale myndigheter med hensyn til effekter av tiltak mot sosiale ulikheter i helse
- bestille evalueringer av effekten av tiltak fra andre aktuelle miljøer

3.3 Utvikle tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse

Fordi mange av faktorene som påvirker helsen befinner seg i andre sektorer enn helsesektoren, må hensyn til helse synliggjøres og ivaretas også i andre sektorer. Foruten å være ansvarlig for helsetjenestene, kjennetegnes helsesektorens egen rolle blant annet ved ansvar for å:

- fremskaffe og gjøre kjent faktagrunnlag om helsetilstanden og årsakssammenhenger mellom helse, sykdom og ulike faktorer i samfunnet og hos den enkelte
- være premissleverandør og pådriver overfor andre sektorer, samt i overgripende samfunnsplanlegging og arealplanlegging
- bidra til å utvikle, gjennomføre og evaluere metoder og tiltak som kan brukes i helsesektoren eller i andre samfunnssektorer for å bedre folkehelsen

I arbeidet med å utvikle tiltak basert på beste tilgjengelige kunnskap, legger denne planen derfor opp til innsats på tre nivåer. Det første består i å utvikle verktøy for å synliggjøre helsekonsekvenser av beslutninger på forskjellige nivåer i samfunnet. Det andre omhandler innretting av direktoratets egne virkemidler. Det tredje dreier seg om å skape et faglig fundament for en nasjonal strategi som involverer alle sektorer.

3.3.1 Konsekvensutredninger

For å synliggjøre hvordan beslutninger i forskjellige sektorer og på forskjellige nivåer påvirker fordeling av helse i befolkningen, trenger vi sektorovergrepene verktøy. Folkehelsemeldingen lanserer en videreutvikling av helsekonsekvensutredning som et slikt verktøy. Sosial- og helsedirektoratet har blitt gitt oppdraget å opprette en kompetansenhet som skal arbeide med:

- metodeutvikling og erfaringsoppsummering
- kompetansebygging, nettverksarbeid og veiledning overfor regionalt og kommunalt nivå
- faglig støtte og rådgivning overfor Helse og omsorgsdepartementet i forbindelse med konsekvensutredninger etter utredningsinstruksen og integrering av helsehensyn i verktøy som utvikles av Miljøverndepartementet

Helsekonsekvensutredninger dreier seg om å estimere positive og negative endringer i helseisiko som kan tilskrives et enkelttiltak, en plan eller politikkenring. Helsekonsekvensutredninger vil med dette bidra til å gi en systematisk oversikt over hvilke konsekvenser forskjellige beslutninger har for hele eller deler av befolkningen. En konsekvensutredning anviser ikke løsningen, men bidrar til et bedre opplyst beslutningsgrunnlag. Vi kan for eksempel se på virkninger for spesielle grupper i befolkningen som måtte bli berørt. En konsekvensutredning kan derfor bidra til å forutse om en beslutning vil føre til økte sosiale ulikheter i helse.

Sosial- og helsedirektoratet skal:

- utvikle konsekvensutredninger som verktøy på en slik måte at det kan brukes til å forutse om en beslutning vil føre til endringer i sosiale ulikhet i helse. Slike verktøy skal tilpasses bruk:
 - i statlig politikktutforming, blant annet i forbindelse med handlingsplaner og nasjonale strategier som omfattes av utredningsinstruksen
 - regionalt og lokalt i tiltaksutforming og planlegging blant annet med utgangspunkt i plan- og bygningsloven og kommunehelsetjenesteloven
- utvikle og implementere veiledning om konsekvensutredninger til bruk for nasjonale, regionale og lokale beslutningstakere

3.3.2 Sosial- og helsedirektoratets egne virkemidler

Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å drive fagutvikling og iverksette nasjonal politikk på helse- og sosialområdet. Sosial- og helsedirektoratets hovedmål er formulert som «Sosial trygghet og god helse», som skal realiseres gjennom:

- en omfattende og effektiv forebyggende innsats for å hindre sosiale og helsemessige problemer å utvikle seg, og
- sosial- og helsetjenester med høy kvalitet og god tilgjengelighet for å møte brukere og pasienter med behov for hjelp.

Sosial- og helsedirektoratet søker å forbedre befolkningens helse og sosiale situasjon, enten direkte eller gjennom tjenestene. En viktig oppgave er å sikre at direktoratets egne virkemidler innrettes slik at de bidrar til å redusere de sosiale forskjellene i helse, for eksempel i forbindelse med

- regelverksutvikling,
- etablering og formidling av faglige retningslinjer,
- utvikling og implementering av veiledere,
- tematiske satsninger (psykisk helse, ulykker, tobakk, ernæring, fysisk aktivitet, forebygging av uønskede svangerskap m.m), eller
- innsatser direkte rettet mot utsatte grupper.

Sosial- og helsedirektoratet skal:

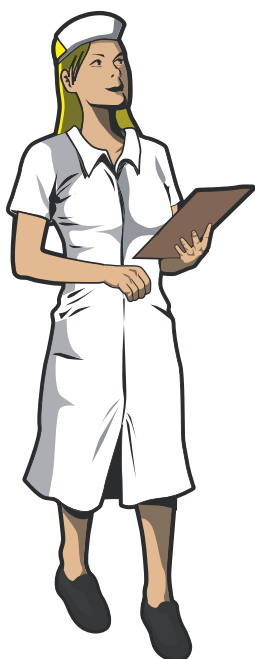
- sikre at aktuelle programmer, planer og tiltak i egen regi ivaretar hensynet til sosiale forskjeller i helse.
- være pådriver for å bringe ulikhetsperspektivet inn i prosesser med andre samfunnsaktører

3.3.3 Grunnlag for fremtidig tverrsektoriell strategi

Tverrsektorielle utfordringer krever tverrsektorielle løsninger. De faktorer som skaper og opprettholder sosiale ulikheter i helse går langt ut over de forhold Sosial- og helsedirektoratet og helsesektoren selv rår over. Skal vi komme i inngrep med årsakene til sosiale ulikheter i helse, er det nødvendig å enes om brede nasjonale tiltakspakker. Sosial- og helsedirektoratet skal gjennom denne handlingsplanen forberede et faglig grunnlag for en bredere nasjonal satsning. Når det i neste fase skal utarbeides en tverrdepartemental strategi mot sosiale ulikheter i helse, blir arbeidet forankret i Helse- og omsorgsdepartementet.

Sosial- og helsedirektoratet skal:

- forberede et faglig grunnlag for en nasjonal tverrsektoriell strategi mot sosiale ulikheter i helse



Vedlegg: Internasjonale organer og andre land

Verdens helseorganisasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) var tidlig ute med å sette fokus på sosiale ulikheter i helse. En viktig milepæl i WHO's arbeid var den såkalte Alma Ata-deklarasjonen fra 1978, som i punkt 2 understreker at: ⁶¹

The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.

Reduksjon av helseulikheter ble inkludert blant WHO's Helse for alle-mål i 1985, med målsetting om 25 prosent reduksjon i sosiale helseulikheter innen år 2000. I mai 1998 ble

det vedtatt en ny fempunkts deklarasjon, Health 21, der det står at «We emphasize the importance of reducing social and economic inequities in improving the health of the whole population». Regionskontoret til WHO i Europa konkretiserte i september 1998 deklarasjonen gjennom 21 regionale «Helse for alle»-mål. Mål 2 omhandler sosiale ulikheter i helse:

By the year 2020 the health gap between socioeconomic groups within countries should be reduced by at least one fourth in all Member States, by substantially improving the health of disadvantaged groups.

Selv om disse WHO-satsingene i noen grad har bidratt til å sette sosioøkonomiske ulikheter i helse på dagsorden i en del vestlige land, anser organisasjonen at mye arbeid fortsatt gjenstår, ikke minst i forhold til utviklingslandene. Det er derfor besluttet at det skal opprettes en global kommisjon som skal arbeide for å redusere sosiale ulikheter i helse. I begrunnelse for en slik kommisjon peker WHO på at det er et stort behov i det enkelte land for dokumentasjon som kan brukes i utviklingen av tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse.⁶² Kommisjonens rolle vil være i løpet av en treårs-periode (2005–08) å skaffe til veie slik dokumentasjon samt være en spydspiss i arbeidet for politiske endringsprosesser på området.

En rekke andre internasjonale fora og forskere har gitt anbefalinger om handlingsprinsipper for å utvikle en politikk mot sosiale ulikheter i helse.^{63,64} og ⁶⁵ I kapittel 2.3. er anbefalingene fra en europeisk forskergruppe omtalt. Et fellestrekk ved samtlige slike anbefalinger er at de forutsetter et møysommelig arbeid på en lang rekke fronter over meget lang tid – og at det legges vekt på å styrke kunnskapsfundamentet for framtidig politikktutvikling.

Sammenlignbare land

En rekke land har over lengre tid hatt fokus på sosiale ulikheter i helse. Strategiene er stort sett forankret i de nasjonale folkehelsestrategiene. De ulike landenes fokus og grep har imidlertid vært forskjellig. Dette gjelder både for hvordan landene integrerer perspektiver om sosiale ulikheter i helse i den ordinære folkehelsepolitikken og for valg av strategier for å redusere sosiale forskjeller i helse. Nedenfor er Sverige, Danmark, Storbritannia og Nederland spesielt omtalt.

Sverige

Sverige har anlagt et uttalt likhets- og rettferdighetsperspektiv på sin folkehelsepolitikk. I desember 1995 besluttet Regjeringen å opprette en komité som skulle utarbeide nasjonale mål for folkehelseutviklingen (Nationella folkhälsokommittén). Komiteen startet sitt arbeid tidlig i 1997. Målene og strategiene skulle i følge komiteens mandat også bidra til reduksjon i ulikheter i helse, bl.a. mellom sosioøkonomiske grupper. Komiteens vurderinger og anbefalinger ble lagt frem i SOU-rapporten «Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan», som satte opp 18 nasjonale mål for folkehelsearbeidet.⁶⁶ Målene spente fra brede, sosial-

politiske områder som «Stark solidaritet og samhällsgemenskap», via livsstil (for eksempel «Ökad fysisk rörelse»), til smalere helsepolitiske felter som «Saklig hälsoinformation».

Etter at rapporten var sendt på høring dannet den i desember 2002 bakgrunnen for en regjeringsproposisjon til Riksdagen kalt «Mål för folkhälsan», med et overgripende nasjonalt folkehelsemål om «att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen». ⁶⁷ Ulikhetsperspektivet står svært sentralt og inkluderer i tillegg til sosiale ulikheter også kjønn, etnisitet og seksuell legning. Proposisjonen vektlegger hvordan samfunnsstrukturer på ulike nivåer kan skape uhelse, og toner ned individenes valg av livsstil som forklaring. Dette kan illustreres med de elleve målområdene for folkehelsearbeidet som er utpekt i proposisjonen:

- Delaktighet och inflytande i samhället
- Ekonomisk och social trygghet
- Trygga och goda uppväxtvillkor
- Ökad hälsa i arbetslivet
- Sunda och säkra miljöer och produkter
- En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- Gott skydd mot smittspridning
- Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa
- Ökad fysisk aktivitet
- Goda matvanor och säkra livsmedel
- Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och doping samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande

Bare et fåtall av målene i meldingen retter seg mot individnivået, og dette skiller den en del fra den norske Folkehelsemeldingen.

Riksdagen sluttet seg til regjeringens folkehelsemål i april 2003 og det svenske Statens Folkhälsoinstitut fikk i oppdrag å samordne den nasjonale oppfølgingen innenfor de elleve målområdene. Folkhälsoinstitutet skal utarbeide operasjonaliserbare bestemmelsesfaktorer og indikatorer for de ulike helsepolitiske målsetningene. Resultater skal rapporteres i folkehelsepolitiske rapporter hvert fjerde år, første gang i 2005. Den første rapporten innebærer en samlet folkehelsepolitisk tilbakemelding fra i alt 17 nasjonale myndigheter mht hvordan de arbeider for å bedre folkehelsen.

Danmark

Den daværende danske regjering presenterte i 1999 «Regeringens folkesundhedsprogram 1999–2008, Et handlingsorienteret program for sundere rammer for hverdagen». ⁶⁸ Målformuleringene bygger til dels på WHO's Health 21 – health for all in the 21st century. Programmet formulerte mål for risikofaktorer, målgrupper (aldersgrupper og «forebyggelsesmiljøer») og organisering/struktur.

Folkesundhedsprogrammet ble i september 2002 erstattet av den nye regjeringens program, kalt «Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002–10». ⁶⁹

I følge dette programmet legges det opp til

en bredere og mere helhedsorienteret tilgang til forebyggelsesindsatsen, så der skabes en bedre sammenhæng mellem den primære forebyggelse, den enkeltes egenindsats og patientrådgivning, -støtte, -rehabilitering m.v. i relation til de store folkesygdomme.

Sund hele livet understreker videre målsetningen om flere gode leveår for alle – i alle aldre, gjennom at:

- Middellevetiden skal øges markant
- Antallet af år med god livskvalitet skal øges
- Den sociale ulighed i sundhed skal reduseres

Programmet er for øvrig bygget opp rundt en rekke delmål, knyttet til de fire hovedelementene risikofaktorer (som røyking, arbeidsmiljø, fysisk aktivitet osv.), miljøer (som skolen og arbeidsplassen), målgrupper (som gravide og langvarig syke) og folkesykdommer (kreft, psykiske lidelser etc.).

Med *Sund hele livet* har Danmark valgt en markert annerledes folkehelsestrategi enn Sverige, med et klart fokus på faktorer som påvirker befolkningens valg av livsstil. Folkesundhedsprogrammet la i tillegg stor vekt på lokal forankring, og hadde som klart definert mål å benytte lokale arenaer som grunnskole, arbeidsplass, lokalsamfunn og helsevesen. Gjennom individuell oppfølging på disse arenaene mener en i større grad å ha mulighet til å nå flere sosiale lag i befolkningen. *Sund hele livet* viderefører i stor grad dette, og understreker i tillegg betydningen av involvering av frivillige organisasjoner og etablering av partnerskap. Det er imidlertid tydelig at mens Folkesundhedsprogrammet la markert vekt på sosiale ulikheter i helse og konkrete strategier for å redusere disse, vektlegges problemstillingen i liten grad i *Sund hele livet*. Et lite unntak er et eget «indikatorprogram», utviklet i monitorerings- og dokumentasjonsøyemed. Indikatorprogrammet opererer med 14 nøkkelindikatorer, og to av disse er eksplisitte mål på fordeling av helse (hvh. «Sociale forskelle i dødelighet» og «Sociale forskelle i livskvalitet»).

Storbritannia

Den politiske diskusjonen om sosiale ulikheter i helse i Storbritannia strekker seg forholdsvis langt bakover i tid. Allerede i 1980 forelå den første offentlige britiske utredningen om temaet, den såkalte *Black Report* (etter utvalgets leder, Sir Douglas Black). Utredningen, som var bestilt av en Labour-regjering, fikk imidlertid en kjølig mottakelse av den nytiltrådte Thatcher-regjeringen, som avsto utvalgets forslag til tiltak som urealistisk kostbare.

Etter Blair-regjeringens overtagelse i 1997 har sosiale ulikheter i helse igjen vært et tema høyt på det offentlige Storbritannias dagsorden. En viktig opptakt var en ny utredning om tilstanden i forhold til sosiale ulikheter, samt forslag til tiltak for å redusere slike ulikheter, ledet av tidligere Chief Medical Officer, Sir Donald Acheson. Målet med denne undersøkelsen var også å gi et bilde av situasjonen og identifisere de mest presserende

utfordringene. Granskningen til Sir Donald påpekte at helseulikhetene hadde økt jevnt, og at forskjeller i materielle kår var en hovedårsak til dette.⁷⁰ Den inneholdt 39 vidtrekkende råd som dekket alt fra skatter og avgifter, utdannelse, arbeid, boligpolitikk, miljø og transport. Kun 3 angikk helsevesenet.

Folkehelseministeren og i alt 11 andre ministre la i juli 1999 fram «Saving lives: Our Healthier Nation» (OHN).⁷¹ Her ble følgende to overordnede britiske helsepolitiske mål slått fast:

- forbedre helsen til alle;
- og helsen til de verst stilte i særdeleshet.

Søkelyset rettes først og fremst mot 4 dødsårsaker: kreft, hjerte/kar, ulykker og mental helse (selvmord). Samtidig la det britiske helsedepartementet fram en «action report» for å redusere helseulikheter.⁷²

I februar 2001 satte det britiske helsedepartementet egne mål for arbeidet med sosiale ulikheter i helse.⁷³ To mål fremheves:

- Forskjeller i barnedødelighet mellom grupper med manuelle yrker og befolkningen som helhet skal reduseres med 10 prosent innen 2010, og
- Forskjeller i forventet levealder mellom de mest utsatte geografiske områdene og befolkningen som helhet skal reduseres tilsvarende i samme periode.

I juli 2003 la Helsedepartementet, sammen med 11 andre departementer, fram *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*.⁷⁴ Dette treårige programmet har to målsetninger, dels å oppfylle de to ovennevnte målsetningene, og dels å være en bred strategi for å redusere sosiale ulikheter i helse og faktorer som påvirker dette.

Nederland

Før 1980 var sosioøkonomiske ulikheter i helse nærmest et ikke-tema i hollandsk forskning og politikk.⁷⁵ Utover på 1980-tallet økte imidlertid interessen gradvis, bl.a. som følge av en studie av helseforskjeller mellom ulike bydeler i Amsterdam i 1980, samt prosessen omkring WHO's «Health for all»-mål i 1986. En «Helse 2000»-rapport fra Velferds-, helse- og kulturdepartementet i 1986 inkluderte et avsnitt om sosiale ulikheter i helse. En påfølgende konferanse munnet ut i etableringen av et nasjonalt forskningsprogram (1989–93) styrt av en komité som skulle rapportere rett til statsråden. Programmet skulle bl.a. utforske graden og typen av sosioøkonomiske helseulikheter, og årsakene til disse.

Ved programslutt i 1994 anbefalte komiteen et nytt forskningsprogram, men nå med fokus på utvikling og evaluering av ulikhetsreducerende tiltak. Man skulle samtidig fortsatt overvåke utviklingen, og følge opp tidligere studier. Dette andre programmet gikk over perioden 1995–2000. Samtidig ble reduksjon av sosiale ulikheter i helse stadig fastholdt som politisk målsetning i ulike regjeringsdokumenter. I mars 2001 kom rapporten fra programkomiteen til det andre nasjonale forskningsprogrammet (Socio-Economic Health Variations Committee). Dokumentet utmeisler en politikk og foreslår konkrete tiltak, i tillegg

til å oppsummere erfaringer og lærdommer fra programmet. Det blir særlig trukket fram fire intervensjonstyper:

- Bedre forholdene mht. yrke, utdanning eller inntekt blant de nederst i det sosiale hierarkiet
- Minimere effektene av helseproblemer på (nedadgående) sosial bevegelse.
- Begrense risikoeksponering i lavere sosiale lag.
- Ekstra helsetjenester til de samme

Ved siden av Storbritannia og Sverige, er Nederland et av de europeiske landene som har kommet lengst i utarbeidelsen av en nasjonal politikk mot sosiale helseforskjeller.

Referanser:

- 1 Dahl, Espen. «Health inequalities and health policy: The Norwegian Case». I *Norsk epidemiologi* 12 (2002), nr 1.
- 2 Krogstad S. og Westin S. «Folkehelse, ulikhet og fattigdom». Artikkel i Helsetilsynets tilsynsmelding for 2001.
- 3 Mackenbach, J. P. et al. «Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health». *Lancet*; 349 (1997):1655–59.
- 4 Zahl, P. H, M. Rognerud, B. H. Strand og A. Tverdal: *Bedre helse – større forskjeller. En analyse av hvordan inntekt, utdanning og husholdningsstørrelse har påvirket dødeligheten i befolkningen i periodene 1970–77, 1980–87 og 1990–97*. Nasjonalt folkehelseinstitutt Rapport 2003:1. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt 2003.
- 5 Arntzen, Annett, Sven Ove Samuelsen, Leiv S. Bakketeig, Camilla Stoltenberg: «Socioeconomic status and risk of infant death. A population-based study of trends in Norway, 1967-1998». *International Journal of epidemiology* 33 (2004), s. 279-288.
- 6 *Social Inequalities and Cancer* (IARC Scientific Publications 138) (1997).
- 7 Thürmer, Hanne: «Risk factors for, and 13-year mortality from, cardiovascular disease by socio-economic status: a study of 44690 men and 17540 women, ages 40–49» (ISM skriftserie 26). Tromsø: University of Tromsø, Institute of Community Medicine, 1993.
- 8 Kravdal, Øystein. «Sosiale forskjeller i kreftoverlevelse». *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 119 (1999), s. 1577–83.
- 9 Grøholt E-K, R. Nordhagen, H. Stigum og L. Köhler. «Children with chronic health conditions in the Nordic countries in 1996 – influence of socio-economic factors». *Ambulatory Child Health* 7: 177–189 (2001).
- 10 Grøholt E-K, R. Nordhagen, H. Stigum og L. Köhler. «Health service utilisation in the Nordic countries in 1996 – influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions». *European Journal of Public Health* 13: 30–37 (2003).

- 11 Gissler M, Rahkonen O, Jarvelin MR, Hemminki E. «Social class differences in health until the age of seven years among the Finnish 1987 birth cohort». *Social Science and Medicine*; 46: 1543–52 (1998).
- 12 Elmén H. Child health in a Swedish city. *Mortality and birth weight as indicators of health and social inequality*. Göteborg, Sweden: Nordic School of Public Health, 1995.
- 13 Bremberg, Sven. *Sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga i Sverige. En kunnskapöversikt*, Statens folkhälsoinstitut, 2002.
- 14 Krokstad, Steinar, Roar Johnsen og Steinar Westin. «Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon». *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 122 (2002), s. 1479–85.
- 15 Nelander, Sven og Elisabeth Lönnroos. *Ohälsans trappa*. Löne- och välfärdsenheten, Landsorganisationen, 2001.
- 16 Rognerud, Marit: Data fra Helseundersøkelsen 2002. Ikke publisert.
- 17 Krokstad, S, A. Kunst og S. Westin. «Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study». *Journal of Epidemiology and Community Health* 56 (2002), s. 375–80.
- 18 Midtsundstad, Tove og Espen Dahl: *Yrke og forventet levealder* (FAFO-notat 2000:20). Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo, 2000.
- 19 Wilkinson R., Marmot M. (ed.) «Social Determinants of Health. The solid Facts.» Second edition. World Health Organisation (2003)
- 20 Stein Z, M. Susser, G. Saenger og F. Marolla. «Nutrition and mental performance». *Science* 178: 708–713 (1973).
- 21 Forsdahl A. «Are poor living conditions in childhood and adolescence an important risk factor for arteriosclerotic heart disease?» *British Journal of Preventive & Social Medicine* 31: 91–95 (1997).
- 22 Barker, D. J. P., A. R. Bull, C. Osmond, S. J. Simonds. «Foetal origins of coronary heart disease». *British Medical Journal* 311: 171–174 (1995).
- 23 Kuh, D. og Y. Ben-Shlomo. *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- 24 Lundberg, O. «The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood», *Social Science and Medicine* 36:385–393 (1991).
- 25 Poulton R., A. Caspi, B. J. Milne et. al. «Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study». *The Lancet* 360 (2002), s. 1640–45.
- 26 Eriksen, Hege R. og Holger Ursin: «Social inequalities in health: biological, cognitive and learning theory perspectives». *Norsk Epidemiologi* 12 (2002); s. 33–38.
- 27 Wilkinson, RG: *Unhealthy societies. The Affliction of inequality*. London: Routledge, 1996.
- 28 Jon Ivar Elstad / Statistisk sentralbyrå. *Livsløpsundersøkelse blant 55-årige menn i 2001* (upubliserte resultater).
- 29 Elstad, Jon Ivar: «Livsstil, arbeidsbelastninger og helseulikheter blant 55-årige menn». I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 123 (2003), s. 2289-91.
- 30 Marmot, M. G., G. Rose, M. Shipley og P. J. S. Hamilton. «Employment grade and coronary heart disease in British civil servants». *Journal of Epidemiology and Community Health* 32:244-249 (1978).
- 31 Lund, Karl Erik og Marianne Lund: «Røyking og sosial ulikhet i Norge». Under utarbeidelse.
- 32 Lund, Marianne og Karl Erik Lund: «Røykeslutt og sosial ulikhet». Under utarbeidelse.
- 33 Botten, G. og T. Bjerkedal. «Ulikheter i helsevaner i Norge 1985». *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 108 (1988), s.157-62.
- 34 Jacobsen, B. K. and D. S. Thelle. «The Tromsø Heart Study: Risk factors for coronary heart disease and length of education». *American Journal of Epidemiology* 127 (1988), s. 923-32.

- 35 Johansson, L., D. S. Thelle, K. Solvoll, G.-E. Aa. Bjørneboe og C. A. Drevon. «Healthy dietary habits in relation to social determinants and lifestyle factors». *British Journal of Nutrition* 81 (1999), s. 211-20.
- 36 Johansson, L. og K. Solvoll. *Norkost 1993–94 og 1997. Landsomfattende kostholdsundersøkelser blant menn og kvinner i alderen 16-79 år* (Rapport 3/1999). Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 1999.
- 37 E. Kvaavik, H. E. Meyer, R. M. Selmer, G. Egeland, A. Tverdal. «Food habits in Hedmark related to gender, education and marital status». *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 119 (1999), s. 3406–3409.
- 38 Hulshof, K. F., J. H. Brussaard, A. G. Kruijzinga, J. Telman, M. R. Lowik. «Socio-economic status, dietary intake and 10 y trends. Dutch National Food Consumption Survey». *European Journal of Clinical Nutrition* 57 (2003), s. 128–37.
- 39 Groth, M. V., S. Fagt, L. Brondsted. «Social determinants of dietary habits in Denmark». *European Journal of Clinical Nutrition* 55 (2001), s. 959–66.
- 40 Pryer J. A., R. Nichols, P. Elliott, B. Thakrar, E. Brunner og M. Marmot. «Dietary patterns among a national random sample of British adults». *Journal of Epidemiology and Community Health* 55 (2001), s. 29–37.
- 41 Irala-Estevez J. D., M. Groth, L. Johansson, U. Oltersdorf, R. Prattala, M. A. Martinez-Gonzalez. «A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables». *European Journal of Clinical Nutrition* 54 (2000), s. 706–14.
- 42 Lopez-Azpiazu I., A. Sanchez-Villegas, L. Johansson, J. Petkeviciene, R. Prattala og M. A. Martinez-Gonzalez. «Disparities in food habits in Europe: systematic review of educational and occupational differences in the intake of fat. FAIR-97-3096». Project. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 16 (2003), s. 349–64.
- 43 Øverby, N og L. F. Andersen. UNGKOST-2000. *Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant elever i 4.- og 8. klasse i Norge*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet, 2002.
- 44 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. *Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – barne-rapport* (Rapport nr 1 – 2004).
- 45 Kim, S., M. Symons, B. M. Popkin. «Contrasting socioeconomic profiles related to healthier lifestyles in China and the United States». *American Journal of Epidemiology* 159 (2004), s. 184–191.
- 46 Eeg-Larsen N. «Utviklingen i norsk kosthold gjennom de siste 50 år». S. 79–106 i Nicolaysen et. Al., *Betenkning om forholdet mellom fett og hjerte-kar-sykdommer*. Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen, 1963.
- 47 Johansson L. «Fett i norsk kost». *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 107 (1987), s. 2918–2923.
- 48 Prättälä R., M. A. Berg, P. Puska. «Diminishing or increasing contrasts? Social class variation in Finnish food consumption patterns, 1979-1990». *European Journal of Clinical Nutrition* 46 (1992), s. 279–287.
- 49 Johansson L. «Hvem velger magert?» *Næringsforskning* 34 (1990), s. 97–101.
- 50 Vaage, Odd Frank. *Trening, mosjon og friluftsliv. Resultater fra Levekårsundersøkelsen 2001 og Tidsbruksundersøkelsen 2000* (Rapporter 2004/13). Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2004
- 51 Rognerud, M. og I. Stensvold. *Oslohelse. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene*. Oslo: Ullevål sykehus, klinikk for forebyggende medisin, 2003
- 52 Strand, B. H. og A. Steiro. «Alkoholbruk, inntekt og utdanning i Norge 1993–2000». *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 123 (2003), s. 2849–2853.
- 53 Grøholt, Else-Karin og Rannveig Nordhagen. «Ulikhet i helse og helsetjenestebruk hos nordiske barn etter foreldrenes utdannelse». *Norsk epidemiologi* 12 (2002), s. 47–54.

- 54 Hart, Julian Tudor. The inverse care law. *Lancet* 1 (1971), s. 405–412.
- 55 Mette Brekke. «Sosial ulikhet – angår det allmennlegen?» *Utposten* nr 2, 2003.
- 56 Westin, Steinar og Steinar Krokstad: «Folkehelse og sosial ulikhet». I Larsen, Alvik, Hagestad og Nylenna (red): *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*. Oslo: Gyldendal, 1993.
- 57 Grøtvedt, Liv. *Helseprofil i Akershus*. Befolkningen svarer (Rapport 4/99). Stiftelsen for helsetjenesteforskning, 1999.
- 58 Grøtvedt, Liv. *Helseprofil for Oslo, voksne*. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo kommune og Program for storbyrettet forskning, 2002.
- 59 Elstad, Jon Ivar: «Strategien mot sosioøkonomiske helseulikheter: Skal den innbefatte helsereelatert seleksjon?» *Norsk epidemiologi* 12 (2002), s. 39–42.
- 60 Mackenbach, J. P. og Martijntje Bakker (red.) *Reducing Inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge, 2002.
- 61 *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6. – 12. September 1978.
- 62 *Proposal for a global commission on social determinants of health*. WHO
- 63 Whitehead, Margaret. *The Concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO Regional office of Europe, 1990.
- 64 European Network of Health Promotion Agencies (ENPHA). *Report on the role of health promotion in tackling inequalities in health*. Brussel, 2001.
- 65 *The Copenhagen Declaration on reducing social inequalities in health* (deklarasjon fra WHO-konferanse, 27.–29. september 2000).
- 66 *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan* (Statens offentliga utredningar 2000:91).
- 67 *Mål för folkhälsan* (Regeringens proposition 2002/03:35).
- 68 *Regeringens folkesundhedsprogram 1999–2008, Et handlingsorienteret program for sundere rammer for hverdagen*.
- 69 *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden* 2002-10.
- 70 *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. Report. London: The Stationary Office, 1998.
- 71 *Saving Lives: Our Healthier Nation* (White paper 1999).
- 72 Department of Health. *Reducing health inequalities: An action report* (1999).
- 73 Department of Health. *Tackling Health Inequalities: The results of the consultation exercise* (2001).
- 74 Department of Health. *Tackling Health inequalities. A programme for action* (2003).
- 75 Stronks, K.: «The Netherlands». I Mackenbach og Bakker (red.) *Reducing Inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge, 2002.



Sosial- og helsedirektoratet,

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf: 24 16 30 00 Faks: 24 16 30 01

www.shdir.no