

# Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse

Fagrådet for sosial ulikhet i helse

---



# Innhold

|  |    |
|--|----|
| Tverrpolitisk enighet. Politisk handlekraft? _____         | 4  |
| Mer rettferdig inntektsfordeling _____                     | 6  |
| En god barndom har betydning for hele livsløpet _____      | 8  |
| God skole og utdanning for alle _____                      | 10 |
| Sunt arbeidsliv og høy sysselsetting _____                 | 12 |
| Helsebringende atferd i alle sosiale grupper _____         | 14 |
| Helsetjenester som reduserer sosiale helseforskjeller ____ | 16 |
| Strukturelle tiltak og implementering _____                | 18 |
| Kunnskapsgrunnlag _____                                    | 20 |

# Innledning

Det er 10 år siden St.meld. nr. 20 (2006–07) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller ble publisert. Et godt dokument med tydelige intensjoner, men utfordringene er fortsatt tilstede og den sosiale ulikheten i helse består.

Den sittende regjering har videreført ambisjonene om å redusere sosiale helseforskjeller i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter: «Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller. Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen. Målet om å øke forventet levealder skal først og fremst nås ved å redusere tidlig død og ved å utjevne sosiale forskjeller i helse og levealder.»

Selv om resultatene har vært mangelfulle i strategiperioden, er bevisstheten om utfordringene nå mye tydeligere. Ambisjonene om å redusere sosiale forskjeller er godt beskrevet i strategier og planer på alle nivå, også i mange kommuner. Nå etterspørres konkrete råd om hvilke tiltak som kan bidra til å utjevne de sosiale helseforskjellene.

I 2014 kom rapporten «Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt» (Dahl m.fl.). Den gir en samlet oversikt over mye forskning på feltet, beskriver utfordringene og inneholder gode forslag til tiltak. Med utgangspunkt i denne kunnskapsoversikten, og annen litteratur ønsker **Fagrådet for sosial ulikhet i helse** å spisse budskapet ytterligere. I dette dokumentet presenteres de tiltak som etter vår mening bør prioriteres. Fagrådets håp er at gode intensjoner og planer nå forløses i handling.

**Helsedirektoratet** er sekretariat for og oppnevner medlemmene i fagrådet for sosial ulikhet i helse. Fagrådets mandat er å gi faglige råd om utbredelse, årsak og konsekvenser av sosial ulikhet i helse, samt strategier og tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse.

Helsedirektoratet vil takke fagrådet for arbeidet med anbefalingene. Anbefalingene er utformet etter fagrådets eget initiativ og regning.

# Tverrpolitisk enighet. Politisk handlekraft?

Det er tverrpolitisk enighet om å redusere sosial ulikhet i helse. Vi håper regjeringen viser politisk handlekraft. Målene regjeringen setter seg bør gjenspeiles i de politiske hovedgrepene.

Det er mange viktige områder innenfor folkehelsearbeidet. Hvilken politikk som skal føres, hvilke perspektiver, tiltak og virkemidler som skal benyttes for å redusere helseulikhet generelt, eller sosial ulikhet innenfor de prioriterte innsatsområdene spesielt, må komme tydelig fram og konkretiseres.

Det er viktig at søkelyset rettes mot *gradienten* og ikke bare mot *fattigdomsproblemet*, og erkjennelsen av at årsakene til helseforskjellene er tverrsektorielle. Behovet for tiltak og virkemidler i andre sektorer enn i helsesektoren må komme tydelig fram.

Gradientfenomenet har viktige konsekvenser for politikkutforming. For det første trenger vi brede befolkningsrettede strategier, og ikke bare tiltak spesifikt rettet mot høyrisikogrupper. Det vil gagne hele befolkningen. For det andre må tiltakene rettes mot alle ledd i årsakskjeden som fører til sosial ulikhet i helse. Det bør være et mye sterkere fokus på de underliggende strukturelle årsakene til sosiale helseforskjeller.

Dette betyr selvsagt ikke at en politikk for å utjevne helseforskjeller ikke skal inneholde elementer av målretting for enkeltgrupper. Det er svært viktig i en helhetlig strategi for å redusere helseulikheter, men det er de *universelle tiltakene* som har størst effekt på gradienten og dermed på folkehelsa i stort.

Det rådende faglige perspektivet som legges til grunn internasjonalt er at det er forhold ved og i samfunnet som skaper sosial ulikhet i helse, og som bestemmer gjennomsnittshelsen for ulike sosiale grupper i befolkningen. Ved å undertegne den såkalte Rio-deklarasjonen om helsens *sosiale determinanter* (sosiale bestemmelsesfaktorer) så har Norge sluttet seg til et slikt syn på folkehelse og folkehelsearbeid. Derfor bør regjeringen inkludere sosiale determinanter i folkehelsemeldingene.

Å forebygge sosial ulikhet i helse innebærer at vi må ha fokus på hele årsakskjeden – årsakene til årsakene – ikke bare risikofylt helseatferd som røyking eller sviktende mestringsevne.

Slike forskjeller skyldes først og fremst en strukturell forankret skjevfordeling av økonomiske og sosiale ressurser, utdanning og arbeid i befolkningen.

Vi håper regjeringen vil sette seg ambisiøse mål for å bedre folkehelsen og for å redusere de sosiale ulikhetene i helse. Hvis Norge skal nå målsetningene i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen, er det helt nødvendig å fokusere på de systematiske sosiale helseforskjellene i befolkningen, rette oppmerksomheten mot helsegradienten og de strukturelle sosiale bestemmelsesfaktorene for helse, og ikke bare helseatferd og mestring. Dermed kan regjeringens folkehelsepolitikk oppnå djerpe mål som vi har tro på at den vil sette seg.

# Mer rettferdig inntektsfordeling

## Inntektsulikhet og inntektsfattigdom er tett på kjernen i helseulikhetsproblemet

Inntektsnivået og fattigdom påvirker helse, og helse påvirker posisjon i inntektsfordelingen. Tiltakene må derfor rette seg mot begge prosesser og bidra til å svekke sammenhengen mellom inntekt/fattigdom og helse.

*Målet* er å redusere inntektsforskjeller som ligger til grunn for helseforskjeller.

### Anbefalte tiltak

- > Redusere økonomiske forskjeller i befolkningen ved å skjerpe progressiv beskatning
- > Allmenngjøring av tariffavtaler i alle bransjer for å sørge for levelig arbeidsinntekt for alle
- > Heve barnetrygden til realnivået i 1996 og skattlegge den
- > Økte satser for økonomisk og sosial trygghet
- > Evaluere «insentivpolitikk» for å unngå utilsiktede effekter som et økende antall fattige

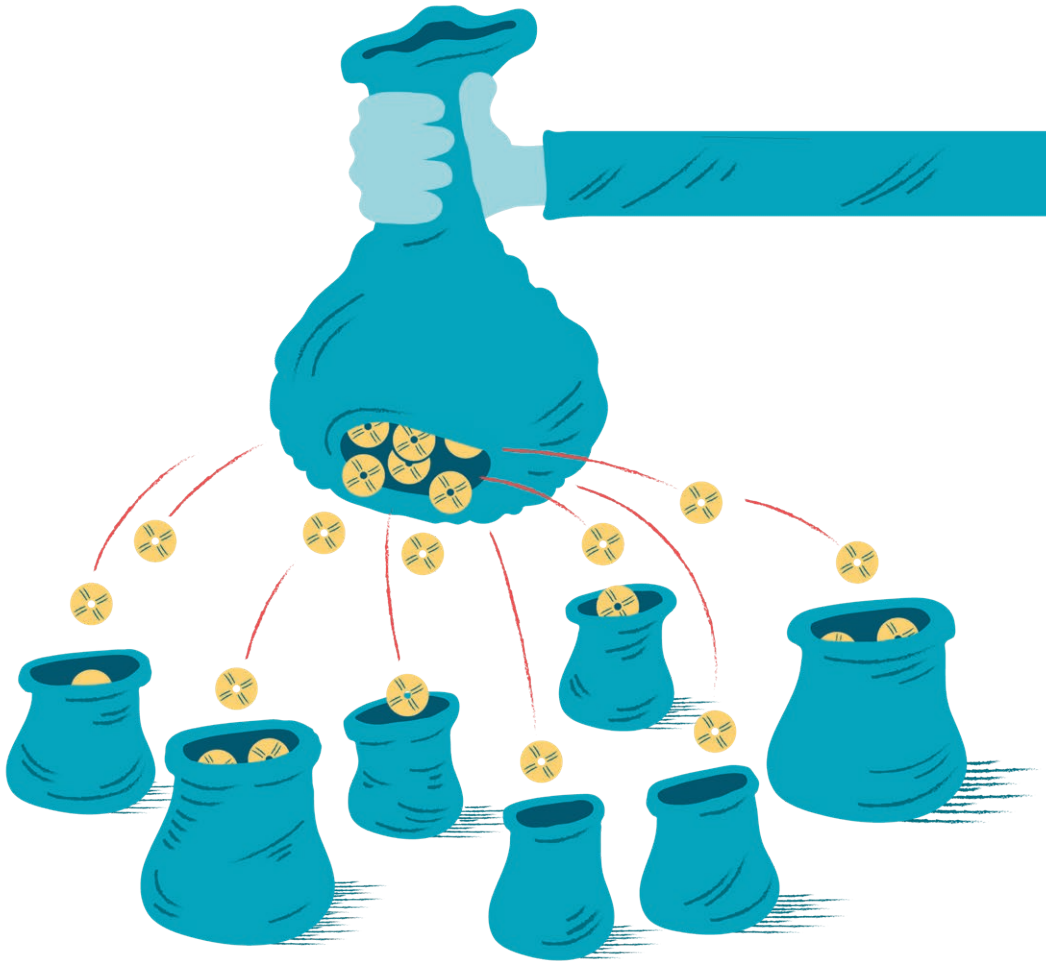
### Dette vet vi

Lønns- og inntektsforskjellene har økt i Norge. Ved å øke lavinntektene kan det forventes at inntektsrelaterte ulikheter i helse reduseres.

Det er i dag flere barnefamilier enn før som er inntektsfattige. Nedskjæring i, eller manglende oppjustering av flere av ytelsene til barnefamilier er en årsak til økt fattigdom i barnefamilier. Generelt vil

vi anbefale en oppjustering av økonomisk støtte til barnefamilier.

Sosial dumping er én mekanisme som presser ned lønningene blant mennesker med lite kvalifikasjoner og i konkurranseutsatte yrker og bransjer. Evalueringer viser at handlingsplanene mot sosial dumping har effekt.



Reduksjon av ytelsene for å gi folk i yrkesaktiv alder høyere insentiver til arbeid, jf. reduksjon av barnetillegget for uførepensjonister, kan ha alvorlige bivirkninger. En utilsiktet og uønsket konsekvens av slik politikk kan derfor være at de ikke kommer seg i arbeid, men fortsetter som stønadsmottakere, men med større knapphet på økonomis-

ke ressurser enn før. Ethvert tiltak eller reform av denne typen bør derfor evalueres grundig. Spørsmålet er: Hvor mange og hvem er ikke i stand til å respondere på eller nyttiggjøre seg styrkede økonomiske insentiver og forbli stønadsmottakere, men med enda større knapphet på økonomiske ressurser og dermed høyere risiko for svekket helse?

# En god barndom har betydning for hele livsløpet

## Gode livssjanser for alle

Ulike livssjanser og livsstil resulterer i sosiale helseforskjeller. Oppvekstbetingelser i fosterlivet, i spebarnstiden og i barndommen har betydning for den sosioøkonomiske statusen vi får som voksne og for vårt potensial for helse gjennom livsløpet.

*Målet* er å forebygge og redusere negative ytre påvirkninger i livets tidlige fase. Det vil gi et godt grunnlag, også for helsa gjennom hele oppveksten og senere i livet.

### Anbefalte tiltak

- > Økte bevilgninger til helsestasjonenes og barnehagenes arbeid med forebyggende og helsefremmende arbeid
- > Følge opp og implementere Helsedirektoratets bemanningsnorm for helsestasjoner og skolehelsetjenesten
- > Ansatte i tjenestene rundt barn og familier tilbys muligheter for økt faglig kompetanse om den rollen oppvekstforhold spiller for barns utvikling, om avdekking og kartlegging av vanskelige oppvekstforhold, og om familieveiledning av familier gjennom utdanningene og etterutdanningstilbud
- > Det bør tilrettelegges for tverrsektorielt integrerte tjenester som gjør det mulig å tilby et koordinert og helhetlig tilbud til familier med sammensatte behov.

## Dette vet vi

Oppvekstvilkårene påvirker barns helse på kort og lang sikt. Både de sosioøkonomiske forholdene barn lever under og foreldrenes helseatferd har betydning for barns helse og helsevaner senere i livet. Tiltakene over vil kunne adressere flere forhold.

Kvinner som har født har høyere risiko for å rammes av depresjoner. Barn som vokser opp med mødre med en langvarig eller tilbakevendende depresjon er utsatt for å utvikle følelsesmessige, atferdsmessige og sosiale vansker, i tillegg til at barnets kognitive utvikling kan påvirkes.





Røyking under svangerskapet og passiv røyking er helseskadelig for foster og barn. Andelen røykere synker i befolkningen, og kjennetegn på de som ikke slutter å røyke er at de har lav inntekt, kort utdanning, starter å røyke i ung alder, høyt forbruk av sigaretter og sterk nikotinavhengighet. De har ofte en helsemessig ugunstig livsstil på andre områder også, og dårlig psykisk helse.

Barn kan få alvorlige fysiske og psykiske skader hvis mor bruker rusmidler i svangerskapet.

Spedbarnets ernæring etter fødselen er viktig for ulike helseutfall både på kort og lang sikt. Morsmelk er godt for spedbarn

og sees som et fundament for helsen gjennom hele livsløpet. Sosial ulikhet i amming følger det samme mønsteret som for sosial ulikhet i helse for øvrig: At mødre med færre sosioøkonomiske ressurser ammer mindre enn mødre med flere sosioøkonomiske ressurser.

Familier med lavere sosioøkonomisk status opplever flere samtidige akutte og kroniske belastninger sammenliknet med familier med høyere sosioøkonomisk status. Foreldre kan trenge veiledning og råd om mange sider av foreldreskapet, og utsatte barn har i større grad enn andre barn behov for støttetiltak og oppfølging fra flere instanser.

# God skole og utdanning for alle

## Utdanning er en viktig kilde til kunnskap, arbeid, inntekt og sosial inkludering

Med økende utdanning reduseres risikoen for arbeidsledighet og utstøting på arbeidsmarkedet, inntektsnivået øker, organisasjonsdeltagelse og politisk deltakelse øker og den gjennomsnittlige helsa forbedres.

*Målet* er å sørge for en god skolegang og at flest mulig gjennomfører videregående opplæring. Det vil virke positivt inn på levekår og forebygge helseproblemer senere i livet.

### Anbefalte tiltak

- > Full barnehagedekning, tilbud om gratis kjernetid og styrke aktiv rekruttering til barnehagene
- > Forsterke læring av sosial kompetanse gjennom hele utdanningsløpet
- > Forbedre veiledning til elever om utdanningsvalg
- > Innføre mer fleksible læreplaner med større innslag av praksis
- > Bedre mulighetene for voksenopplæring for folk med begrenset grunnutdanning

## Dette vet vi

Investeringer i barne- og ungdomsårene er mer effektive enn investeringer senere i livet. Barnehagen legger et viktig grunnlag for suksess senere i utdanningsløpet, og bidrar til å *øke sosial mobilitet*. De fleste barn i Norge går i barnehage, men nyere studier finner likevel gevinster ved å øke tilgjengeligheten av barnehageplasser. Barn med innvandrerbakgrunn er fremdeles underrepresentert i barne-

hagene. Gratis kjernetid i barnehagen i kombinasjon med aktiv rekruttering, stimulering og informasjon om barnehagene på helsestasjonens bidrar til økt deltakelse. Barn av innvandrere ser ut til å gjøre det bedre på skolen når de har tilgang til barnehage.

Hvordan man lykkes i utdannings-systemet har betydning for den enkeltes



sjanser i arbeidslivet, og lav utdanning har sammenheng med dårlig helse. Å sørge for en god skolegang og at flest mulig gjennomfører videregående opplæring virker derfor inn på levekår og forebygger helseproblemer senere i livet.

Forskningslitteraturen på feltet er omfattende, og årsaksbildet er komplekst. Det er usikkerhet rundt hvor hovedinnsatsene bør legges for å oppnå best mulig resultat. Det finnes imidlertid flere systematiske kunnskapsoversikter som samlet gir et solid grunnlag for å vurdere ulike typer tiltak. Måten tiltakene gjennomføres på er viktig for effekten, i tillegg til selve innholdet i tiltaket. Myndigheter, skoleeiere og skoleledere bør uansett utvikle eller velge tiltak som forskning har vist har effekt og som det er mulig å gjennomføre på en vellykket måte gitt lokal kontekst, ressurser og kompetanse.

Tiltakene for økt oppmøte og adferd kan være program som styrker sosial kompetanse, eller en oppfølgingskoordinator som sikrer at alle involverte (elever i faresonen, foreldre, lærere, PPT, helse-tjenesten) jobber mot samme mål. Tiltak i form av veiledning kan være rådgivning eller fadderordninger. Tiltak i form av kurs for forberedelse til neste utdanningsnivå hjelper elevene til å se framover, og knytte det de lærer i dag til et framtidig yrke eller en framtidig utdanning.

Tiltak som har positive effekter er de som gjør skolens innhold mer attraktiv for flere, som for eksempel fleksible ordninger som gir elever mulighet til å gjennomføre videregående opplæring med individuelle læreplanmål, og med større innslag av praksis i utdanningsløpet.

# Sunt arbeidsliv og høy sysselsetting

## Mennesker i arbeid har bedre helse, men noen arbeidsplasser er helseskadelige

En forutsetning for at jobben ikke er helseskadelig er at den representerer økonomisk trygghet og et godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø. Det å ha arbeid gir bedre kontroll over eget liv.

*Målet* er å sørge for et helsebringende arbeidsliv, høy sysselsetting og redusere helsemessige årsaker til at noen faller ut av arbeidsmarkedet, og å sørge for tilstrekkelig sosial og økonomisk trygghet blant dem som står utenfor arbeidsmarkedet.

### Anbefalte tiltak

- > Styrke innsatsen mot sosial dumping og svart økonomi
- > Styrke arbeidsmiljøloven og arbeidstilsynets kontroller
- > Styrke samarbeidet mellom NAV, arbeidsgivere og helsetjenesten om arbeidsinkludering
- > Økt bruk av gradert sykemelding og tettere oppfølging av sykmeldte

## Dette vet vi

Få arbeidsmiljøfaktorer viser en så klar gradient som de fysiske, for eksempel utsatthet for støy, kulde og vibrasjoner. Dette skaper yrkesmessige forskjeller i helse. Selvbestemmelse i arbeidet er en arbeidsmiljøfaktor med en sterk sosial gradient som det også er godt dokumentert at har effekt på helse. Arbeidsulykker rammer ofte unge og personer med innvandrerbakgrunn, og først og fremst personer med lav sosial posisjon, og kan

ha fatalt utfall eller skade en person for livet. Det anbefales å sette enda mer fokus på dette og vurdere og evaluere nye forebyggingsstrategier.

Det er forskningsmessig grunnlag for å anbefale arbeidsrettede tiltak i ordinært arbeidsliv og bruk av gradert sykemelding. Studier indikerer at slike tiltak har en gunstig effekt på helsen, og det er temmelig robust kunnskap om at arbeid



med oppfølging gir større sjanse for overgang til ordinært arbeid enn alternativene, også blant mennesker med tynge psykiatriske diagnoser.

Fordi gruppen utenfor arbeidsmarkedet er preget av sammensatte problemer er det viktig at de møtes med tiltak som er koordinert på tvers av sektorer, som NAV, helsevesenet og utdanningssektoren. Videre er samarbeid mellom arbeidsgivere, leger og pasienten med henblikk på tilbakeføring til arbeid og tilrette-

legging av arbeidsoppgaver når det gjelder personer med muskel- og skjelettlidelser hensiktsmessig.

Det er ikke mulig å inkludere alle i ordinært arbeidsliv. Mennesker som blir stående utenfor arbeidslivet har behov for økonomisk og sosial trygghet og må sikres økonomiske stønader som er til å leve av og tilbys sosiale arenaer med meningsfulle aktiviteter for å motvirke sosial isolasjon og fallende selvfølelse og mestring.

# Helsebringende atferd i alle sosiale grupper

## Dårlige helsevaner er hyppigere i grupper med lav sosial status

Forskjeller i helseatferd har sin rot i unødvendige og urettferdige forskjeller i sosiale, økonomisk og miljømessige levekår. I dag er det ikke-smittsomme sykdommer som skaper mest uhelse i høyinntektsland som Norge, og risikofaktorene for disse sykdomsgruppene er i stor grad knyttet til ugunstig atferd slik som røyking, usunt kosthold, fysisk inaktivitet, bruk av alkohol og andre rusmidler.

*Målet* vil være å redusere de sosiale ulikhetene i helseatferd, og da særlig forskjellene i røyking, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig alkoholbruk.

### Anbefalte tiltak

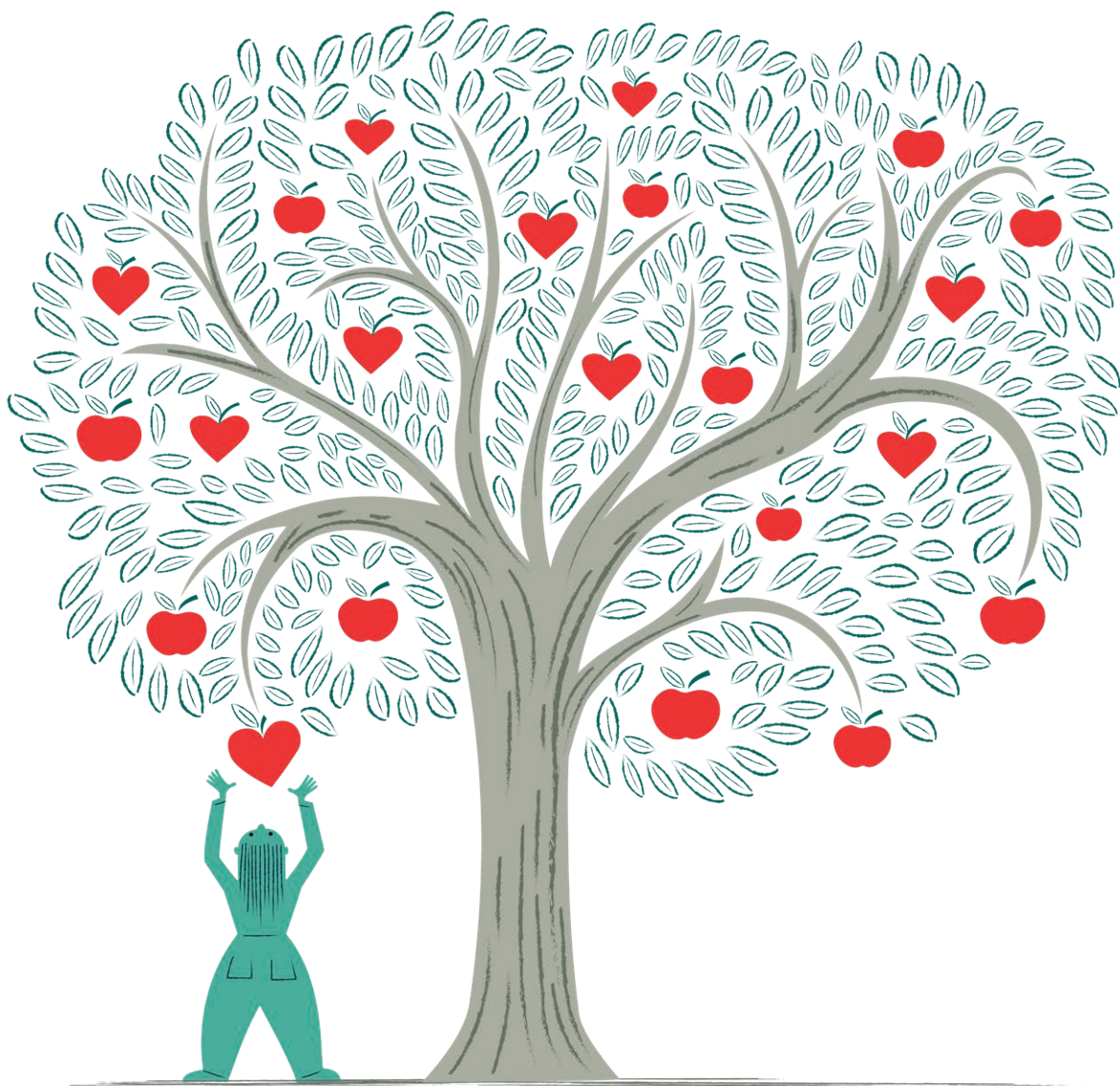
- Forsterkning av tobakks- og alkoholpolitikken med tiltak innen pris og tilgjengelighet
- Forsterkning av tiltak som bidrar til røykeslutt
- Gratis sunt måltid til alle barn i alle skoler i hele landet hver dag
- Sunn skatteveksling for frukt og grønt versus sukker, salt og fett

## Dette vet vi

Internasjonale sammenliknende studier fra en rekke europeiske land viser at de sosioøkonomiske forskjellene i helseatferd i Norge er blant de største i Europa. Forskjellene i helseatferd forårsaket av unødvendige og urettferdige forskjeller i sosiale, økonomisk og miljømessige levekår, spiller en stor rolle for helseforskjellene; for levealder forklarer helseatferd mesteparten av

hvorfor de med universitetsutdanning lever lenger enn de med grunnskoleutdanning. Røyking er den enkeltfaktoren som forklarer mest – om lag halvparten av levealder-forskjellene kan tilskrives røykevaner.

Når det gjelder tiltak med tanke på å få til endringer i individuelle helsevaner i befolkningen, er det viktig å forstå



bakgrunnen for forskjellene og basere tiltakene på denne kunnskapen. Hvis ikke vil tiltakene fort kunne bli ineffektive. Forskning peker på at sosial bakgrunn og strukturelle forhold har stor betydning for

sosiale forskjeller i helseatferd, og at tiltak rettet mot individer vil være stigmatiserende, kostbare og ha utilstrekkelig effekt.

# Helsetjenester som reduserer sosiale helseforskjeller

## Helsetjenestene kan redusere sosiale ulikheter i helse ved å prioritere dem som trenger det mest

Tilgang til helse- og omsorgstjenester er et viktig velferdsgode for alle. Tykkelsen på lommeboka eller utdanningsnivå skal ikke avgjøre om man får de tjenestene man har behov for. Til tross for at folk flest rapporterer at de får tilstrekkelig hjelp, er det viktig å sikre at marginaliserte grupper ikke faller utenfor helsevesenet.

En evaluering av tidligere politikk for å redusere helseforskjeller i Norge viser at helsesektoren ligger etter de andre samfunnssektorene i å gjennomføre tiltak som kan redusere forskjellene (Giæver, 2013). Vi mener det er på høy tid at helsevesenet tar en mer aktiv rolle i helseulikhetspolitikken, ved å iverksette konkrete tiltak for å gjøre tilbudet mer likeverdig for alle.

*Målet* er at alle skal få lik tilgang til og like god nytte av helsetjenestene.

### Anbefalte tiltak

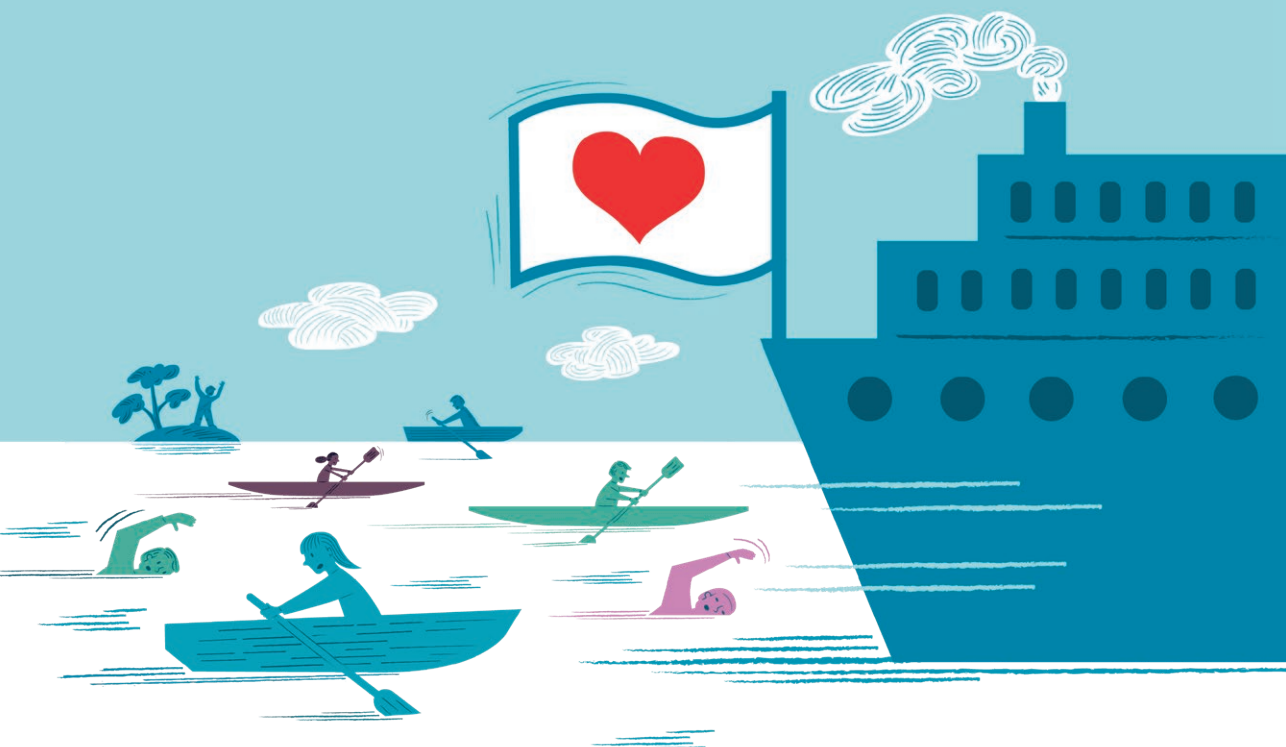
- > Økt offentlig finansiering/subsidiering av tannhelsetjeneste for voksne, samt tiltak for at tannhelsetjenester for voksne blir innlemmet i det offentlige helsevesenet
- > Begrense favoriseringen av private helseforsikringer ved at slike forsikringer ikke lengre skal være fradragsberettiget for bedrifter
- > Gratis helsetjenester fram til 18 år og frysing av nivået for egenbetaling i helsetjenestene
- > Forbedre statistikken om sosial fordeling av helsetjenester og tilgjengelighet

### Dette vet vi

Det finnes store sosiale forskjeller i helse på mange områder, men vi trenger mer kunnskap når det gjelder forskjeller i tilgang på helsetjenester. Vi vet imidlertid

at det er sosial ulikhet i bruk av spesialisthelsetjenester og tannleger i Norge. En rapport fra Statistisk sentralbyrå (2017:16) viser en klar sosial gradient





i bruk av helsetjenester etter inntekt for grupper med mindre enn god helse. Forskjellene er særlig store for spesialisthelsetjenestetyper med høy egenbetaling. Dessuten er behandlingsresultatene i spesialisthelsetjenesten jevnt over noe bedre for høystatuspasienter enn for lavstatuspasienter.

Vi vet ikke sikkert hvorfor det er slik, men flere studier, både fra Norge og fra våre nordiske naboland, tyder på en sosial gradient i behandlingskvalitet.

Per i dag er den norske tannlegeordningen delt i en offentlig og en privat del, hvor alle over 20 år forventes å betale for tannlegetjenestene selv. Samtidig finnes det et udekket behov etter tannlegetjenester i befolkningsgrupper med

lav inntekt, hvor mange rapporterer at de ikke har råd til å gå til tannlegen. Et system hvor staten i økt grad subsidierer eller finansierer tannhelsetjenester også til den voksne befolkningen vil trolig kunne bidra til å redusere de sosiale ulikhetene i tannhelse.

Internasjonale komparative studier har vist at privatisering og bruk av egenandeler kan øke sosiale helseforskjeller. Ny forskning har vist at markedsføring og privatisering av helsetjenester, samt økte egenandeler øker de sosiale helseforskjellene. Tiltak burde derfor rettes inn mot å redusere bruken av egenandeler i helsevesenet der dette er mulig, samt å motarbeide privatisering og markedsføring av helsetjenestene mer generelt.

# Strukturelle tiltak og implementering

## Kunnskap om sosiale ulikheter i helse og føringer i folkehelsemeldingene fører i alt for liten grad til konkret handling.

Målet er at en høy grad av bevissthet om urettferdige og unødvendige helseforskjeller i samfunnet bidrar til en bedre folkehelsepolitikk på alle nivå.

### Anbefalte tiltak

- Alle relevante offentlige initiativ, tiltak og reformer må vurderes på grunnlag av konsekvenser for ulike sosiale grupper
- Alle kommuner må med økonomiske virkemidler gjøres i stand til systematisk innsats mot sosiale ulikheter
- Ansett folkehelsekoordinatorer i alle kommuner plassert i planavdelingen eller i rådmannens stab for å koordinere innsatsen mot sosiale ulikheter i helse

## Dette vet vi

### Fordelingskonsekvenser

Alle offentlige initiativ, tiltak og reformer bør vurderes for å finne ut om tiltaket eller strategien slår uheldig ut for noen grupper eller favorisere andre. Sosial likhet i helse bør gjennomtrengende alt som gjøres i myndighetenes daglige virke og reformvirksomhet i alle relevante sektorer. Dette gjelder i alle faser av reformprosesser: initiering, utredning, planlegging, implementering og evaluering. Evalueringer av relevant offentlig politikk, tiltak og intervensjoner bør skaffe til veie kunnskap om prosesser og effekter for ulike sosioøkonomiske grupper.

### Innsats på alle administrative nivåer

Kommunene har kontroll over en god del virkemidler når det gjelder å utjevne sosiale forskjeller. Det bevilges imidlertid lite penger over statsbudsjettet til folkehelsearbeidet i kommunene, med unntak av Program for folkehelsearbeid. Dette fører til at noen kommuner prioriterer dette høyt, mens andre gjør mindre. Utjevning av den sosiale gradienten vil imidlertid også kreve politiske virkemidler, som kommunene ikke rår over. Kommunene bør øke sin kompetanse om hva de selv kan gjøre for å redusere sosiale helseforskjeller.



### Folkehelselovens betydning

I 2012 fikk Norge sin folkehelselov, der en av hovedmålsettingene er å utjevne sosiale helseforskjeller. Loven pålegger kommunene å lage oversikter over helseutfordringer i sin kommune, oversiktene skal også inneholde vurderinger av hvordan politikk og tiltak påvirker ulike sosiale grupper. Disse temaene skal inkluderes i kommuneplanen og være grunnlaget for politikkutforming og tiltak. I perioden 2011–2017 har det vært en stor økning i antall kommuner som har laget oversikter og som bruker dem som grunnlag for planlegging og utforming av politikk og tiltak. Loven har dermed vært sentral når det gjelder å iverksette folkehelsearbeidet i kommunene.

### Tiltak i kommunene

Flere tiltak i kommunene har fungert som viktige verktøy for kommunenes prioritering av folkehelsearbeidet og innsatsen for å utjevne sosiale helseforskjeller. Dette gjelder særlig ansettelse av en folkehelsekoordinator i en høy stillingsandel. I 2014 hadde 85 prosent av kommunene ansatte en folkehelsekoordinator. Folkehelsekoordinatorens rolle er å være en brobygger mellom ulike etater og avdelinger og bidra til at folkehelse blir et tverrsektorielt ansvar. Etablering av tverrsektorielle arbeidsgrupper og utarbeidelse av kommunale helseoversikter har også bidratt til økt kommunalt fokus på sosial ulikhet.

# Kunnskapsgrunnlag

## Innledning

St. meld. Nr. 20 (2006-07) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter

Dahl Espen, Heidi Bergsli og Kjetil A. van der Wel. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akserhus, 2014.

## Mer rettferdig inntektsfordeling

Elstad JI, Dahl E. (2009). Er inntektsulikhet en selvstendig risikofaktor for dødelighet? I. Mæland JG, Elstad JI, Næss Ø, Westin S. (red.) Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt. Oslo: Gyldendal Akademisk: 196-212.

Mortensen LH, Rehnberg J, Dahl E, Diderichsen F, Elstad JI, Martikainen P, Rehkopf D, Tarkiainen L, Fritzell J. (2016) Shape of the association between income and mortality: a cohort study of Denmark, Finland, Norway and Sweden in 1995 and 2003. *BMJ Open* Dec 6 (12) e010974; DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010974

Skalická V, Ringdal K, Witvliet MI. Socioeconomic inequalities in mortality and repeated measurement of explanatory risk factors in a 25 years follow-up. *PLoS One*. 2015 Apr 8;10(4):e0124690. doi: 10.1371/journal.pone.0124690.

## En god barndom har betydning for hele livsløpet

Barker DJP (1998). Mothers, babies and disease in later life. Edinburgh: Churchill Livingstone.

EberhardGran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. (2002). Depression in postpartum and nonpostpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 106: 426–33.

Lund M, Lund KE, Kvaavik E. (2011). Hardcore smokers in Norway 1996-2009. *Nicotine and Tobacco Research*, 13, 1132-1139.

Haga SM, Ulleberg P, Slinning K, Kraft P, Steen TB, Staff A. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Arch Womens Ment Health* 2012;15(3):175-84.

Kristiansen A, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding and breastfeeding in Norway. *Public health Nutrition* 2012;13(12):2087-96.

## God skole og utdanning for alle

Bakke A, Elstad JI (2013). Kunnskapsløftet og sosioøkonomiske forskjeller i skoleresultater. Karseth B Møller J, Aasen P. (Red.), Reformtakter: Om fornyelse og stabilitet i grunnopplæringen. Kapittel 12. s. 211-227. Universitetsforlaget.

Drange N, Telle K. (2017): Preschool and School Performance of Children from Immigrant Families, *Empirical Economics*, 52(2), p. 825-867.

Drange N, Havnes T. (2017): Child care before age two and the development of language and numeracy: Evidence from a lottery. *Forthcoming in the Journal of Labor Economics*.

Elstad JI. (2008) Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn. Oslo: Helsedirektoratet.

Haugsbakken H, Buland T. (2009). Leksehjelp - sluttrapport fra evaluering av Prosjekt leksehjelp. Trondheim: SINTEF

Havnes T, Mogstad M. (2011a): No Child Left Behind: Universal Child Care and Long-Run Outcomes. *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(2): 97-129.

Lillejord S, Halvorsrud K, Ruud E, et al. (2015). Frafall i videregående opplæring. En systematisk kunnskapsoversikt. Oslo: Kunnskapssenter for utdanning.

Olweus D. (2011). Bullying at school and later criminality: Findings from three Swedish community samples of males. *Criminal Behaviour and Mental Health*.

### **Sunt arbeidsliv og høy sysselsetting**

Nøkleby H, Blaasvær N, Berg RC. (2017) Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt. Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Mehlum IS. (2013). Betydningen av arbeidsmiljø for sosiale ulikheter i helse. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. Elektronisk publisering, [www.hioa.no/helseulikhet](http://www.hioa.no/helseulikhet).

Ose SO, m.fl. (2009). Evaluering av IA-avtalen (2001-2009). SINTEF rapport. Trondheim: SINTEF.

Ose SO, Kaspersen SL, Reve SH, Mandal R, Jensberg H, Lippestad J. (2012) Sykefravær - gradering og tilrettelegging. Trondheim: SINTEF.

### **God helseatferd i alle sosiale grupper**

Bordieau P. (1995) Distinksjonen: en sosiologisk kritikk av dømmekraften. Oslo, Pax.

Cockerham WC. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J Health Soc Behav*. 2005 Mar;46(1):51-67. PubMed PMID: 15869120..

Eikemo TA, Hoffmann R, Kulik MC, et al. How can inequalities in mortality be reduced? A quantitative analysis of 6 risk factors in 21 European populations. *PLoS One* 2014; 9: e110952

GDB 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390:1345-1422. [www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)32366-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)32366-8.pdf)

Global status report on noncommunicable diseases 2010 (2011). World Health Organization, Geneva

Mackenbach JP. Nordic paradox, Southern miracle, Eastern disaster: persistence of inequalities in mortality in Europe. *Eur J Public Health*. 2017 Oct 1;27(suppl\_4):14-17. doi: 10.1093/eurpub/ckx160. PubMed PMID: 29028239.

Mytton OT, Clarke D, Rayner M (2012) Taxing unhealthy food and drinks to improve health. *BMJ* 344:e2931:

Rose G. (1992) The strategy of preventive medicine. London.

## Helsetjenester som reduserer sosiale helseforskjeller

Clare Bambra, Kayleigh Garthwaite, and David Hunter (2014). All things being equal: does it matter for equity how you organize and pay for health care? A review of the international evidence. *International Journal of Health Services Research*. Volume 44, Number 3, pages 457-477.

Elstad JI. Dental care coverage and income-related inequalities in foregone dental care in Europe during the great recession. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2017. doi: 10.1111/cdoe.12288

Elstad JI. (2018). Educational inequalities in hospital care for mortally ill patients in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, in press.

Elstad JI (2016). Income inequality and foregone medical care in Europe during The Great Recession: multilevel analyses of EU-SILC surveys 2008-2013. *International Journal for Equity in Health*. Vol. 15. doi: 10.1186/s12939-016-0389-6.

Gelormino E, Bambra C, Spadea T. (2011). The Effects of Health Care Reforms on Health Inequalities: A Review and Analysis of the European Evidence Base. *International Journal of Health Services*. Vol 44, Issue 2, pages 209-230. doi: 10.2190/HS.41.2.b

Gievær Ø. (2013) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. I teori og praksis. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Statistisk sentralbyrå (2017/16) Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. En kartlegging. Oslo-Kongsvinger. Statistisk sentralbyrå.

## Strukturelle tiltak og implementering

Fosse, E. and Helgesen, M. K. How can local governments level the social gradient in health among families with children? The case of Norway. *International Journal of Child, Youth and Family Studies* 2015, 6, 2: 328-346.

Hagen, S. Helgesen, M.; Torp, S. and Fosse, E. Health in All Policies: A cross sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health* 2015, 43:6,597-605 DOI: 10.1177/1403494815585614

Hagen, S.; Torp, S., Helgesen, M.& Fosse, E. (2016). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promotion International Advance Access* 2016, 1-11 doi: 10.1093/heapro/daw052

Helgesen, M.K.; Fosse, E. and Hagen, S. Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2017; 45 (Suppl 18): 77-82





**HelseDirektoratet**

Postadresse: Pb 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgaten 2, 0130 Oslo

Telefon: 810 20 050

[postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[helseDirektoratet.no](http://helseDirektoratet.no)