

Hanne Bogen og Christine Friestad

Nasjonale helseplaner i et ulikhetsperspektiv

**Hvordan gjenspeiles kunnskap om
sosial ulikhet i helse i norske helseplaner?**

Hanne Bogen og Christine Friestad

Nasjonale helseplaner i et ulikhetsperspektiv

Hvordan gjenspeiles kunnskap om
sosial ulikhet i helse i norske helseplaner?

© Fafo 2005
ISSN 0804-5135

Innhold

Forord	4
1 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn.....	5
1.2 Oppdragets mandat.....	6
1.3 Avgrensning og fremgangsmåte.....	6
2 Sosioøkonomiske helseforskjeller – noen sentrale temaer	8
2.1 Forskning om sosioøkonomiske helseforskjeller	8
2.2 Typer av tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse.....	9
2.3 Dimensjoner i tiltaksutforming	11
2.4 Oppsummering.....	13
3 Praktisk ivaretagelse av et ulikhetsperspektiv – tre handlingsplaner.....	15
3.1 ...Sammen om psykisk helse... Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse.....	16
3.2 Sammen for fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009	20
3.3 Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004–2008.....	24
3.4 Sjekkliste for ivaretagelse av et ulikhetsperspektiv	28
Referanser.....	30

Forord

Til tross for at nordmenns helse blir stadig bedre, viser nyere forskning at det fortsatt finnes markerte sosiale forskjeller i helse og at disse forskjellene tildels har økt. Forskjellene dreier seg ikke bare om kløften mellom fattig og rik, men om klare helseforskjeller mellom alle trinn på en sosial rangorden inndelt etter utdanning, yrke og inntekt. Jo dårligere man skårer på en slik sosioøkonomisk indeks, desto dårligere helse har man. Helseforskjellene i befolkningen synes altså å følge en såkalt sosial gradient.

Foreliggende notat er utarbeidet på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet og tar for seg tre nylig utarbeidede helseplaner, henholdsvis ...Sammen for psykisk helse... Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004-2008 og Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009, og vurderer i hvilken grad mulige sosiale forskjeller i helse gis oppmerksomhet i de tre planene. Notatet lanserer også et analyseverktøy for bedre å kunne ivareta perspektivet «sosiale forskjeller i helse» i fremtidige helseplaner.

Vi takker for godt samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, v/Øivind Giæver og Tone Poulsson Torgersen.

Fafo/Oslo mai 2005-05-12

Christine Friestad
Prosjektleder

Hanne Bogen
Prosjektmedarbeider

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I en artikkel i Norsk Epidemiologi fra 2002 gjennomgår Espen Dahl et omfattende sett med offentlige dokumenter for å belyse spørsmålet om hvilken plass sosial ulikhet i helse hadde i den norske helsepolitikken på 1990-tallet (Dahl 2002). Hans konklusjon er at denne utfordringen er viet liten politisk oppmerksomhet og at Norge i europeisk sammenheng ligger tilbake for andre land både med hensyn til politikk og forskning på dette området. Problemet, ifølge Dahl, er ikke først og fremst at sosial ulikhet i helse ikke nevnes i relevante dokumenter, men at det gjøres på en måte som ikke tar hensyn til problemets art og omfang, og heller ikke medfører konkrete forslag til tiltak. Når Dahl reiser kritikk mot det politiske miljøets problemforståelse med hensyn til sosiale helseforskjeller, dreier det seg særlig om tendensen til å se problemet som avgrenset til bestemte vanskeligstilte, marginaliserte og/eller utsatte grupper og enkeltpersoner. Ved å lokalisere den sosiale helseulikheten til bestemte grupper i befolkningen, ser man helt bort fra det forskningsmessig godt dokumenterte faktum at de sosiale helseforskjellene eksisterer på alle trinn av den sosiale rangordenen, og best kan beskrives som en sosial gradient som medfører en annen type utfordringer for sosial- og helsepolitikken (s. 73). Etter hans gjennomgang er det imidlertid publisert en ny folkehelsemelding (Helsedepartementet 2003). Meldingen har et eget kapittel viet sosiale ulikheter i helse, men også her ser vi en tendens til sammenblanding av sosiale helseforskjeller med marginaliseringsproblematikk. Som eksempel på det kan vi nevne at tiltak rettet mot bestemte (vanskeligstilte) grupper (innvandrergupper, fattige) presenteres som eksempler på tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller. Dette reflekterer nettopp den manglende forståelse for helseforskjellenes graderte natur, som Dahl kritiserte de tidligere dokumentene for. Meldingen understreker ellers behovet for langsiktighet og systematikk i arbeidet mot sosiale helseforskjeller, og understreker nødvendigheten av forskning og kompetanseheving på området.

Som en del av arbeidet med å følge opp Folkehelsemeldingen, har Sosial- og helsedirektoratet publisert en egen handlingsplan mot sosiale helseforskjeller, som nettopp har fått tittelen Gradientutfordringen (Sosial- og helsedirektoratet 2005), noe som kan tyde på at det i dag er tendenser til en annen problemforståelse på feltet. Ett av målene i handlingsplanene er å sikre at direktoratets egne virkemidler ivaretar hensynet til sosiale forskjeller i helse, samt å være en pådriver for å bringe ulikhetsperspektivet inn i prosesser med andre samfunnsaktører. Som et ledd i arbeidet med dette, har direktoratet nå tatt initiativ til en ekstern gjennomgang av tre konkrete handlingsplaner på helsepoli-

tikkområdet. Hensikten med denne gjennomgangen er å få innspill til hvilket potensial som ligger i hver enkelt plan generelt, og i de konkrete tiltakene som foreslås, når det gjelder å innarbeide et ulikhetsperspektiv på de aktuelle områdene.

1.2 Oppdragets mandat

Sosial- og helsedirektoratet har valgt ut følgende plandokumenter som utgangspunkt for dette oppdraget: ...Sammen om psykisk helse... Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004–2008, og Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009: Sammen for fysisk aktivitet.

I henhold til direktoratets bestilling (jfr. brev av 23.11.2004) består Fafos oppdrag i å gjennomgå de tre handlingsplanene med henblikk på

- a) en vurdering av hvorvidt og i hvilken grad hvert av dokumentene i sin generelle innretning tar hensyn til sosiale ulikheter i helse,
- b) en vurdering av de enkelte tiltakene som inngår i handlingsplanene i forhold til mulige virkninger for den sosiale fordelingen av helse.

På bakgrunn av denne gjennomgangen skal det utarbeides en liste over noen aktuelle vurderingskriterier som kan brukes i direktoratets arbeid med fremtidige strategier for å ivareta hensynet til sosiale ulikheter i helse.

1.3 Avgrensning og fremgangsmåte

Sosiale helseforskjeller kan i utgangspunktet omfatte forskjeller i helse mellom sosiale posisjoner innenfor den samme sosiale struktur, slik Elstad (2000) definerer det. Det betyr at helseforskjeller knyttet til geografi, etnisitet, alder, sivilstand og sosial klasse alle er å betrakte som en form for *sosiale* helseforskjeller. Når vi i det følgende snakker om sosial ulikhet i helse og sosiale helseforskjeller, bruker vi imidlertid en snevrere definisjon, nemlig forekomsten av systematiske forskjeller i helsetilstand etter sosiale og økonomiske kategorier, først og fremst yrke, utdanning og inntekt (som til sammen betegnes som indikator på «sosioøkonomisk status»). Det betyr ikke at vi ser bort fra helseforskjeller som knytter seg for eksempel til etnisitet og geografi, men disse betraktes som interessante først og fremst i den grad de bidrar til å belyse sosioøkonomiske helseforskjeller. Det er to hovedgrunner til at vi har valgt denne definisjonen. For det første er det de sosioøkonomiske indikatorene som mest direkte beskriver den hierarkiske lagdelingen i samfunnet. Det er i den internasjonale forskningen på feltet økende aksept for at det er nettopp denne lagdelingen *i seg selv* som har negative helsekonsekvenser (Wilkinson 1996, Wilkinson 2002). For det andre er det en definisjon som er i overensstemmelse med begrepsbruken som er innført i Sosial- og helsedirektoratets egen handlingsplan, og med den nyeste kunnskapsoversikten over norsk forskning på

feltet (Sund og Krokstad 2005) – og hoveddelen av den internasjonale forskningen på feltet.

Når det gjelder hva som faller inn under begrepet «helse», er vår definisjon i høy grad bestemt av de handlingsplanene som er valgt ut til oppdraget. De tre handlingsplanene er knyttet til ulike helseindikatorer: Strategiplanen for barn og unges psykiske helse forholder seg i hovedsak til *sykelighet* (forekomsten av psykiske plager og problemer) som utfallsmål. Handlingsplanen for fysisk aktivitet forholder seg til *helseatferd* i form av fysisk aktivitet. Når det gjelder Handlingsplanen mot forebygging av uønskede svangerskap og abort, ser denne ut til å betrakte disse utfallene som risikofaktorer for dårlig seksuell og/eller reproduktiv helse, og kan derfor også sies å ta utgangspunkt i *indirekte helseindikatorer*.

Når vi skal vurdere i hvilken grad den enkelte planen ivaretar et ulikhetsperspektiv, gjør vi det ut fra den kunnskapen som foreligger per i dag om den sosioøkonomiske fordelingen av den/de *helseindikatorerne som planen selv har definert*. Det ligger med andre ord utenfor vårt mandat å vurdere hvorvidt det valgte helseområdet er det som har størst potensial til å påvirke den overordnede helseulikheten i samfunnet. Vi vil derfor for eksempel ikke vurdere hvorvidt fysisk aktivitet er det som i størst grad vil bidra til å redusere den sosiale ulikheten i forekomsten av fedme eller diabetes. Vår vurdering dreier seg om hvorvidt planen er basert på kunnskap om den sosiale fordelingen av fysisk aktivitet, og i hvilken grad denne kunnskapen er omsatt til praksis gjennom de tiltakene som foreslås. Vi bruker Sund og Krokstad (2005) som bakgrunn for å vurdere om dagens kunnskap om den sosioøkonomiske fordelingen på området er tatt hensyn til.

Oppdraget er gjennomført som en dokumentgjennomgang, først og fremst basert på gjennomlesing av de aktuelle plandokumentene. Andre skriftlige kilder som plandokumentene har sin opprinnelse i (først og fremst Folkehelsemeldingen), benyttes som bakgrunnsinformasjon. Det samme gjelder Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosial ulikhet i helse. Innhenting av annen type informasjon ligger utenfor vårt mandat.

2 Sosioøkonomiske helseforskjeller – noen sentrale temaer

Hensikten med dette kapittelet er å gi et kort innblikk i dagens status når det gjelder forskning om sosiale helseforskjeller, og angi noen dimensjoner som er viktige for å vurdere et tiltaks potensielle betydning når det gjelder å redusere slike forskjeller.

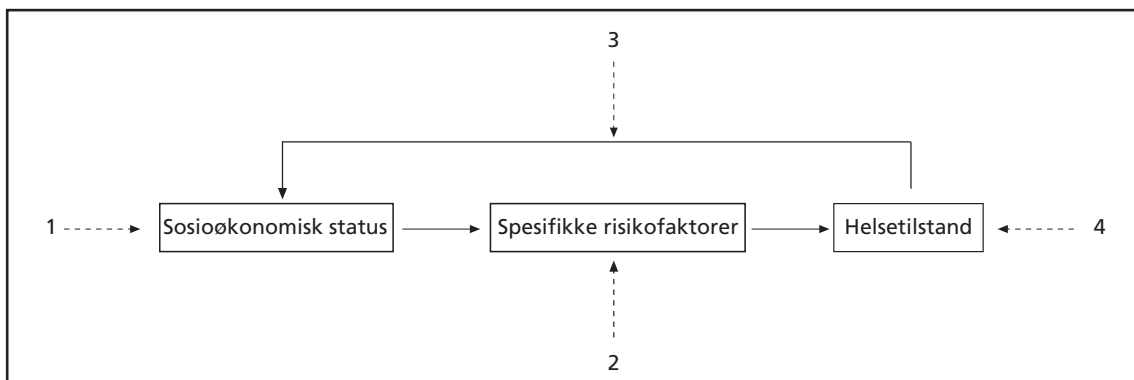
2.1 Forskning om sosioøkonomiske helseforskjeller

Internasjonalt har forskningen om sosial ulikhet i helse utviklet seg gjennom tre faser eller generasjoner (jfr. Adler og Ostrove 2000). *Den første fasen* (frem til 1980) besto av det vi kan kalle studier av absolutt deprivasjon, i dette tilfellet forskjeller i helse mellom høy- og lavstatusgrupper. Her dreide det seg i all hovedsak om å påvise forskjeller mellom fattig og rik. Dette var først og fremst en oppgave for medisinske, og særlig epidemiologiske undersøkelser, og sosiologiske studier. *Andre fase* (1980–95) besto av undersøkelser av relativ deprivasjon, det vil si mer fininddelte forskjeller mellom grupper som ligger nærmere hverandre på den sosiale rangstigen; den britiske Whitehall I-undersøkelsen viste at det ikke bare var forskjeller mellom personer i høyere sosiale lag og de på bunnen av samfunnet, men at forskjellene omfattet alle grupper på ulike sosiale trinn, og best kunne beskrives som en sosial gradient. *Den tredje fasen*, som forskningen på dette området beveget seg over i på begynnelsen av 1990-tallet og fremdeles er inne i, dreier seg om fokusering på forklaringsmekanismene som kan bidra til å forstå *hvorfor* det er sosiale forskjeller i helse. En rekke faktorer har vist seg å ha betydning som formidlingsmekanismer, blant disse er for eksempel tilgang til gode helsetjenester, psykososiale prosesser (som stress, mangel på personlig kontroll og mestringsopplevelse, depresjon), fysiske omgivelser (forurensning, overbefolkning), sosiale omgivelser (i form av nabolag, arbeids- og skolemiljø, sosial kapital, diskriminering), og den faktoren som kanskje har fått mest oppmerksomhet i Norge, helseatferd. Ingen av disse faktorene representerer i seg selv en forklaring på sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse, men utgjør elementer i en lang årsaksrekke som omfatter biologiske, psykologiske, sosiale, strukturelle og materielle forhold, hvis relative betydning varierer mellom ulike kulturer og til dels innenfor samme sosiale kontekst. Vi skal ikke gå inn på en nærmere presentasjon av de enkelte forklaringsmodellene og forskjeller mellom dem, men oppsummerer med å si at dagens kunnskapsstatus med hensyn til forklaringsmodeller for sammenhengen mellom sosial ulikhet og helse tilsier at to forhold er helt sentrale. Det ene er tids- eller aldersdimensjonen, det vil si i hvilken grad forståelsen av sosial ulikhet i helse tar hensyn til utviklingen gjennom livsløpet, og hvordan faktorer spiller ulikt inn

avhengig av hvilken aldersgruppe det er snakk om. Det andre er i hvilken grad forståelsen av sosial ulikhet i helse omfatter både mikro- og makrovariabler, og en forståelse av hvordan disse henger sammen. Sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse er en sammenheng på aggregert nivå, det vil si at variablene utgjør aggregater av enkelt-individer. Forklaringsfaktorer må søkes blant variabler som kan formidle effekter fra makro- til mikronivå, og tilbake igjen. Mikromediering er et viktig begrep i denne sammenhengen og betegner det forhold at kausale forbindelser på et «lavere» nivå utgjør den faktiske mekanismen bak et årsak-virkningsforhold mellom to fenomener på makronivå (Cook og Campbell 1979). Mikro-makro-relasjonen er den hvor individuelle preferanser blir kollektive valg (f.eks. sosiale normer), mens makro-mikro-relasjonen omhandler den prosessen som gjør at individuell atferd påvirkes av fenomener på samfunnsnivå (for eksempel innvirkningen av prispolitikk eller lovgivning på individets helseatferd) (Kraft 1998). I henhold til prinsippet om nærhet (proximity), påvirker makro-sosiale strukturer individet gjennom proksimale medierende faktorer (Baron og Kenny 1986, Carroll og Davey 1997). Det er i dette forklaringsrommet forskningen om sosiale ulikheter i helse, både i Norge og internasjonalt, befinner seg.

2.2 Typer av tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse

Det er en sentral målsetning i folkehelsepolitikken å redusere de sosiale helseforskjellene (jfr. Folkehelsemeldingen), og kunnskap om årsaksforholdene er en nødvendig forutsetning for å kunne iver sette tiltak. Det er imidlertid en fare for at jo mer kunnskap vi får om kompleksiteten i årsaksforholdene og jo mer detaljert de teoretiske modellene blir, desto vanskeligere kan det synes å utforme tiltak som kan tenkes å være effektive. Stronks (2002) har imidlertid laget en enkel figur som viser de viktigste elementene i forklaringene som ofte fremsettes om sosioøkonomiske helseforskjeller – og hvordan tiltak kan iverksettes på ulike steder i årsaksskjeden:



Modellen bygger på to hovedantakelser. For det første at sosioøkonomisk status påvirker helse, men at dette skjer indirekte gjennom bestemte risikofaktorer (risikofaktorene

kan være både individuelle, som for eksempel ulike former for helseatferd, og sosiale eller materielle, som for eksempel arbeidsmiljø eller fysiske omgivelser). For det andre at sammenhengen mellom sosioøkonomiske faktorer og helse delvis kan forklares ved at helse påvirker sosioøkonomisk status (dvs. dårlig helse kan bidra til å svekke ens sosioøkonomiske status, for eksempel gjennom helserelatert seleksjon ut fra arbeidsmarkedet). I henhold til denne modellen kan tiltak settes inn på fire steder. Det mest grunnleggende er å endre ulikheten i fordelingen av sosioøkonomiske faktorer som utdanning og inntekt (jfr. 1). Det andre er å rette tiltak mot fordelingen av risikofaktorer, for eksempel gjennom å få flere i lavere sosiale lag til å slutte å røyke eller bli mer fysisk aktive (jfr. 2). Den tredje muligheten er å gripe inn for å hindre at dårlig helse får negative sosioøkonomiske konsekvenser, for eksempel ved å lage ordninger som motvirker at sykdom fører til utstøtelse fra arbeidslivet (jfr. 3). Den siste muligheten er å sørge for mest mulig utjevning når sykdom først har inntruffet, for eksempel ved å tilby personer med lav sosioøkonomisk status ekstra helsetjenester (jfr. 4).

Tiltak for å motvirke eller redusere den sosiale ulikheten kan rettes inn mot ulike ledd i modellens årsaksrekke. Tiltakenes effekt vil være avhengig av at de er basert på a) kunnskap om den sosiale fordelingen av helse per i dag innenfor det aktuelle tiltaks-/politikkområdet, b) kunnskap om hva som er sannsynlige årsaker til den sosiale ulikheten på det aktuelle området, og c) begrunnede forestillinger om hvilke tiltak som med størst sannsynlighet vil påvirke årsaksfaktorene. Forskningen om hvordan årsaksfaktorene mest effektivt kan påvirkes med de virkemidlene som er til rådighet i tiltaksutforming, er i sin spede begynnelse i Norge. Som Dahl (2002) påpeker, har forskningen på feltet sosiale helseforskjeller vært lite utviklet i Norge, og gjennom hele 90-tallet preget av deskriptive undersøkelser (altså undersøkelser som representerer den andre fasen i ulikhetsforskningen). Vi må derfor se hen til internasjonal forskning for å finne innfallsvinkler til effektive tiltak (jfr. Mackenbach):

- helsekonsekvensutredninger – dvs. undersøkelser av hvordan tiltak på andre områder enn de som omfattes av helsepolitikken, kan ha betydning for sosiale forskjeller i helse
- sosiale tiltak – tiltak rettet mot å redusere fattigdom og arbeidsledighet, lette tilgangen til boligmarkedet, og bedre den sosiale situasjonen
- miljøtiltak – rettet både mot uheldige forhold i det fysiske miljøet, og mot psykososiale forhold som virker negativt inn på helsen
- livsstiltiltak – rettet mot å redusere de sosioøkonomiske forskjellene i helseatferd
- tiltak rettet mot barn og unge – tiltak som hindrer negativ innvirkning på barn og unges helse og som bidrar til å motvirke at de hemmes i sine muligheter
- tiltak innenfor helsetjenesten – rettet mot å sikre lik tilgang til helsetjenester
- samspill mellom ulike forvaltningsnivåer – nasjonale og lokale strategier må ses i sammenheng

2.3 Dimensjoner i tiltaksutforming

Innretningen på de skisserte tiltakstypene varierer langs flere dimensjoner som har vist seg å være av betydning for å motvirke sosiale helseforskjeller, og disse dimensjonene kan også være nyttige som utgangspunkt for å vurdere den generelle innretningen på de strategiene som inngår i dette oppdraget, og de enkelte tiltakenes mulige effekter på den sosiale fordelingen av helse.

a) Inngrep på flere nivåer

Forskning viser altså at helse er sosioøkonomisk ulikt fordelt i befolkningen og fordeler seg etter en gradient. Det er også rimelig å tro at de sosioøkonomiske forskjellene forklarer mye av årsakene til de registrerte helseforskjellene. Helserettede tiltak bør derfor så langt som mulig ivareta denne innsikten gjennom å forsøke å redusere de sosioøkonomiske forskjellene i befolkningen. Dette kan for eksempel skje gjennom sosialt utjevnenende tiltak innenfor lønns- og skattesystemene og i utdanningspolitikken. Samtidig er det viktig å minne om at kunnskapen om årsakene til sosiale forskjeller i helse foreløpig er mangelfull, både i Norge og internasjonalt; det samme er kunnskapsgrunnlaget om effektive tiltak for å redusere den sosiale ulikheten i helse.¹ Det er derfor ikke nødvendigvis slik at om man reduserer inntekts- og utdanningsforskjeller, vil forskjellene i helse automatisk forsvinne. Andre forhold, for eksempel kulturelle, kan også spille inn. Dessuten kan det ta lang tid å endre disse grunnleggende trekkene i samfunnet, mye lengre enn en handlingsplan normalt strekker seg. I tillegg til bare å konsentrere seg om det man kan oppfatte som de grunnleggende endringene, bør man altså gripe inn på flere nivåer, også dem som kan oppfattes som å ligge lenger fra problemets årsak. Det kan for eksempel dreie seg om å hindre at folk utsettes for en konkret helserisiko (som et mellomnivåtiltak) eller tiltak som bedrer utsatte gruppers tilgang til helsetjenester (som mer er et symptombehandlerende tiltak). Det er altså ikke alltid viktig å gjøre et valg mellom *hvor* på de ulike tiltaksnivåene i årsakskjeden man griper inn, men heller å sikre at man har en tiltaksstrategi som retter seg mot *alle* nivåene. Med referanse til Stronks' modell presentert tidligere, betyr det at tiltak i størst mulig grad bør omfatte alle de fire spesifiserte innslagspunktene.

b) Både universelle og spesifikke tiltak

Fordi fordelingen av helse har form av en sosial gradient, og ikke i første rekke dreier seg om en forskjell mellom fattig og rik, er ulikheten et problem som treffer brede befolkningslag i samfunnet og ikke bare er knyttet til såkalt utsatte grupper. For å få effektive tiltak bør man derfor utforme både mer generelle tiltak som treffer store grupper i befolkningen, og i tillegg spesialrettede tiltak mot spesielt utsatte grupper og grupper

¹ Sosial- og helsedirektoratet (2005): Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosial ulikhet i helse, s. 14 og s. 20. Det hevdes dessuten her at overføring av internasjonale erfaringer til norske forhold verken er opplagt eller enkel (s. 9).

som det ellers er vanskelig å nå med de mer brede tiltakene. Ifølge Dahl (2002) var manglende forståelse av helseulikhetens vesen – og dermed av behovet for å satse både på universelle og spesifikke tiltak – noe av det som kjennetegnet den norske helsepolitikken på dette området på 1990-tallet.

c) Mange tiltaksarenaer

Dersom det er viktig å nå mange, som vi over har argumentert for, blir det også viktig å finne de arenaene hvor flest mulig nås. Skoler er for eksempel en viktig arena for å nå barn, siden grunnskolen er obligatorisk for alle norske barn. Arbeidslivet kan være en viktig arena for å nå voksne (dem som jobber). Det kan imidlertid være lettere å iverksette bestemte tiltak (for eksempel økt fysisk aktivitet) innenfor den offentlig kontrollerte skolen enn det er innenfor det private arbeidslivet. Mens man for eksempel kan pålegge at skolen tilbyr en viss mengde fysisk aktivitet i form av gymtimer, er dette vanskeligere, om ikke umulig, å gjøre innenfor deler av særlig det private arbeidslivet. Tiltakene må derfor ta hensyn til særtrekk ved de ulike arenaene. Noen arenaer er lettere å ta i bruk enn andre. Hvilke arenaer som er mest hensiktsmessige, vil også variere avhengig av hvilke utfordringer man tar tak i.

d) Barrierer for å ta i bruk tiltak

Selv om tilsynelatende gode tiltak lanseres, kan det være grunner til at tiltakene likevel ikke tas i bruk. For å nå de delene av befolkningen man særlig ønsker å nå med et tiltak, er det viktig å vurdere om det finnes spesielle barrierer mot at tiltaket tas i bruk.. Slike barrierer kan være både av økonomisk, sosial, kulturell og fysisk art. Egenandel for et tiltak som man ønsker at befolkningen tar i bruk, kan for eksempel slå sosialt ulikt ut, ved at noen har råd til å ta i bruk tiltaket, mens andre ikke har det. Det kan derfor ofte være viktig å utvikle såkalte lavterskeltilbud, tilbud som ikke hindres av økonomiske eller andre forhold.

e) Brukerperspektiv

For at tiltak skal nå best mulig ut til de deler av befolkningen man særlig ønsker å nå, er det viktig at de utformes på en måte som ivaretar brukernes opplevde situasjon og behov. Mange helsetiltak og -planer retter seg mot forhold som det kan være strid om i befolkningen, eller som berører sensitive temaer (for eksempel seksualitet, psykiske problemer) som kan være vanskelige å ta opp i mange sammenhenger. Mye tyder på at tiltak som ivaretar et brukersperspektiv har større muligheter til å nå ut, enn om tiltakene utformes uten en slik nærmere kjennskap til de gruppene man ønsker å nå.

f) Strukturelle tiltak versus informasjon

Både strukturelle tiltak og informasjon er viktige tiltaksstrategier, det vil si det ene utelukker ikke det andre. Strukturelle tiltak kan innebære en tilrettelegging slik at folk fak-

tisk bruker et tiltak; obligatorisk skolegang kan her være ett eksempel. Men det kan også innebære å legge til rette for at det blir lettere for befolkningen å velge det aktuelle tilbudet. Ønsker man for eksempel at store deler av barnebefolkningen skal gå i barnehage, er det viktig å sikre at et barnehagetilbud finnes. Eller ønsker man at folk skal være mer fysisk aktive, er det trolig enklere for folk å velge en aktiv tilværelse dersom de fysiske omgivelsene er tilrettelagt for det. Informasjonstiltak kan på sin side bidra til å øke befolkningens bevissthet om det helsemyndighetene oppfatter er et problem eller en utfordring og kan vel også bidra til at folk følger myndighetenes oppfordring i forhold til denne utfordringen. Samtidig er det viktig å være klar over at informasjonstiltak ikke nødvendigvis når ut til alle grupper i befolkningen.

g) Brede tiltakspakker

Siden det er lite sannsynlig at enkelttiltak eller handlingsplaner rettet mot bestemte områder alene kan bidra til å redusere sosiale forskjeller i helse, kan det være nyttig å utvikle brede sett av tiltakspakker. Flere land og internasjonale organisasjoner har satset på å utvikle slike brede tiltakspakker rettet mot en rekke av de utfordringer som man mener kan forårsake sosiale ulikheter i helse, og med tiltak som ivaretar mange av de ovennevnte hensynene. Som et alternativ til slike bredere pakker kan det være nyttig å vurdere hvordan andre politikkområder bidrar til å støtte opp om, eventuelt motvirker, intensjonene i planene, for derved å gjøre de respektive myndigheter mer bevisste på hvordan ulike politikkområder bør spille sammen.

2.4 Oppsummering

Valgene som tas om hva slags tiltak som skal iverksettes, og hvordan de utformes, har konsekvenser for hvor stor innvirkning tiltaket vil ha når det gjelder å påvirke sosiale helseforskjeller. Generelt kan vi si at jo nærmere en endring av den sosioøkonomiske fordelingen et tiltak er, desto større vil sannsynligheten være for at tiltaket faktisk virker utjevne. Omvendt er det generelt slik at et tiltak rettet mot utfallsenden av skalaen, det vil si som for eksempel søker å tilrettelegge helsetjenesten for en gruppe med spesielle behov, vil være mindre virkningsfullt med hensyn til den overordnede ulikheten i helse. Hvilke tiltak som utformes er imidlertid ikke bare avhengig av den forskningsbaserte kunnskapen om hva som teoretisk sett er mest effektivt, men er i siste instans et spørsmål om hvilke tiltak det er politisk vilje til å satse på. Ut fra erkjennelsen om at sosiale forskjeller i helse ikke nødvendigvis har sammenheng med problemer som (bare) kan løses i helsesektoren, er det dessuten viktig å ha oppmerksomhet på andre politikkområder som kan bidra til at problemene reduseres, og sørge for at de ulike områdene trekker mest mulig i samme retning.

I det følgende tar vi med oss de dimensjonene som er presentert i dette kapittelet (punkt 2.3) i vurderingen av de tre utvalgte helseplanene. Planene vil vurderes med henblikk på deres generelle potensial for å ivareta et ulikhetsperspektiv på deres respektive

helseområder, og i hvilken grad enkelttiltakene som foreslås illustrerer en sammenheng mellom det overordnede perspektivet og konkret tiltaksutforming.

3 Praktisk ivaretagelse av et ulikhetsperspektiv – tre handlingsplaner

I dette kapittelet ser vi nærmere på tre nylig utarbeidede handlingsplaner innenfor Sosial- og helsedirektoratets ansvarsområde. Hensikten med gjennomgangen er å undersøke om de tre planene ivaretar målsettingen om at programmer, planer og tiltak innenfor direktoratets ansvarsområde ivaretar hensynet til sosiale forskjeller i helse. Bakgrunnen for denne målsettingen er Sosial- og helsedirektoratets fokusering på sosiale forskjeller i helse nedfelt i den nylig utkomne rapporten Gradientutfordringen.

De tre handlingsplanene det dreier seg om er:

- Sammen for fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005 – 2009
- Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort
- ...Sammen om psykisk helse...

Som innledning til den generelle vurderingen av handlingsplanene, presenterer vi kort innholdet i planen og hvem den retter seg mot. Dernest tar vi for oss den kunnskapen som finnes per i dag om den sosioøkonomiske fordelingen av helse på hver handlingsplans kjerneområde, henholdsvis fysisk aktivitet, uønsket svangerskap og psykisk helse (til dette bruker vi Sund og Krogstads (2005) gjennomgang av den norske forskningen om sosial ulikhet de siste 20 årene, og henter ut den informasjonen som gjelder de nevnte områdene). Deretter henter vi ut konkrete tiltak som planen presenterer som eksempler på de ulike dimensjonene i tiltaksutforming (jfr. kapittel 2) og hvordan disse illustrerer ivaretagelsen av et ulikhetsperspektiv. Mange av tiltakene som foreslås kan passe inn i flere av de tiltaksdimensjonene vi har skissert, og kan dermed ivareta flere hensyn. Planene presenterer dessuten mange tiltak, hvorav mange er ganske like hverandre, uten at det nødvendigvis er et problem i en tiltakssammenheng. I stedet for å klassifisere hvert av tiltakene ut fra dimensjonene i kapittel 2, vil vi heller trekke frem eksempler på tiltak som i større eller mindre grad ivaretar målsettingen om å redusere de sosiale forskjellene i helse. Vi er klar over at ikke alle de foreslåtte tiltakene nødvendigvis må ha dette perspektivet. Kommentarene vil mer dreie seg om hvordan de respektive planene totalt sett ivaretar dette perspektivet.

3.1 ...Sammen om psykisk helse... Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse

Kort beskrivelse av planen

Planen er utarbeidet i et samarbeid mellom en rekke departementer. Den er en del av opptrappingsplanen for psykisk helse og må ses i et slikt perspektiv, for eksempel med hensyn til ressurstilførsel og kapasitet innen planens utløp i 2006. Innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge skal det i løpet av planperioden

- tilføres 400 flere fagpersoner
- oppnås økt produktivitet i poliklinikkene
- opprettes 205 flere døgnplasser
- oppnås 5 prosent dekningsgrad mht. tjenestekapasitet (mot 2 prosent i 1997)

Planen har fem overordnede perspektiver:

- Mestrings- og ressursperspektivet
- Brukerperspektivet
- Helhetsperspektivet
- Et helsefremmende og forebyggende perspektiv
- Ta i bruk eksisterende kompetanse og kunnskap og bygge ny

Planen legger vekt på forebygging, tidlig intervensjon og behandling og økt bruk av polikliniske tilbud i stedet for institusjonsplassering. Planen påpeker også en dreining mot å vektlegge et mestrings- og normalperspektiv for å hindre unødig sykeliggjøring (s. 17). Det påpekes at grunnlaget for en god psykisk helse «innebærer å legge vekt på den enkeltes ressurser, evner og muligheter til å takle hverdagen, livet i alminnelighet og de utfordringer det byr på». Her pekes det på at «å delta i meningsfulle og utviklende aktiviteter i barnehage, skolen og fritiden bidrar til å styrke selvfølelse, mestringsevne og dermed også psykisk helse» (s. 18). Planen ønsker også å styrke brukerperspektivet ved at barns og unges synspunkter kommer bedre frem eller ved at personer i deres nære miljø og støtteapparat skal få en økt stemme. Det er også en målsetting at tjenestene skal samordnes bedre og at tjenesteapparatet skal få et kompetanseløft.

Planen retter seg mot:

- Alle barn og unge
- Barn, unge og familier i risikogruppen
- Barn og unge som allerede har psykiske problemer og sykdom

Det vil si den retter seg mot alle barn og unge, men spesielt mot barn, unge og familier i risikogruppen og dem som allerede har psykiske problemer.

Planen fokuserer også på tre områder:

- Barns og unges møte med samfunnet
- Barns og unges møte med tjenestene
- Kunnskap og kompetanse i tråd med barns og unges behov

Planen påpeker at norske barn og unge gjennomgående er friske og har god fysisk og psykisk helse, men også at psykososiale problemer er utbredt. Det kan dreie seg om ensomhet, mistrivsel, omsorgssvikt og mishandling, som kan slå ut i tristhet, atferdsproblemer, skoleproblemer, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, kriminalitet med mer. Det påpekes også at psykiske plager kan komme til uttrykk på andre måter enn hos voksne. De fleste barn vokser også av seg plagene dersom de er av mild eller moderat art. Som årsaker til psykiske plager hos barn nevnes sykdom (inklusive psykisk sykdom) hos foreldre, sosialt belastede familiesituasjoner, mobbing, utestegning og andre forhold som skaper en belastet oppvekst (s. 9).

Sosial ulikhet i psykisk helse

Sammenhengen mellom sykdomsforekomst og sosioøkonomisk status har i liten grad vært et tema i psykiatrisk epidemiologisk forskning i Norge (Rognerud, Strand og Dalgard 2002). Nyere undersøkelser både på nasjonalt (Helseundersøkelsen 1998) og lokalt plan (Oslo – jfr. Rognerud, Krüger og Stensvold 1998) viser imidlertid at det er en sammenheng mellom psykiske plager og lidelser og sosioøkonomiske variabler både blant menn og kvinner: antallet psykiske plager reduseres med økende sosioøkonomisk status. Sammenhengen ser også ut til å gjelde spesifikke diagnosegrupper som personlighetsforstyrrelser og depresjon (Torgersen, Cramer og Kringlen 2002) (Sanne, Mykletun, Dahl, Moen og Tell 2003).

Planen nevner ikke eksplisitt at det er forskjeller på psykisk helse blant barn og unge målt etter sosioøkonomiske indikatorer. Generelt retter planen seg mot alle unge og ivaretar dermed i en viss forstand gradientutfordringen, men den peker også ut noen grupper som mer utsatte enn andre. Planen peker spesielt på at barn som vokser opp i familier med vold, enten overfor dem selv eller overfor andre i familien, kan utvikle psykososiale problemer. Barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn har også større risiko for å falle ut av sosiale sammenhenger og har særlige utfordringer med hensyn til språk, skolegang og arbeid. Spesielt påpekes det at barn med flyktningbakgrunn kan ha problemer med å takle opplevelser de har hatt. Også samiske barn nevnes som en utsatt gruppe. Det er også klare indikasjoner på at enkelte grupper unge med funksjonsnedsettelser har større psykiske plager enn andre (s. 10). Blant forhold i omgivelsene som har vist seg å innebære risiko, nevnes fattigdom, etnisk minoritetsstatus og språkproblemer, langvarig familiestress, problemer i skolemiljøet og andre miljøfaktorer som dårlig bostandard, manglende sosial støtte og manglende forbruk eller underforbruk av service- og fritidstilbud (s. 19). Det pekes videre på at bosted og foreldrenes utdanning og økonomi legger føringer og begrensninger for barns deltakelse i fritidsaktiviteter, og at alle barn dermed ikke har de samme muligheter for å delta i aktiviteter på skolen og i

fritiden. Det sies derfor at økonomiske utlegg ved deltakelse i skole- og fritidsaktiviteter bør begrenses, slik at ingen holdes utenfor (s. 18).

Planen prøver dermed å indentifisere forhold i barns og unges miljø som kan utgjøre en risiko for psykiske helseproblemer, hvilket vi tror kan bidra til å øke forståelsen for hvor tiltak bør settes inn. Men generelt er planen knapp i sin presentasjon av sosiale forskjeller i psykisk helse blant barn og unge, trolig fordi kunnskapsgrunnlaget synes å være begrenset. Planen etterlyser generelt mer kunnskap om psykiske problemer blant barn og unge, men ikke eksplisitt i forhold til sosiale forskjeller i helse.

Tiltakene sett i relasjon til sosiale forskjeller i helse

Planen presenterer 100 tiltak som skal bidra til å styrke den psykiske helsen blant barn og unge. Svært mange av tiltakene dreier seg om kunnskapsinnhenting og informasjonstiltak, og veilednings- og kompetansehevingstiltak, først og fremst rettet mot helsetjenesteapparatet, men i en viss grad også rettet mot fagfolk innenfor andre arenaer (for eksempel skolene og fritidssektoren). Denne vekten på informasjon, veiledning og kompetanseheving gjenspeiler trolig at psykisk helse blant barn og unge er et problemfelt mange innenfor disse ulike arenaene ennå ikke føler seg helt fortrolige med, og at det derfor er behov for et vestentlig informasjons- og kompetanseløft. Det er også utviklet flere informasjonstiltak til foreldre og unge, for eksempel i form av brosjyrer rettet mot foreldre eller undervisningsmaterieell rettet mot skoleungdom. Enkelte av informasjonstiltakene forsøker dermed å nå bredt ut til store grupper i befolkningen (for eksempel i skolen), mens andre er rettet mot grupper som man av erfaring vet er blant risikogrupper, eller er barn og unge som er i en risikosituasjon når det gjelder å utvikle psykiske plager. Vi er usikre på hvor godt slik informasjon når frem til dem som bør få den, men informasjon er uansett viktig i alle ledd og bør gjerne foreligge i mange former.

Det finnes også flere foreldreveiledningsprogrammer som er tenkt forebyggende («skape møteplasser for foreldre der de kan ta opp foreldrenes egne spørsmål om barns utvikling og ta opp spørsmål om det å oppdra barn»). Vi vet ikke hvor godt slike tiltak treffer de foreldrene som har mest behov for veiledning. Mye kan vel tyde på at man gjennom slike tiltak mest treffer de foreldrene som er interessert i barneoppdragelse, men som ikke har så store problemer i sitt eget tilfelle. Det sies også at ett av disse tiltakene rettet mot foreldrene særlig har bidratt til en kompetanseoverføring til fagfolk (tiltak 10); det sies ikke noe om effekten når det gjelder foreldrene.

De aller fleste av disse tiltakene retter seg imidlertid mot helsetjenesteapparatet og forutsetter slik sett at dette apparatet er i stand til å fange opp personer med psykiske problemer eller disse personenes foresatte.

I planens generelle del ble det, som vi så, pekt på at muligheten for å delta i meningsfulle og utviklende aktiviteter i barnehage, skole og fritid er viktig for å styrke selvfølelse og mestringsevne og derved også psykisk helse. Dette er arenaer som bidrar til sosial integrasjon gjennom styrking av barns og unges nettverk.² Opptrening i språkmestring

² Forskning fra andre land viser at barnehager og andre førskoletilbud kan bidra til at barn bli mer sosialt integrerte og til for eksempel bedre språkforståelse (Institute of Education 2004). Førskoler kan også bidra til å forbedre barns psykiske helse (Statens folkehälsöinstitut 2001).

er også viktige sider ved disse arenaene. Dessuten har barn og unge muligheten for å treffe andre voksne og barn/unge som kan bidra til en god utvikling for dem.

Planen har ingen strukturelle tiltak som sikrer at alle faktisk *har* tilgang til barnehage og fritidsaktiviteter. Skolen er obligatorisk, slik at denne har alle tilgang til. Selv om barnehagedekningen mange steder er god, er den likevel ikke god nok til å sikre alle tilgang.

Egenandeler kan for noen virke som en barriere mot å benytte for eksempel barnehager (selv om de kan være graderte etter inntekt). Også mange fritidsaktiviteter krever egenandeler, for eksempel i form av medlemsavgifter og utgifter til utstyr. Mange mener at ungdomsklubber har en viktig forebyggende rolle, derfor kan det være uheldig når slike legges ned. I tillegg kan kontantstøtteordningen medvirke til at foreldre holder barn hjemme, som ellers ville ha godt av å gå i barnehage. Særlig i et forebyggende perspektiv ville det være viktig at arenaer som barnehage, fritidsaktiviteter og kanskje også skolefritidsordningene ble lett tilgjengelige for alle, og at barrierene for å bruke dem blir lavest mulig.

I tillegg til at slike arenaer kan virke forebyggende, er de også viktige for å fange opp problemer i familier og/eller hos barna, som så kan kanaliseres til hjelpeapparatet. Andre fordeler kan være at de er normale institusjoner (jf. normalitetsperspektivet) som det ikke er stigmatiserende å oppsøke.

Eksempler på mer strukturelle tiltak som planen foreslår, er iverksetting av prosjekter som skal sikre god kvalitet i barnehagene og bidra til at skolene vektlegger et trygt og helsefremmende sosialt og fysisk miljø. Økt bevissthet i skolen om mobbing og hva som kan gjøres for å redusere denne, er også eksempel på et tiltak som både virker forebyggende og som kan bidra til at problemer fanges opp på et tidlig tidspunkt. Slike viktige forebyggende tiltak treffer dessuten mange.

Tiltaket familievoldskoordinator hos politiet (tiltak 50), som skal bidra til å senke terskelen for å oppsøke politiet, kan isolert sett være godt, men forutsetter at folk faktisk oppsøker politiet. Det er det ikke sikkert folk i en vanskelig situasjon gjør. Utfordringen for en del av de skisserte tiltakene, slik de er beskrevet, er at de forutsetter at noen klarer å fange opp problemfamiliene og deres barn, og motiverer dem for de ulike tiltakene.

Flere av tiltakene er rettet mot barn og unge som trenger noen voksne å snakke med om sine problemer. Et eksempel er helsehjelp og informasjon på internett, som presenteres som et lavterskeltilbud (tiltak 7). Ungdom har generelt lavere terskel enn voksne for å bruke elektroniske tilbud, men det forutsetter at de har tilgang til slik teknologi i en sammenheng hvor det er naturlig/trygt å oppsøke denne typen hjelp og informasjon. Internettbruk i skoletiden til dette formål er trolig ikke det beste, siden det vil være mange andre elever og lærere til stede. Selv om slike tiltak altså kan karakteriseres som lavterskeltilbud, har de ingen verdi før barn og unge faktisk kan bruke dem. Det finnes en rekke hjelpetelefoner for barn og unge i regi av frivillige organisasjoner (tiltak 67); slike har trolig en enda lavere terskel enn internett, i og med at de fleste har tilgang til en eller annen type telefon. Her står det for øvrig i planen at det er behov for å vurdere nærmere hvordan disse dekker barns og unges behov.

Innenfor helsetjenesteapparatets ansvarsområde foreslår planen en ressurstilførsel i form av flere fagpersoner, økt produktivitet, opprettelse av flere døgnplasser og generelt en økt dekningsgrad når det gjelder tjenestetilbudet rettet mot målgruppen (se presenta-

sjonen av planens innhold). Vi har innenfor dette oppdragets rammer ikke hatt anledning til å vurdere om denne ressurstilførselen er tilstrekkelig, men regner med at den representerer et vesentlig løft sett i forhold til de ressursmangler som lenge har vært påpekt innenfor denne omsorgen.

Oppsummering

Tiltaksanbefalingene vi presenterte foran (jfr. kapittel 2) påpekte at for å motvirke sosiale forskjeller i helse, må tiltak settes inn på mange nivåer i årsakskjeden og på mange arenaer der de berørte befinner seg. Dette er også i tråd med gradientutfordringen, som innebærer at helseproblemene ikke bare er avgrenset til bestemte grupper, men gjør seg gjeldende på mange nivåer i samfunnet. Mange av de skisserte tiltakene tilfredsstiller i hovedsak de skisserte anbefalingene. Planen har en rekke tiltak som forsøker å nå bredt ut til befolkningen, både ut fra et forebyggende og «reparerende» perspektiv. Hovedvekten legges imidlertid på typer av informasjons-, veilednings- og kompetansehevings-tiltak, først og fremst rettet mot helsetjenesteapparatet, men i en viss grad også mot skole- og fritidssektoren. Planen kunne i tillegg legge mer vekt på strukturelle tiltak som sikrer alle barn og unge lett tilgang til arenaer som styrker deres sosiale nettverk, slik som barnehager og ungdomsklubber. Dette er også arenaer der problemer kan fanges opp for så eventuelt å bli kanalisert videre til hjelpeapparatet, dersom det anses nødvendig. Selv om planen i sin generelle tilnærming påpeker viktigheten av slike arenaer, foreslår den få tiltak som bidrar til å øke tilgjengeligheten til dem.

3.2 Sammen for fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009

Kort beskrivelse av planen

Planen er utarbeidet i et samarbeid mellom en rekke departementer. Den tar utgangspunkt i at det er vist en klar sammenheng mellom (manglende) fysisk aktivitet og helse og trivsel. Det pekes på at det er en rekke helseproblemer forbundet med manglende fysisk aktivitet (s. 10), og også en helserisiko med hensyn til mange sykdommer, samtidig som fysisk aktivitet virker forebyggende i forhold til de samme sykdommene. Det vises til forskning som viser at det fysiske aktivitetsnivået i befolkningen generelt er lavt, ikke fordi vi trener mindre, men fordi hverdags- og særlig arbeidslivet krever mindre fysisk aktivitet enn tidligere. Det er derfor viktig å legge til rette for økt aktivitet (s. 12), med en visjon om bedret folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet i befolkningen (s. 20). Det påpekes at fysisk aktivitet er viktig også i en utvidet helsesammenheng, fordi det bidrar til glede, livsutfoldelse, mestingsopplevelse, påvirker humøret, gir energi, reduserer stress, bedrer forholdet til egen kropp, fremmer sosialt samvær og i tillegg har positiv effekt på lese- og skrivekunnskaper.

Planen retter seg mot hele befolkningen, og spesielt mot barn og ungdom som er for lite fysisk aktive. Det vises til at alle kan oppnå en positiv helsegevinst med relativt liten aktivitetsøkning. Planen setter i tråd med dette opp to overordnede og målbare målsettinger:

- Hovedmål 1: Øke andelen barn og ungdom som er moderat fysisk aktive i minst 60 minutter hver dag.
- Hovedmål 2: Øke andelen voksne og eldre som er moderat fysisk aktive i minst 30 minutter hver dag.

Følgende innsatsområder med tilhørende delmål utpekes som spesielt viktige for å oppnå målettingene:

- Aktiv fritid, med delmål om at flere må være i fysisk aktivitet på fritiden
- Aktiv hverdag, med delmål om muligheter for fysisk aktivitet i barnehage, skole og på arbeidsplass
- Aktivt nærmiljø, med delmål om etablering av fysiske omgivelser som fremmer en aktiv livsstil
- Aktiv etter evne, med delmål om at sosial- og helsetjenesten må ha økt oppmerksomhet om fysisk aktivitet
- Sammen for fysisk aktivitet, med delmål om en sektorovergripende og samordnet innsats for å fremme fysisk aktivitet
- Et bedre kunnskapsgrunnlag, med delmål om å styrke kunnskapsgrunnlaget og bedre kompetansen om fysisk aktivitet og helse
- Kommunikasjon, med delmål om en folkeopplysning som fokuserer på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse og som motiverer til en aktiv livsstil

Det legges altså opp til at man på en bred front skal stimulere til økt fysisk aktivitet. På hvert av disse innsatsområdene settes det i verk en rekke tiltak.

På det overordnede nivå peker planen på at det er gjennom lystbetonte aktiviteter at fysisk aktivitet kan etableres som en naturlig del av folks fritid. Økt fysisk aktivitet kan i begrenset grad påtvinges. Denne tenkningen preger planen og de tiltakene den lanserer.

Sosial ulikhet i fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet varierer med sosioøkonomisk status: desto høyere status, jo høyere er andelen som er fysisk aktive, og jo mer aktive er de (Vaage 2004). Dette er sammenhenger som har vært kjent lenge og som er påvist i flere undersøkelser (se bl.a. doktoravhandlingene til Aarø 1986 og Wold 1989). Handlingsplanen viser i sin generelle del til at det er forskjeller i befolkningen med hensyn til fysisk aktivitet og at dette kan gi konsekvenser for folks helse. Den peker på at (dårlig) helse ikke er likt fordelt i befolkningen, at dette dels skyldes folks egne valg, men også «utviklingstrekk, fysiske omgivelser og politiske valg utenfor enkeltindividets rekkevidde» (s. 6). Det sies videre at samfunnet

bør og kan påvirke de individuelle valgene gjennom å informere, tilføre kunnskap og holdninger, men at det også bør gjøres strukturelle endringer som gjør det lettere og mer attraktivt å ta de sunne valgene, samtidig som de helseskadelige valgene gjøres mindre tilgjengelige. Det pekes på at personer med høy utdanning trener oftere enn personer med lav utdanning, og at barn som har foreldre med høy utdanning, trener oftere enn barn som har foreldre med lav utdanning. Tilsvarende at ungdom fra familier med god råd er mer fysisk aktive enn ungdom fra familier med dårlig råd.

Planen viser videre til at ungdom synes å være mindre aktive enn barn, og jenter er mindre aktive enn gutter.³ Videre pekes det på at menn er noe mer aktive enn kvinner, og eldre mindre aktive enn yngre. Det vises også til at særlig innvandrerjenter fra ikke-vestlige land er mindre aktive enn majoritetsbefolkningen, og selv om dette er lite undersøkt, tyder mye på at ikke-vestlige innvandre i gjennomsnitt er mindre fysisk aktive enn befolkningen ellers. Undersøkelser tyder også på at personer med funksjonsnedsettelser er mindre fysisk aktive enn andre. Planen fremhever at det er en spesiell utfordring å fremme fysisk aktivitet i de gruppene som er minst aktive: «I tillegg til informasjon vil dette kreve tiltak som involverer dem det gjelder, og som tar utgangspunkt i ulike gruppers behov og forutsetninger. Dette vil kunne bidra til å utjevne sosialt betingede helseforskjeller» (s. 19).

Tiltakene sett i relasjon til sosiale forskjeller i helse

Planen skisserer en rekke tiltak innenfor hvert av innsatsområdene. Innenfor fritidsområdet skisseres en rekke tiltak som forsøker å trekke med de grupper i befolkningen som er minst fysisk aktive, både gjennom den organiserte idretten og i det mer uorganiserte friluftslivet. Det settes av egne midler til Norges Idrettsforbunds budsjetter, som skal rettes mot grupper som ellers er lite fysisk aktive og som faller utenfor de ordinære aktivitets- og idrettstilbudene. Egne midler skal gå til ungdom, særlig jenter, innvandrere, barn og ungdom med problematferd og funksjonshemmede. Hvorvidt tiltaket faktisk når målgruppene, er imidlertid uklart. Det fremgår ikke av tiltaksbeskrivelsen om det er egenandeler og hvordan man når målgruppen.

Det legges også i denne delen av planen stor vekt på strukturelle tiltak ved at det skal finnes idrettsanlegg og turveier og turstier som gjør det lettere for folk, også folk i rullestol og med barnevogn, å være fysisk aktive i sitt nærmiljø. Man ønsker med andre ord å legge de fysiske forholdene til rette for brede grupper i befolkningen. Det legges i denne sammenheng opp til styrking av frilufsloven, slik at allmennheten får lettere adgang til naturen. Jakt og fiske trekkes frem som en viktig form for fysisk aktivitet i noen grupper; man vil derfor sørge for bedre tilgang til jakt og fiske ved at man for eksempel inngår avtaler med grunneiere om folks rett til bruk av naturen. Det vises til Friluftslivets Fellesorganisasjon (som får støtte av KKD), som i 2005 vil sette i verk en rekke aktiviteter for å få til en folkelig mobilisering for friluftslivet. På nærmiljøområdet legges det

³ Det er mindre forskjell mellom gutter og jenter nå mht. aktivitetsnivå og liten forskjell mellom unge voksne menn og kvinner (16-24 år) Ref.: Olve Krange og Åse Strandbu (2004): *Ungdom, idrett og friluftsliv*. NOVA-rapport 16/04.

opp til at fysisk arealplanlegging i mye større grad enn i dag skal ivareta behovet for fysisk aktivitet, og at ulike instanser samarbeider bedre for å nå disse målene. Det foreslås at plan- og bygningsloven bedre ivaretar viktigheten av fysisk aktivitet, for eksempel ved at det blir lettere og tryggere å gå og/eller sykle til jobb og skole. På arbeidslivsområdet foreslås det innarbeidet i den nye arbeidsmiljøloven (eller arbeidslivsloven) å pålegge arbeidsgivere å vurdere fysisk aktivitet som et ledd i virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. En slik vurdering skal foretas i samarbeid med representanter for de ansatte. Innenfor arbeidslivsområdet skal det også utarbeides informasjonsmaterie-
riell som skal øke kunnskapen om viktigheten av å legge til rette for fysisk aktivitet i tilknytning til arbeidsplassen. Egne aktivitetstiltak vil bli utviklet rettet mot arbeidstakere med redusert funksjonsevne. Planen forsøker dermed å bidra til at arbeidstakere har muligheter for økt fysisk aktivitet i arbeidstiden.⁴

Videre vises det til at lavterskeltilbud som MoRo (Mosjon på Romsås) og FYSAK greier å trekke med grupper i befolkningen som ellers er lite aktive når det gjelder ulike aktivitetstilbud; det kan dreie seg om å trekke med befolkningen på trim til musikk og gågrupper i nærområdet. Det legges også vekt på å nå innvandrergupper, ikke minst gjennom deres egne organisasjoner, som får offentlig støtte til en del idretts- og danseaktiviteter.

Planen nevner også tiltak til eldre og funksjonshemmede. Det skal blant annet utvikles et treningsprogram for eldre som kan bidra til å styrke dagligdags motoriske ferdigheter, som egner seg til hjemmebruk og som kan brukes uten instruktør. For personer med psykiske lidelser er det utarbeidet et tipshefte. Her blir utfordringen å sikre at mulighetene tas i bruk, for eksempel med hjelp av helsepersonell.

Barnehager og skoler er viktige areaer for å nå store grupper av den unge delen av befolkningen. Også her skal det legges økt vekt på fysisk aktivitet, dels gjennom at fysisk aktivitet vektlegges sterkere i rammeplanen for barnehagene, ved at personalet får mer kompetanse om betydningen av økt fysisk aktivitet, gjennom økt timetall i kroppssøving, via bedre muligheter for å gå og sykle til skolen og ved å tilrettelegge for daglig fysisk aktivitet i skolen. Også SFO preges av mye fri lek. Alle barn bruker imidlertid av ulike grunner ikke SFO; for mange kan kostnadene ved å bruke denne ordningen spille inn. Heller ikke barnehager er en ordning som alle har tilgang til; også her kan kostnadene spille inn. Disse areaene for fysisk utfoldelse når derfor ikke alle barn.

Også helsetjenesten skal bli mer fokusert på viktigheten av fysisk aktivitet. Mange mennesker med spesielle behov er ofte i kontakt med denne tjenesten (eldre, funksjonshemmede, psykisk syke, personer i risikogruppen for alvorlige sykdommer). Helsestasjoner og skolehelsetjenesten når også viktige grupper: gravide, spebarnsmødre, barn og unge. Det legges videre opp til at sosial- og helsetjenesten sammen utvikler tiltak rettet mot grupper med spesielle behov og dem som faller utenfor de ordinære aktivitetstilbudene. Det foreslås også at aldersgrensen for økonomisk støtte til hjelpemidler for trening, stimulering og aktivisering enten fjernes eller heves. Tiltaket «grønn resept» retter

⁴ Økt vekt på fysisk aktivitet i arbeidstiden kan være spesielt viktig, fordi mye tyder på at den lavere fysiske aktiviteten i befolkningen har sammenheng med et moderne arbeidsliv som krever mindre fysisk aktivitet (mer stillesittende jobber osv.).

seg også mot personer som er lite fysisk aktive, men forutsetter at man oppsøker lege, det vil si at det når et begenset, men likevel viktig utvalg av befolkningen. Legene får gjennom denne ordningen en økonomisk stimulans til å motivere folk til å være mer fysisk aktive gjennom å henvise til et lavterskel aktivitetstilbud med instruktør, og gjerne organisert som en gruppeaktivitet. Det kan innvendes mot dette tiltaket at det forutsetter oppsøking av lege, men legen motiveres gjennom dette tiltaket til å «fange opp» personer som kanskje er i risikozonen for sykdom og som trolig ikke er fanget opp og satt på «aktivitetsdiett» andre steder.

Videre foreslås tiltak for at ulike sektorer i samfunnet, også frivillige organisasjoner, samarbeider bedre for å legge til rette for fysisk aktivitet.

Oppsummering

Planen forsøker å etablere tiltak innenfor et bredt spekter av arenaer «der folk finnes» i deres dagligliv. Den forsøker også å fange opp grupper som ellers er lite aktive ved å foreslå tilbud som i større grad enn tidligere «treffer folk hjemme», enten det er i deres nærmiljø eller i forhold til fritidssysler som jakt og fiske. Fysisk aktivitet ses på som noe man kan bedrive i sitt ordinære liv, uten at store endringer i livsstil eller tilrettelegging er nødvendig. Det legges også opp til at en rekke rammebetingelser, som for eksempel fysisk tilrettelegging, arbeidsmiljølov osv. (strukturelle tiltak), bedre skal kunne ivareta behovet for og mulighetene til fysisk aktivitet enn tilfellet er i dag.

På et overordnet plan synes det som om planen og tiltakene tar hensyn til kunnskapen om at fysisk aktivitet er ulikt sosialt fordelt, men planen har ikke gjort utjevning av disse forskjellene til eksplisitt del av sine hovedmål. Slik hovedmålsettingene er formulert (andelen aktive skal økes i alle aldersgrupper) kan de innfris uten at det bidrar til å endre den sosiale skjevfordelingen, fordi man ikke eksplisitt sier noe om i hvilke grupper aktivitetsøkningen først og fremst ønskes. På tiltaksnivå er det imidlertid gjort tydeligere at det er en spesiell utfordring å trekke med de gruppene i befolkningen som er minst fysisk aktive og som både av denne og andre grunner har størst risiko for helseproblemer, og tiltakene er i tråd med dette utviklet for å ivareta flere av de dimensjonene vi har påpekt som sentrale for å ivareta et ulikhetsperspektiv.

3.3 Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004–2008

Kort beskrivelse av planen

Handlingsplanen er utarbeidet av Helsedepartementet i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt og med innspill fra berørte departementer. Planens hovedmål er en reduksjon av aborttallene. Forebygging av uønsket svangerskap og abort ses som et viktig ledd i folkehelsearbeidet, ifølge planens forord. Som ledd i

denne forebyggingen ønsker man å bidra til at barn, ungdom og unge voksne skal utvikle økt eierskap til egen kropp og få økt kunnskap om seksualitet og måter å unngå graviditet på. Det sies også at forebygging av uønsket svangerskap og abort skal bidra til å styrke respekten for menneskeverdet, fremme velferd og motvirke sosial ulikhet.

Planen identifiserer en rekke utfordringer:

- opprettholde og forsterke trenden med nedgang i den generelle abortraten i aldersgruppen 15–49 år og abortraten i tenåringsgruppen 15–19 år
- redusere aborttallene blant unge voksne 20–24 år som prioritert målgruppe; dette er den aldersgruppen som har høyest aborthyppighet
- tilrettelegge arbeidet for å møte behovene til etniske minoritetsgrupper som har annen kulturforståelse på seksualitetens område
- tilrettelegge arbeidet for grupper i en sårbar livssituasjon med økt risiko for uønsket svangerskap og abort
- bidra til likhet i og faglig kvalitet på helsetjenestens tilbud til gravide, kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd
- gjennomføre arbeidet slik at det også bidrar til å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner
- få forskning og statistikk om forebygging av uønsket svangerskap og abort til å bli gode styringsverktøy i arbeidet.

Planen fokuserer også på fire målgrupper:

- ungdom og unge voksne generelt
- grupper med særlig risiko for uønsket graviditet
- ungdom og unge voksne med etnisk minoritetsbakgrunn
- kvinner og par som vurderer abort

Uønskede svangerskap/abort og sosial ulikhet

Tall fra Oslo viser at det er bydeler med høy grad av sosioøkonomiske problemer i befolkningen som også har de høyeste abortratene og graviditetsratene blant ungdom (Myklestad 2003). Undersøkelser i andre land har vist at det er en klar sammenheng mellom tenåringer som får barn, lav utdanning, lav yrkesmessig status og å bli aleneforelder. Internasjonalt er det også vist at barn av tenåringsmødre har lavere fødselsvekt, større risiko for misbruk og omsorgssvikt, har flere kognitive problemer og atferdsproblemer, lavere skoleprestasjoner og er mer involvert i kriminalitet enn andre barn.⁵

⁵ Ingri Myklestad (2003): Forebygging av uønskede tenåringssvangerskap. Implementering og evaluering av en skoleintervensjon i Oslo. Oslo: Folkehelseinstituttet. Rapport 2003: 2. Tilsvarende forskningsresultater foreligger fra andre land som for eksempel England (Social Exclusion Unit 1999).

Planen hevder i forordet at den skal bidra til å motvirke sosial ulikhet. Det fremgår imidlertid ikke klart hva som her defineres som sosial ulikhet. De sosiale kategoriene som først og fremst trekkes frem i planen, er alder, kjønn og etnisitet. Det vises til forskning som viser at tilbøyeligheten til å ta abort varierer etter alder og antakelig også etter etnisitet.⁶ Ut fra hva vi har argumentert med tidligere, er ikke alder og kjønn i seg selv indikatorer på sosioøkonomisk status, heller ikke etnisitet, men disse kategoriene kan i noen sammenhenger samvariere med sosioøkonomisk status. Selv om planen refererer til rapporten der sosioøkonomiske variasjoner i aborttilbøyelighet er beskrevet (Myklestad 2003), brukes ikke denne kunnskapen eksplisitt som beveggrunn for planens utforming og valg av målsetninger. Det vises imidlertid til at det innenfor noen grupper, særlig blant ungdom, finnes personer som mer enn andre er i risikozonen for seksuell utnyttelse, uønsket graviditet, abort og seksuelt overførbare infeksjoner og som derfor gis spesiell oppmerksomhet i planen som prioritert målgruppe. Det pekes på forhold ved deres livssituasjon som eventuelt kan forklare hvorfor denne risikoatferden oppstår: noen kan ha vært utsatt for overgrep, noen kan ha et lavt selvbilde eller psykiske problemer, noen kan bruke seksualitet til å kompensere for lavt selvbilde, det kan også dreie seg om stoffmisbrukere og prostituerte. Indirekte peker planen derfor på forhold i disse personenes bakgrunns- og aktuelle livssituasjon som *kan* ses i et ulikhetsperspektiv, uten at det er gitt nærmere dokumentasjon på at dette er tilfellet.

Også funksjonshemmede trekkes frem som en gruppe med spesielle behov i relasjon til planens tema og er derfor en prioritert målgruppe. Det vises til at det foreligger lite kunnskap om i hvilken grad funksjonshemmede og/eller utviklingshemmede har økt risiko for uønskede svangerskap og abort. Norske og internasjonale undersøkelser indikerer imidlertid at noen grupper funksjonshemmede har opptil tre ganger større risiko enn andre for å bli utsatt for seksuell utnyttelse og overgrep (s. 23). Hvorvidt også dette er grupper i befolkningen som ville fått en lav sosioøkonomisk skåre, vet vi ikke, men generell kunnskap om funksjonshemmedes situasjon tyder på at mange er uten jobb (eller på uførepensjon), har liten utdanning og derfor også lav lønn (dersom de ikke har pensjon), og antakelig av den grunn ville skåre lavt på en sosioøkonomisk indeks.

Planen har også en prioritert vekt på etniske minoriteter, og trekker frem forskning fra Danmark og Nederland som viser høy abortforekomst blant enkelte kvinnegrupper med etnisk minoritetsbakgrunn, men hovedsakelig blant førstegenerasjons innvandrerkvinner. Mange av disse vil trolig være plassert lavt på den sosiale rangstigen, enten ut fra eget yrke og egen lønn, eller ektemannens.

Selv om planen altså ikke eksplisitt har et sosialt ulikhetsperspektiv, kan man si at den indirekte har det, gjennom å fokusere på noen spesielt utsatte grupper som man ut fra annen kunnskap vet ofte har en lavere sosioøkonomisk plassering.

⁶ Studier fra Danmark og Nederland viser høy abortforekomst blant enkelte kvinnegrupper med etnisk minoritetsbakgrunn, men bare for første generasjons del. Blant etterkommere av første generasjons innvandrere er situasjonen omtrent som for etnisk norske. Norske studier antyder en liknende tendens (s. 22 i planen).

Tiltakene sett i relasjon til sosial ulikhet i helse

Planen legger stor vekt på ulike informasjonstiltak om samliv og seksualitet både rettet mot foreldre, helsepersonell og målgruppene for planen. Det er også lagt stor vekt på undervisning og ferdighetstrening rettet mot målgruppene på de ulike alderstrinnene. Hjem, barnehager, SFO, skoler, ungdomsklubber, helsestasjoner og skolehelsetjenesten utpekes som viktige arenaer for å nå målgruppene, det vil si at både helsetjenesten og andre offentlige arenaer trekkes inn. Også frivillige organisasjoner trekkes med i informasjonsarbeidet, det vil si at man retter seg mot et bredt spekter av arenaer og forsøker å engasjere både offentlige og private aktører i arbeidet. For ungdom og unge voksne legges det vekt på at informasjonstiltakene må skje på de unges premisser og i sammenhenger de oppfatter som betydningsfulle, det vil si at man ønsker å ha et brukerperspektiv.

I tillegg til informasjon om samliv og seksualitet, sies det at ungdom trenger god kunnskap om prevensjon, som må være lett å få tak i og enkel å bruke. Gratis utdeling av kondomer skal fortsatt skje gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Likeledes skal jenter i alderen 16 til 19 år fortsatt ha tilgang til gratis p-piller. Det satses på strukturelle tiltak som gjør prevensjon gratis tilgjengelig. Siden jenter i alderen 20–24 år er en særlig prioritert målgruppe i planen (fordi det er denne aldersgruppen som har den høyeste abortraten), burde det kanskje vært naturlig at også denne aldersgruppen fikk tilgang til gratis p-piller,⁷ eventuelt også kondomer med tanke på seksuelt overførbare sykdommer. I et helseperspektiv er kanskje prevensjon som sikrer mot overføring av smittsomme sykdommer like viktig som prevensjon som sikrer mot graviditet.

Planen prøver særlig å rette tiltak mot gutter som i denne sammenheng (prevensjon, seksualundervisning) ofte har vist seg vanskeligere å nå enn jenter; her anses bruk av internett som en viktig arena. Som vi anmerket i kommentarene til planen for psykisk helse, forutsetter slike nye arenaer, som på mange måter representerer lavterskeltilbud, at de unge faktisk har tilgang til slike medier og i en sammenheng det er greit å søke slik informasjon. Spørsmålet er også om det offentlige helseapparatet, som for eksempel helsestasjoner og skolehelsetjenesten, når ut til guttene med informasjon om seksualitet og samliv. Mye tyder på at gutter har problemer med å snakke om sex og samliv med kvinnelig helsepersonell. I et brukerperspektiv er det derfor kanskje viktig at flere menn innehar slike stillinger som retter seg mot å informere om sex og samliv, slik at gutter kan møte personer som de føler seg trygge sammen med.⁸

I 2002 ble det innført en ordning med økt egenbetaling for sterilisering (full egenbetaling for menn og 50 prosent for kvinner). Denne ordningen skal evalueres med tanke på konsekvenser for aborttallene. Her er det viktig å være klar over at de økonomiske kostnadene for den enkelte bruker ved denne ordningen kan hindre en rekke personer med liten betalingsevne i å benytte seg av en slik form for (sikker) prevensjon. Sterilisering er mest aktuelt for voksne som ikke skal ha flere barn; planen retter seg imidlertid også mot voksne, ikke bare unge. Det burde derfor være aktuelt å vurdere egenbetalingsordningene, slik planen også refererer.

⁷ I den grad det er medisinsk forsvarlig, og det er det jo tydeligvis for den yngre aldersgruppen.

⁸ Se Aftenposten Aften 10.03.05.

Oppsummering

Planen retter seg bredt mot hele befolkningen, men også mot utvalgte grupper. Den satser i hovedsak på informasjons- og veiledningstiltak. Den tar i bruk en rekke arenaer for at disse tiltakene skal nå ut og forutsetter dermed ikke nødvendigvis at folk oppsøker helsetjenesten for å få informasjon. I et brukerperspektiv kunne den kanskje lagt mer vekt på at ikke alle grupper i befolkningen er like lette å nå med informasjon og veiledning. Den delen av helsetjenesten som er rettet mot ungdom, er kanskje mer i stand til å fange opp jenter enn gutter.

Planen kunne, i og med at den har som mål å redusere abortraten i befolkningen, satset sterkere på strukturelle tiltak som lett tilgang på sikker og rimelig prevensjon til ulike grupper i befolkningen.

3.4 Sjekkliste for ivaretagelse av et ulikhetsperspektiv

Vi presenterer nedenfor en kort liste over punkter som kan tjene som hjelpemidler for å innarbeide et ulikhetsperspektiv i tiltaksutforming. Listen bør være gjenstand for en stadig videreutvikling, i tråd med at kunnskapsgrunnlaget om hva som er effektive tiltak for å motvirke sosiale helseforskjeller vokser.

1. Ha best mulig kunnskap om eventuelle sosiale helseforskjeller og hvordan de nedfeller seg på ulike samfunnsområder (dvs. basere seg på eksisterende eller initiere ny forskning).
2. Sette klare operative (men realistiske) mål som kan etterprøves, for eksempel hvilke forbedringer som skal oppnås og hvor stor en forbedring skal være.
3. Foreslå tiltak på mange nivåer, både samfunnsendringer av mer grunnleggende art når det gjelder hva man tror er årsakene til sosiale forskjeller i helse, og endringer som er mindre grunnleggende, men som kan bidra til at forskjellene reduseres.
4. Utforme tiltak rettet mot både brede grupper i befolkningen og grupper man mener er spesielt i faresonen, dvs. både universelle og selektive tiltak.
5. Utforme mange typer av tiltak, både informasjonstiltak, men også mer strukturelle tiltak.
6. Ta i bruk mange aktører. Mange av de helserelaterte problemene kan ikke løses av helsevesenet alene. Det er viktig å analysere hvilke andre politikkområder eller samfunnsinstitusjoner som kan bidra til måloppnåelsen og sikre at de ulike aktørene bidrar til å trekke i samme retning.
7. Ta i bruk mange arenaer i tillegg til helsevesenet. I mange sammenhenger kan barnehager, skoler og arbeidsplasser være viktige arenaer. Det er også viktig å ta i bruk nærmiljøet gjennom å trekke veksler på familie, slekt, nettverk og frivillige organisasjoner osv.
8. Vurdere om det er barrierer for å ta i bruk tiltak. Slike barrierer kan være både av økonomisk, kulturell og fysisk art og kan bidra til at gode tiltak likevel ikke får effekt.

9. Tiltakene bør i størst mulig grad ta utgangspunkt i den opplevde situasjonen og behovene til de grupper man ønsker å nå.
10. Tiltakene bør i størst mulig grad være kunnskapsbaserte, dvs. man bør vite om de virker. Eventuelt bør man evaluere tiltak man ennå ikke kjenner godt nok effekten av.
11. Det bør vurderes om kostnadene ved å iverksette tiltakene står i forhold til effektene av dem.

Referanser

- Adler, N. E. og Ostrove, J. M. (2000) «Socioeconomic status and health: What we know and what we don't». I: N.E.Adler, M. Marmot, B. S. McEwen, og J. Stewart (red.), *Socioeconomic status and health in industrial nations* (pp. 3–16). New York: New York Academy of Sciences.
- Aftenposten Aften (2005) «Flaut å snakke sex med helsesøster», 10.03.05.
- Baron, R. M. og Kenny, D. A. (1986) «The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations.» *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1196.
- Carroll, D. og Davey-Smith, G. (1997) «Health and socioeconomic position: A commentary.» *Journal of Health Psychology*, 2, 275–282.
- Cook, T. D. og Campbell, D. T. (1979) *Quasi-Experimentation. Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Dahl, E. (2002) «Health inequalities and health policy: The Norwegian case.» *Norsk epidemiologi*, 12, 69–75.
- Elstad, J. I. (2000) *Social inequalities in health and their explanations* (Rep. No. 9). Oslo: NOVA.
- Helsedepartementet (2003) *Resept for et sunnere Norge*. NOU 2003:16. Oslo: Helsedepartementet.
- Institute of Education (2004) *The Effective Provision of Pre-School Education (EPPE) Project: Final Report*. University of London.
- Kraft, P. (1998) *Health behaviour and societal constraints - social psychological and sociological models for conceptualizing macro-micro interactions. The case of smoking. En rapport til Folkhälsoinstitutet i Stockholm* Bergen: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen.
- Rognerud, M., Krüger, Ø., og Stensvold, I. (1998) *Oslobelsa. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene* Oslo: Ullevål sykehus, Klinikk for forebyggende medisin.
- Rognerud, M., Strand, B. H., og Dalgard, O. S. (2002) «Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998.» *Norsk epidemiologi*, 12, 239–248.
- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E., og Tell, G. S. (2003) «Occupational differences in level of anxiety and depression: The Hordaland health study.» *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 628–638.

- Social Exclusion Unit (1999) *Teenage Pregnancy*. Presented to Parliament by the Prime Minister by Command of Her Majesty. London.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. (Rep. No. 1). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statens folkhälsoinstitut (2001) *Hur kan förskolan förbättra barns psykiska hälsa? En kunnskapsöversikt*. Stockholm. Rapport 2001: 25.
- Stronks, K. (2002) «Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: the Dutch case.» *Scandinavian Journal of Public Health*, 20–25.
- Torgersen, S., Cramer, V., og Kringlen, E. (2002) «Psykkiske forstyrrelser i ulike bydelsregioner i Oslo.» *Norsk epidemiologi*, 12, 265–268.
- Wilkinson, R. (1996) *Unhealthy societies*. London: Routledge.
- Wilkinson, R. (2002) «Putting the picture together: prosperity, redistribution, health, and welfare». I: M.Marmot og G. Wilkinson (red.), *Social determinants of health* (3 ed., pp. 256–274). Oxford: Oxford University Press.

Nasjonale helseplaner i et ulikhetsperspektiv



Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-notat 2005:10
Bestillingsnummer 769
ISSN 0804-5135