

# Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt

Sammendragsrapport



Espen Dahl, Heidi Bergsli og Kjetil A. van der Wel  
Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk





## Forord

I 2008 kom Verdens helseorganisasjon (WHO) sin "Kommissjon om sosiale helsedeterminanter" med anbefaling til medlemslandene om å utrede konsekvensene av all offentlig politikk på området rettferdig fordeling av helse. Verdens helseforsamling har i etterkant vedtatt to resolusjoner, som blant annet forplikter landene til å utvikle strategier for å redusere sosial ulikhet i helse gjennom tiltak rettet mot helsens sosiale bestemmelsesfaktorer (social determinants of health). Dette ga støtet til lignende utredningsarbeider i blant annet England, Danmark, Sverige og ved WHO's Europakontor.

Den norske regjering initierte i 2007 en nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, for i 2012 å ta initiativ til en gjennomgang av faktorer som påvirker sosiale forskjeller i helse. Helsedirektoratet ga på den bakgrunn undertegnede mandat til å gjennomføre en kunnskapsoversikt. Denne inneholder en analyse av den sosiale fordelingen av helse og en vurdering av helsenivået blant de dårligst stilte; en analyse av konsekvensene av sosial ulikhet i helse; en oversikt over utviklingen i sosial ulikhet i helse og dens sosiale konsekvenser over tid; en diskusjon av forhold som påvirker og forårsaker sosial ulikhet i helse i Norge; og en beskrivelse og analyse av norske erfaringer i et komparativt perspektiv. Kunnskapsoversikten skal også identifisere de politikkområder og samfunnsinstitusjoner som har størst betydning for sosial ulikhet i helse, og diskutere hvordan nye eller endrede tiltak kan bidra til å utjevne de sosiale helseforskjellene og deres sosiale konsekvenser. Foreliggende rapport er en sammendragsversjon av dette arbeidet.

Arbeidet med kunnskapsgjennomgangen har vært organisert som et fritt og uavhengig prosjekt ved Høgskolen i Oslo og Akershus og ledet av undertegnede. Et ekspertpanel ble utnevnt til å forestå arbeidet. Ekspertpanelet har foruten undertegnede bestått av Professor Finn Diderichsen, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns universitet; Forsker I Jon Ivar Elstad,

Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring, HiOA; Førsteamanuensis Astrid Grasdahl, Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen; Avdelingsdirektør Else-Karin Grøholt, Folkehelseinstituttet; Professor Olle Lundberg, Centre for Health Equity Studies, Stockholm universitet/Karolinska instituttet; Forskningssjef Petter Kristensen, Statens arbeidsmiljøinstitutt; Forsker I Axel West Pedersen, Institutt for samfunnsforskning. Arbeidet med å skrive hovedrapporten og denne sammendragsrapporten har vært utført av et forfatterteam som har bestått av forsker Heidi Bergsli, førsteamanuensis Kjetil van der Wel og undertegnede.

Medlemmene av ekspertpanelet representerer et bredt spekter av fag og kompetanser: arbeidsmedisin, folkehelsevitenskap, helseøkonomi, samfunnsmedisin, sosiologi, og statsvitenskap. Ekspertpanelet har hatt seks møter. På hvert møte ble utkast til nye kapitler utarbeidet av forfatterteamet diskutert. Ekspertpanelet har også diskutert og kommentert 11 underlagsrapporter utarbeidet på oppdrag fra prosjektet. Arbeidet med rapporten har i hovedsak bestått av en gjennomgang av internasjonal og norsk forskningslitteratur om aktuell tematikk og bearbeiding av foreliggende statistikk, men det er også gjort enkelte originale dataanalyser som blir presentert i sluttrapportene.

Underlagsrapportene som ligger til grunn for sluttrapporten fra prosjektet er utført av spesialister på de temaer som belyses. Forfatterne av underlagsrapportene er selv ansvarlig for innholdet. Disse underlagsrapportene kan lastes ned på siden [www.hioa.no/helseulikhet](http://www.hioa.no/helseulikhet). Flere av kapitlene i sluttrapportene bygger i stor grad på disse underlagsrapportene, men de tiltaksforslag som framkommer i hver enkelt underlagsrapport samsvarer ikke nødvendigvis med de råd som gis i sluttrapportene, og som er basert på en helhetlig vurdering av alle determinantområder. Nedenfor følger forfatternavn og titler på de 11 underlagsrapportene.

- Annett Arntzen (Høgskolen i Vestfold): Sosial ulikhet i spedbarns og barns helse.
- Heidi Bergsli (HiOA): Helse og frafall i videregående opplæring
- Jon Ivar Elstad (HiOA): To analyser for prosjektet Sosial ulikhet i helse: en kunnskapsrapport.
- Jon Ivar Elstad (HiOA): The hierarchical diffusion model and the changing patterns in health-related habits in Norway since the 1970s. Paper prepared for The review of Health inequalities in Norway.
- Øyvind Giæver: Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller – i teori og praksis.
- Geir Godager og Tor Iversen (Universitetet i Oslo): Empirisk litteratur om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i Norge.
- Kristian Larsen og Gro Hansen (Universitetet i Ålborg): Social ulighed i sundhed -mere vilkår end valg. Indsigter og forklaring på norske forhold.
- Ingrid Sivesind Mehlum (STAMI): Betydningen av arbeidsmiljø for sosiale ulikheter i helse.
- Axel West Pedersen (Institutt for Samfunnsforskning): Inntekt og helse.
- Børge Schmidt (Universitetet i Duisburg-Essen): Genetics and Socioeconomic Inequalities in Health in the Era of Genome-Wide Association Studies.
- Bjørn Heine Strand, Ólöf Anna Steingrimsdóttir, Ingri Myklestad, Øyvind Næss og forskningsgruppen på sosiale ulikheter i helse (Nasjonalt folkehelseinstitutt): Endringer i ulikheter i dødelighet etter utdanning i Norge – en underlagsrapport om mulige forklaringer.

Vi har fått litteraturtips, kommentarer til utkast og råd og vink fra mange kolleger i inn- og utland. Vi vil

benytte anledningen til å takke disse kollegene for viktige bidrag. Takk til Elling Bere, Torkel Bjørnskau, Elling Borgeraas, Annechen Bugge, Astrid Austvoll-Dahlgren, Runar Døving, Terje A. Eikemo, Inger Elisabeth Fosse, Peter Goldblatt, Marianne Nordli Hansen, Hege Hofstad, Håkon Johannessen, Angela Kreher, Olaug Lian, Inger Marie Lid, Nanna Lien, Eifred Markussen, Lars Mehlum, Sille Ohrem, Øyvind Næss, Hilde Pape, Kristine Pape, Ingeborg Rossow, Kristine von Simson Sidsel Sparre, Maria Tindberg, Einar Øverbø og kolleger på Sosialforsk.

Takk også til Kristian Heggebø, Kristin Dahl Tindberg og Anne Grete Tøge for hjelp med litteratursøk, korrektur og til å få orden på litteraturreferansene.

Underveis har prosjektlederen presentert foreløpige funn og resultater fra kunnskapsoversikten for Helsedirektoratets Fagråd for sosial ulikhet i helse, som har gitt verdifulle kommentarer.

Espen Dahl,  
Professor ved Sosialforsk, Høgskolen i Oslo og Akershus.

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Innhold</b> .....	<b>5</b>
<b>I. Sosial ulikhet i helse</b> .....	<b>7</b>
Velstand med slagside .....	7
Den sosiale gradienten.....	7
Problematisk ulikhet .....	8
<b>II. Perspektiv og politikk</b> .....	<b>9</b>
Helsens sosiale determinanter .....	9
Rettesnorer for morgendagens politikk.....	10
Tverrpolitisk enighet.....	11
<b>III. Hva sier forskningen?</b> .....	<b>13</b>
Mønstre og utviklingstrekk .....	13
Oppvekst og læring .....	18
Arbeidsliv og arbeidsmiljø .....	22
Økonomiske forskjeller .....	27
Helsevaner .....	31
Bruk av helsetjenester .....	34
<b>IV. Avslutning</b> .....	<b>37</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>41</b>



# I. Sosial ulikhet i helse

## Velstand med slagside



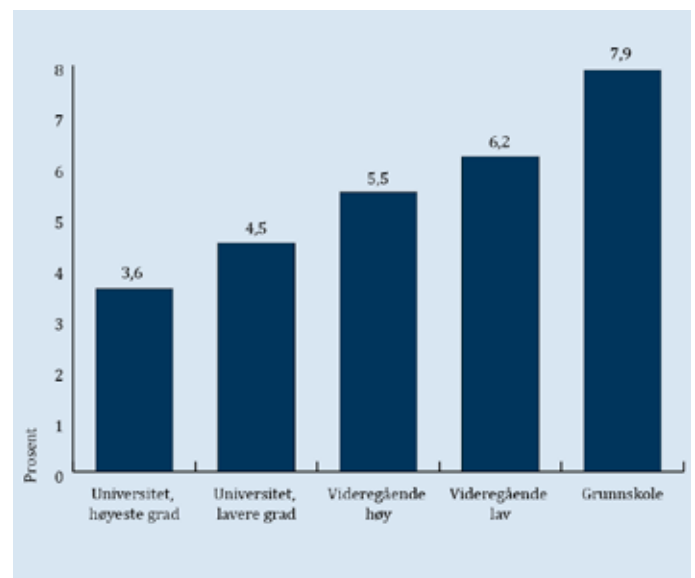
Alle mennesker har helse. For de fleste er den god, og vi tenker kanskje ikke mye over den. I vestlige land har helsen blitt stadig bedre, i hvert fall om vi legger forventet levealder til grunn. Folk lever lenger og nyter flere leveår som friske. Velstandsøkningen de siste hundre år eller så har gitt oss forbedringer - i boligkvalitet, tilbud av matvarer, privat økonomi, helsetjenester, sikkerhet for ulykker i trafikken og på arbeidet, og på mange andre områder - som overstiger enhver forventning et par generasjoner tilbake. I Norge blir vi også tatt vare på av en av verdens mest avanserte velferdsstater, som tilbyr en rekke tjenester så vel som økonomiske overføringer i sårbare perioder - til alle. Vi har det økonomisk godt, er velutdannede og lever komfortable og trygge liv.

Men selv i Norge - et av verdens mest likhetsorienterte samfunn, i historiens mest velstående øyeblikk - er det en tett kopling mellom «hvem du er» og hva slags helse du kan forvente å ha. Det som nok mange vil betrakte som subtile forskjeller; i hvilket nabolag man bor, om man har utdanning på masternivå heller enn bachelornivå, om man har hytte på fjellet, hva slags mat man liker, om man har lederansvar på jobben eller om inntekten er litt høyere, utgjør betydningsfulle nyanser i et sosialt og økonomisk hierarki. Selv om vi vanligvis kanskje bare legger merke til ytterkantene; de opplagt rike og de opplagt fattige, gjenspeiler plassen vår i det sosioøkonomiske hierarkiet systematiske forskjeller i sjansen for sykdom og død. Det er dette vi kaller sosiale ulikhet i helse.

## Den sosiale gradienten

I forskningen på sosial ulikhet i helse deles folk gjerne inn etter inntektsnivå, lengden på utdanningen eller hva slags type jobb de har. Helsen til de ulike gruppene kan da sammenlignes. For eksempel er det en slående sammenheng mellom hvor lenge en har gått på skolen og hvor lenge en lever. I figuren nedenfor ser vi at andelen menn som dør over en syvårsperiode er lavest for de som har høyere universitetsutdannelse, og høyest for de med kun grunnskoleutdanning. Men det som kanskje er underligere er at det er et jevnt trappetrinnsmonster imellom. De som har litt kortere universitetsutdanning har høyere dødelighet enn de med den høyeste utdanningen. På samme måte er dødeligheten lavere for de som har litt videregående utdanning enn for de med den laveste utdannelsen, og enda litt lavere for de som har fullført videregående skole. Et par år ekstra skolegang gir seg altså målbare utslag i dødelighetsstatistikken!<sup>1</sup>

Figur 1. Prosent døde 1993–1999 blant menn, alder 40–66 i 1992 og bosatt i Norge, etter utdanning. Aldersstandardisert.



Kilde: Elstad 2005:8-9.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sammenhengen skyldes dels at folk med nedsatt helse ikke oppnår samme utdanningsnivå som andre, og dels at noen av de samme personlighetstrekkene som fører til lav utdanning også fører til dårlig helse. Vi mener likevel at det er grunnlag for å si at den viktigste årsaken til helseulikhetene er de ulike livsvilkårene folk med ulik utdanning opplever. Mer om dette i neste kapittel.

At de sosiale ulikhetene i helse er såpass framtreddende og finmaskede, selv i vårt moderne samfunn, forbløffet mange da en rekke forskningsrapporter ble publisert utover 1980-tallet. Mer enn tre tiår med forskningsinnsats i Norge og andre vestlige land har ytterligere befestet bildet, men også ført til nye overraskelser. Til tross for en jevn velstandsøkning og mange medisinske og sosiale framskritt, viser forskningen at de sosiale ulikhetene i helse og død har økt over tid. Selv om alle har fått det bedre, har noen fått det bedre enn andre. Og som om ikke dette er gåtefullt nok: Forskningen viser også at det *ikke nødvendigvis er slik at de landene som er best på å omfordele økonomiske ressurser har de minste dødelighetsforskjellene mellom ulike sosioøkonomiske grupper*. Omfordeling av økonomiske ressurser er en øvelse der de nordiske velferdsstatene, inkludert Norge, tradisjonelt har hevdet seg godt. At helseulikhetene likevel ikke er mindre her enn i mange andre europeiske land, kan ha mange forklaringer. Disse tre kunnskapsutfordringene, at helseulikhetene varer ved, at de øker over tid, og ikke er mindre i europeisk sammenheng, danner utgangspunktet for denne rapporten, og blir særlig diskutert i kapittel 4.

## Problematisk ulikhet

Sosiale ulikheter i helse er ikke bare et fascinerende forskningsområde. Ikke en gang først og fremst. De sosiale helseulikhetene er et *samfunnsproblem*, en tilstand som ikke er slik den burde være, som er menneskeskapt og derfor mulig å gjøre noe med, og som påkaller politisk handling.

Omfanget taler for seg: Om alle hadde den samme lave dødeligheten som de best utdannede kunne vi i Norge over en periode på under 10 år unngått 15 000 dødsfall blant kvinner og 28 000 dødsfall blant menn. Som følge av de sosiale ulikhetene taper vi på samme vis årlig omkring 89 000 leveår blant de i befolkningen som er over 40 år. Dessverre er det ikke bare i den voksne befolkningen at sosiale ulikheter er en dødelig realitet. Spedbarn født av mødre med lav utdanning har i løpet av sine

første fire leveår 67 prosent høyere sjanse for å dø enn spedbarn født av mødre med høy utdanning, og mer enn dobbelt så stor sjanse for å dø i sitt første leveår. Risikoen for dødfødsel er også høyere i lavere sosiale lag. Industrierbeidere, kokker og drosjesjåfører lever 7-10 år kortere enn leger, lektorer og arkitekter.

Slike forskjeller er urettferdige, og representerer et tap for enkeltindivider, familier og for samfunnet. Sosiale ulikheter i helse er problematisk på flere måter. Sosial ulikhet er et...

- *...rettferdighetsproblem*, fordi mennesker i lavere sosiale lag frarøves livssjanser og frihet. Likhet i retten til helse er knyttet til menneskets iboende verdighet. Helse har verdi i seg selv, men er også en betingelse for å leve det livet en selv verdsetter.<sup>2</sup> Vi kan snakke om en dobbelt urettferdighet ved at mennesker med lavere sosial bakgrunn *både* har dårligere levekår, slik som ringe oppvekstforhold, lave inntekter og slitsomme jobber, og opplever mer sykdom og oftere tidlig død.
- *...leveårsproblem*: Sviktende helse er en viktig, om ikke den viktigste, faktor bak sosial eksklusjon i Norge. Dårlig helse forhindrer et aktivt, skapende, produktivt og sosialt deltakende liv.
- *...folkehelseproblem*: Befolkningens totale helsepotensial utnyttes ikke fullt ut, og en heving av alle til nivået til de best stilte vil øke levealderen betydelig.
- *...samfunnsøkonomisk problem*, et problem for sysselsetting, verdiskapning og offentlige utgifter, og dermed for den norske velferdsstatens økonomiske bærekraft.
- *...velferds- og livskvalitetsproblem*, siden personer med helseproblemer og lav sosioøkonomisk status har langt dårligere forutsetninger for trivsel, generell tilfredshet og livskvalitet.



## II. Perspektiv og politikk

For å gjøre noe med et problem, må en først forstå det. At det må være en nær sammenheng mellom faglig perspektiv og politikk er derfor opplagt. Hvordan faglige innsikter skal omsettes til virkningsfull politikk, er imidlertid ingen enkel og selvsagt sak. I dette kapitlet presenterer vi kort vårt faglige perspektiv, skisserer opp den norske politikken så langt, og diskuterer noen retningslinjer for våre politiske anbefalinger.<sup>II</sup>

### Helsens sosiale determinanter

Det faglige perspektivet vi legger til grunn er det såkalte «sosiale helsedeterminanter-perspektivet» (SHD-perspektivet).<sup>III</sup> Dette perspektivet har også vært det dominerende på feltet de siste tiårene. Det er enkelt sagt en årsaksforklaring av sosial ulikhet i helse som sier at det er forhold ved og i samfunnet som er bestemmende for – *determinerer* – hva slags gjennomsnittlig helse vi finner i de ulike gruppene i det sosioøkonomiske hierarkiet. Slike sosiale forhold kan være fordelingen av *sentrale ressurser*, eksempelvis inntekt, materielle goder, makt, kontroll over eget liv eller sosial støtte, eller fordelingen av *ulempes og påkjenninger*, slik som arbeidsmiljøbelastninger, stress, kriminalitet, usunne helsevaner, ulykker, osv.

Tanken her er altså – og dette finnes det solid støtte for i forskningen for – at sentrale helserelevante ressurser og påkjenninger er systematisk skjevfordelt i samfunnet. Det betyr at lavere sosiale lag (de som har lav inntekt, kort utdanning og manuelle eller rutinebaserte yrker) oftere har få ressurser og mange påkjenninger, mens i de høyere sosiale lag er det omvendt. Som et resultat av dette blir helsen forskjellig i ulike sosiale lag.<sup>IV</sup>

---

II En politikk for å redusere sosial ulikhet i helse kan selvfølgelig innebære å styrke kunnskapsbasen, men slike behov har vi ikke plass til å diskutere her. I hovedrapporten, derimot, påpeker vi en rekke områder der det bør gjøres en sterkere forskningsinnsats.

III Kun en kort presentasjon er mulig her. Interesserte lesere henvises til Elstad (2005) for en god innføring på norsk. Publikasjonen kan lastes ned fra Helsedirektoratets hjemmesider: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teori-er-og-forklaringer/Sider/default.aspx>

IV Vi finner liten støtte for hypotesen om at helseulikhetene «står skrevet i genene» (Schmidt 2013).<sup>100</sup> De siste årenes forskning på det menneskelige arvematerialet – genomet – har vært langt unna å innfri 1990-tallets optimisme på vegne av genenes forklaringskraft.

### Helsen og livets løp

Det er viktig å huske på at helsen i dag dels er et produkt av levd liv, faktisk helt tilbake til fosterstadiet, der de sosiale omstendighetene rundt mor kan påvirke barnet i magen og den framtidige helsen til barnet. Oppveksten er også en viktig periode der en del av grunnlaget for framtidig helse legges, i form av underliggende helseressurser, helsevaner og motstandskraft mot sykdom. En kan også tenke seg at noen i lavere sosiale lag tidlig «fanges» i uheldige livsbaner der helseproblemer, ressursknapphet og helsepåkjenninger gjensidig forsterker hverandre over livsløpet. Det gir derfor ikke alltid mening å skille mellom årsak og virkning i sammenhengen mellom sosiale forhold og helse. Naturligvis påvirkes også helse av omstendigheter, valg og hendelser her og nå.

En innsikt fra forskningen på livsløp og helse er at det kan ta lang tid før ulikhet i sosiale omstendigheter slår ut i ulik helse; for eksempel kan fattigdom og matmangel i barndommen føre til hjerte- og karlidelser først langt opp i voksen alder.<sup>3</sup> Typisk nok slår også de sosiale helseulikhetene til med full styrke først i voksen alder. En del av årsaken til dagens helseulikheter ligger derfor kanskje mange tiår tilbake i tid. Dette fordrer langsiktig planlegging og utholdenhet for den som vil arbeide for å redusere de sosiale ulikhetene i helse.



---

Typisk forklarer genene svært lite av variasjonen av viktige suksessfaktorer for oppadgående sosial mobilitet, slik som IQ (omkring 1 prosent) og oppnådd utdanning (mellom 0,2 promille og 2 prosent). Tilsvarende forklarer genene svært lite av variasjonen, selv for helsetilstander der tidligere tvillingstudier har vist en betydelig arvbarhet, for eksempel blodtrykk og schizofreni (Elstad 2014).<sup>101</sup>

## Rettesnorer for morgendagens politikk

Ut i fra vår lesning av forskningslitteraturen har det utkrystallisert seg noen prinsipper som vi mener politikken i årene framover bør bygge på. Disse prinsippene vil kunne støte imot andre verdier og hensyn, slik som hensynet til personlig frihet og politiske prioriteringer. Dette har vi diskutert grundig i hovedrapporten. Her følger kun konklusjonene.

### Det sosiale har betydning

Vi har som utgangspunkt at de sosiale ulikhetene i helse hovedsakelig skyldes forhold i og ved samfunnet. Arbeidet med å redusere sosiale helseulikheter bør derfor fortsatt være konsentrert om de sosiale helse-determinantene; de omgivelser der folk vokser opp, lever, arbeider og eldes. Livsløpsperspektivet innebærer likevel at innsats også må rettes inn mot å begrense de sosiale konsekvensene av sykdom - og ulikheter i disse konsekvensene. Det betyr å forsøke å bryte uheldige livsbaner der ressursknapphet og helseproblemer gjensidig forsterker hverandre over livsløpet.

### En politikk for alle

Fordi helseulikhetene ikke bare er en forskjell mellom topp og bunn i det sosiale hierarkiet, legger vi til grunn at strategier som retter seg mot hele befolkningen – *universelle tiltak* - vil kunne ha størst effekt. Her er et illustrerende tenkt eksempel: Ved å heve dødelighetsnivået til grunnskoleutdannede opp til gruppen som har universitetsutdanning på masternivå, kan 43 317 leveår spares. Om en derimot hever dødelighetsnivået blant alle utdanningsgrupper opp til nivået til dem med høyest utdanning, spares om lag det dobbelte, hele 89 281 leveår. En betydelig tilleggseffekt på folkehelsen vil derfor kunne forventes av universelle innsatser, sammenlignet med tiltak rettet kun mot «vanskeligstilte». En betingelse for at en universell tilnærming skal ha en utjevningseffekt er imidlertid at innsatsen doseres etter behov, og etter problemets størrelse og karakter.

### Tidlig innsats

Hvor skal innsatsene rettes? En mye brukt metafor handler om hvor i årsakskjeden mellom sosial ulikhet og helse en kan gripe inn. Hvis årsakskjeden er en elv, vil noen faktorer være «oppstrøms». Dette er de bakerste årsakene – årsakene til årsakene – altså selve ulikhetsstrukturen. Å redusere reproduksjonen av ulikhet over generasjoner, og å minske inntektsulikhetene i samfunnet, er eksempler på slike tiltak. En kan også tenke seg «midtstrømsintervensjoner», altså tiltak rettet inn mot å

begrense skaden av en ulikhet som allerede er etablert. Et eksempel kan være å bedre arbeidsmiljøet. Til sist kan en lansere tiltak «nedstrøms». Dette kan handle om lik tilgang til helsetjenester, eller å endre folks helsevaner. Vi argumenter for at innsatsen må rettes inn mot alle intervensjonspunktene, men at oppstrøms- og midtstrømsfaktorer vil være mest effektive på lang sikt. Tiltak som settes inn tidlig i livet kan ventes å være særlig effektive.

### Hva folk kan, heller enn hva de vil

Mye folkehelsepolitikk handler om å få folk til å treffe de rette valgene. Det er ikke enkelt. Valgene vi tar påvirkes av ønsker, holdninger og oppfatninger, og det er ofte disse en forsøker å endre i klassiske kunnskaps- og holdningskampanjer. Slike kampanjer har ofte begrenset effekt, og treffer ikke alltid de som trenger det mest. Ofte vil de som allerede er mest opptatt av helsen sin i størst grad ta til seg ny informasjon.

Men valgene vi tar påvirkes også av hva som er *mulig* og hvor store ressurser vi trenger å legge inn for å oppnå det vi ønsker. Dette kan vi kalle *handlingsbetingelser*. Ved å påvirke handlingsbetingelsene – for eksempel ved å regulere hva som er lov og ikke lov, hva som er lett eller vanskelig, dyrt eller billig – kan vi på en enkel måte «styre» folks handlinger i en retning som er gunstig for å redusere helseulikhetene.<sup>V</sup>



<sup>V</sup> Slike tiltak omtales ofte som strukturelle.

## Samarbeid på tvers

Sosial ulikhet i helse skyldes mange faktorer. Komplekse problemer krever komplekse løsninger. En politikk som kombinerer tiltak på mange områder er sannsynligvis mest gunstig. Tiltakene bør derfor rettes mot flere bestemmelsesfaktorer, for eksempel mot både sysselsetting og utdanning, helseatferd og helsetjenester.

## Tiltakspakker

Vi har allerede sagt at tiltak «oppstrøms i elva» er lurt; tidlig innsats og tiltak som reduserer de sosioøkonomiske ulikhetene i seg selv. Likevel kan en tenke seg at å lage pakker av tiltak som retter seg inn mot flere ledd i årsakskjeden samtidig kan være effektivt for gitte problemer. For eksempel kan en tenke seg at stressreduksjon som følge av tilstrekkelig inntekt oppstrøms eller arbeidsmiljøforbedringer (midtstrøms) kan spille sammen med prisregulering av tobakk (nedstrøms) på sannsynligheten for å slutte å røyke blant folk med lav utdanning.

## Behov for bedre kunnskap

På en del områder er kunnskapen usikker eller mangelfull. Særlig vet vi lite om hvordan ulike reformer og tiltak har påvirket helseulikhetene. Likevel har vi forsøkt, ut i fra den beste kunnskapen vi har, å komme med anbefalinger. Vi vil imidlertid anbefale - i den grad nye tiltak settes i verk på bakgrunn av våre anbefalinger, eller ut i fra de samme mål - at tiltak følges opp med gode evalueringer som er egnet til å vurdere hvilken effekt de har hatt på ulike sosiale grupper.

## Tverrpolitiske enighet

Sosiale ulikheter i helse ble først satt på den politiske agendaen tidlig på 2000-tallet av Bondevik-regjeringen med Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*. Denne meldingen markerer et gjennombrudd for sosial ulikhet i helse som politisk sak i etterkrigs-Norge. Målformuleringen var klar: sosial ulikhet i helse skulle reduseres. Virkemidlene var i første rekke administrative grep for å forankre tematikken hos sentrale helsemyndigheter, og å styrke kompetansen og kapasiteten der. Stortingsbehandlingen av Helseforskjellsmeldingen viste at det er tverrpolitisk enighet om at sosial ulikhet i helse er en kilde til bekymring og at noe bør gjøres med problemet.

Den politiske plattformen til Høyre- og Frp-regjeringen viser at også denne regjeringen er opptatt av levekårsutjevning og fattigdomsbekjempelse.<sup>4</sup>

## Helseforskjellsmeldingen

Det var Stoltenberg-regjeringen som initierte den norske helseulikhetsstrategien. I februar 2007 lanserte daværende helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad stortingsmeldingen *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (St. meld. 20 (2006-2007)), - den såkalte Helseforskjellsmeldingen. «Regjeringen vil bygge videre på den nordiske tradisjonen med generelle velferdsordninger, og samtidig sette i verk egne tiltak for de som trenger det mest. Rettferdig fordeling er god folkehelsepolitikk», uttalte ministeren ved lanseringen. Mer konkret er målet med meldingen å redusere de sosiale forskjellene i helse uten at noen grupper får det dårligere. Dette overordnede målet ligger også til grunn for denne kunnskapsoversikten.



### III. Hva sier forskningen?

I dette kapitlet skal vi gå til røttene av helseulikhetene. Hva skyldes de? Vi skal her bevege oss nedover «elva», jamfør metaforen vi presenterte i forrige kapittel, fra årsakene til helseulikhetene som ligger lenger bak i årsakskjeden – ”oppstrøms”, til de som ligger lenger ned, «midtstrøms» og «nedstrøms». Vi starter naturlig nok med oppveksten. Deretter ser vi på betydningen av arbeidsliv og inntekt. Lengre ned i «elva» finner vi helsevaner og helsetjenester. Etter denne seilasen skulle vi være bedre stilt til å vurdere hva som bør gjøres for å redusere de sosiale helseulikhetene. Men la oss først ta et blikk på hvordan de arter seg.

#### Mønstre og utviklingstrekk

Det slående ved sosiale ulikheter i helse er hvordan de dukker opp nesten uansett hvordan man går til verks. Du kan velge å studere altomfattende helse mål, slik som hvordan folk føler at helsen er for tiden mer generelt; dødelighet uavhengig av årsak; eller du kan studere spesifikke helsefenomener slik som smerter, angst, eksem, eller dødelighet av leversykdommer og transportulykker. Du kan sammenligne yrkesgrupper og utdanningsgrupper, eller rangere folk etter hvor mye penger de har. Du kan intervjuere brasilianere og belgiere, analysere dødsregistre i Finland eller Frankrike, og sende spørreskjemaer til folk i England eller Etiopia. Nesten uansett vil du finne at de som har flere materielle og sosiale ressurser, det vi kaller en høyere sosioøkonomisk posisjon, lever lengre og er friskere enn de som har færre ressurser.<sup>VI</sup>

#### I alle aldre

Helseulikhetsmønsteret finner vi også i alle ulike aldersgrupper, nyfødte, barn, ungdom, voksne og eldre.<sup>VII</sup> Barn født av foreldre med lav utdanning er oftere dødfødte og har oftere lavere fødselsvekt. Selv om sjansen for å dø de første dagene etter fødselen, eller i løpet av det første leveåret er liten (henholdsvis 2,6 og 0,9 barn per 1000 fødte), er risikoen opptil to ganger større hvis mor har kortere utdanning enn hvis hun har lengre utdanning. Risikoen for å bli født for tidlig varierer også på samme måte med mors utdanningsnivå.<sup>5</sup>

Barn og ungdom fra familier med lavere sosioøkonomiske bakgrunn blir oftere skadet og blir oftere innlagt på sykehus. De har også oftere psykiske problemer, dårlig tannhelse, fedme og selvrapporterte helseplager.<sup>6</sup> Barn fra fattige familier opplever også oftere vold og misbruk. Kroniske plager som astma, allergi og eksem er videre sosialt skjevfordelt. For andre sykdommer, som diabetes og epilepsi, er det lite som tyder på sosial ulikhet.

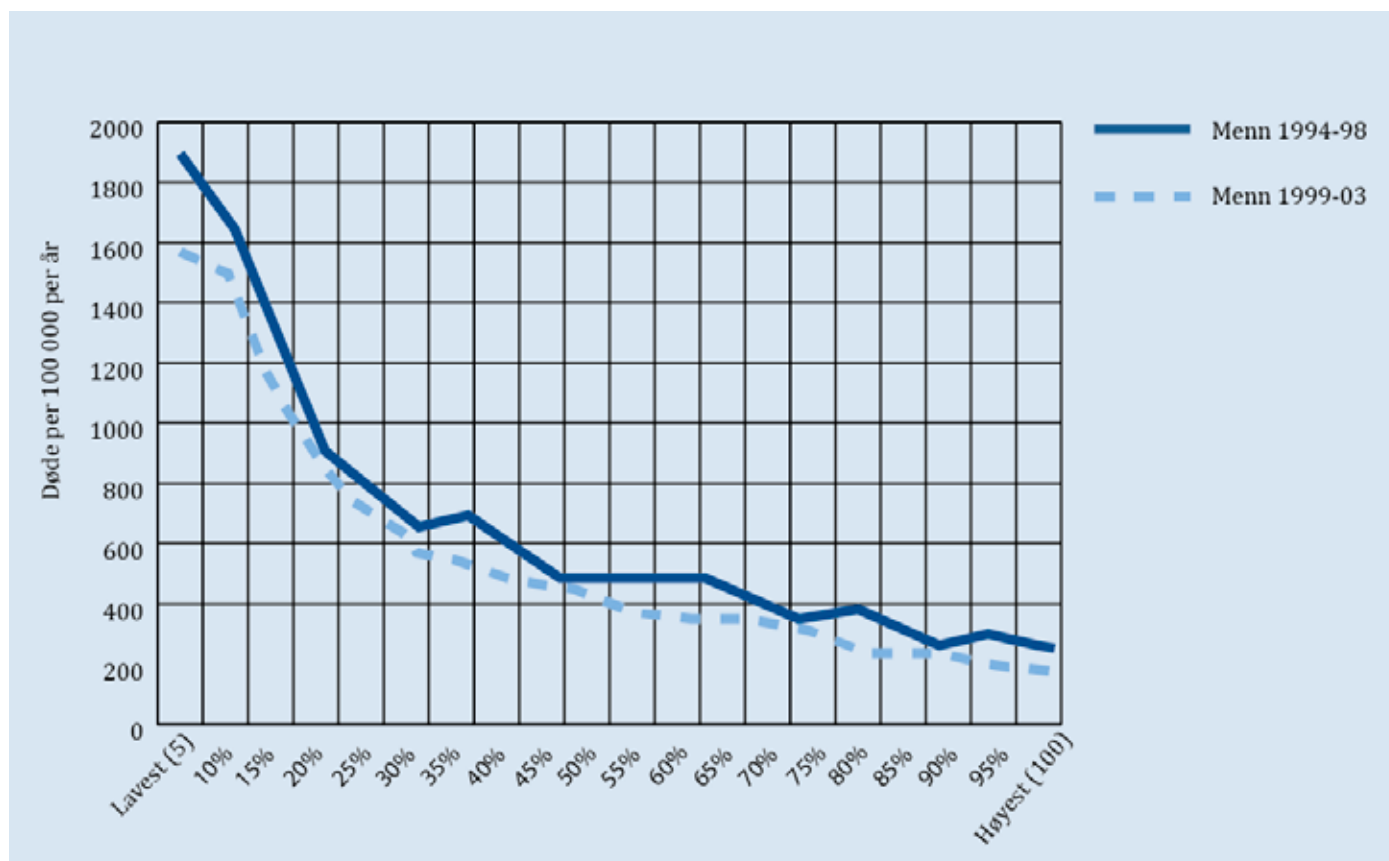
Blant voksne er mønsteret veletablert. Vi har allerede sett at dødeligheten varierer med utdanningsnivå. Nedenfor kan du se hvordan sammenhengen mellom inntekt og dødelighet ser ut. Et iøynefallende trekk ved dette mønsteret er at dødelighetsforskjellene er mye større mellom de nederste inntektsgruppene enn mellom de lengre opp. En relativt liten forbedring av inntekten ser altså ut til å kunne ha stor betydning for helsen i de nedre inntektslagene. Men like interessant er det at det er forskjeller i dødeligheten selv blant de aller høyeste inntektslagene; de «ekstremt rike» har litt lavere dødelighet enn de «moderat rike».



VI For enkelte sykdommer er mønsteret omvendt, for eksempel for brystkreft (Strand m.fl. 2007)<sup>102</sup> og prostatakreft (Lund Nilssen m.fl. 2000).<sup>103</sup>

VII Blant de aller eldste ser det imidlertid ut til at forskjellene avtar og forsvinner, men det har åpenbart noe å gjøre med at de som lever til en høy alder er ganske sunne, uansett sosial bakgrunn.

Figur 2. Dødelighet etter inntektsnivå i perioden 1994-2003. Menn 45-59 år.



Kilde: Næss, Ø. m.fl. 2007:18.<sup>7</sup>

Som nevnt gjelder ikke sosiale helseulikheter bare for dødelighet. I den voksne befolkningen rapporterer 36 prosent blant dem med grunnskoleutdanning langvarig begrensende sykdom eller plage, mot 17 prosent blant dem med høyere utdanning. Andelene som rapporterer muskel- og skjelettlidelser er henholdsvis 39 og 16 prosent.

Det er også en klar gradient etter utdanning for mange helseplager blant eldre, slik det fremkommer av tabell 1. For flere av plagene er det mer enn dobbelt så store andeler blant de som har kortest utdanning, sammenlignet med de som har høyest utdanning. For eksempel rapporterer 43 prosent om mindre god generell helse blant mennene med lavest utdanning, mens dette bare gjaldt 23 prosent av mennene med høyest utdanning.

Tabell 1. Prosentandelen 75-76-åringene som rapporterer om sykdom etter utdanningslengde. Helseundersøkelsene i Oslo, Hedmark, Oppland, Troms og Finnmark 2000-2003. (n=antall svar på det enkelte spørsmål).

Utdanning totalt år	7-9 år	10-12 år	13-16 år	17+ år
<b>Menn</b>				
Hjerteinfarkt n=2667	17,4	16,1	15,0	12,8
Diabetes, n=2662	11,1	7,9	8,9	4,5
Mindre god generell helse, n=2638	43,1	37,0	26,6	23,0
Kronisk bronkitt, n=2633	8,0	7,0	9,5	4,5
Kroniske smerteplager, n=2586	3,9	2,9	3,5	1,8
Psykiske plager som man har søkt hjelp om, n=2610	11,1	9,5	8,9	7,3
<b>Kvinner</b>				
Hjerteinfarkt n=3240	6,8	7,2	4,7	4,4
Diabetes, n=3265	8,6	5,8	3,5	2,9
Mindre god generell helse, n=3260	52,5	40,2	34	27,9
Kronisk bronkitt, n=3234	6,7	4,9	7,3	3,0
Kroniske smerteplager, n=3161	11,0	10,5	7,6	9,0
Psykiske plager som man har søkt hjelp om, n=3203	13,3	10,3	11,2	13,9

Kilde: Næss m.fl. 2007:35.<sup>8</sup>

## Økende ulikhet, eller?

Et interessant spørsmål er hvordan de sosiale ulikhetene utvikler seg over tid. Er vi på rett vei, eller blir det verre? Et lyspunkt er utviklingen i utdanningsulikheten i spedbarnsdødelighet. Den ble faktisk *mindre* fra 1960-tallet og fram til 2000-tallet, og deretter har det ikke vært noen endring.

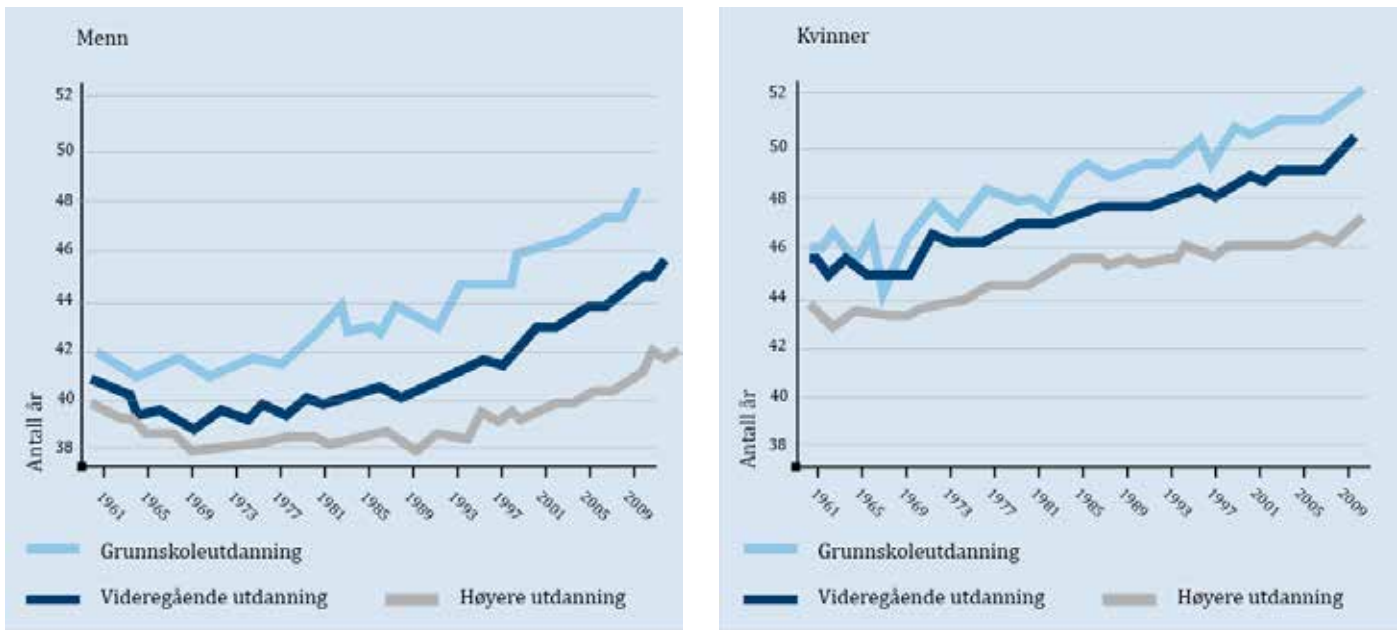
Blant voksne har ikke utviklingen vært like gunstig. I den voksne befolkningen økte inntektsulikheten i dødelighet mellom 1970- og 1990-tallet, mens den i perioden 1993-2009 har vært stabil.<sup>9</sup> En optimistisk fortolkning av dette er at utviklingen er i ferd med å snu.

Mens det har vært en stor økning i forventet levealder i Norge siden 1970-tallet, er den gjennomsnittlige årlige økningen forskjellig for høyt og lavt utdannede (se figur 3). De sosiale ulikhetene i gjenstående levealder blant

35-åringene økte i perioden (1961-2009) som helhet (5,3 år for menn og 3,2 år for kvinner), men de stagnerte etter år 2000. Unntaket var forskjellen i forventet levealder mellom kvinner med middels og lav utdanning, som *fortsatt øker*. Selv om veksten i ulikhet i de øvrige gruppene har stagnert, er ulikhetene betydelig større enn på 1960-tallet; forskjellen i forventet levealder mellom menn med lav og middels utdanning var tre ganger høyere på 2000-tallet enn på 1960-tallet.

Økningen i de sosiale ulikhetene i død mellom 1960 og 1990 skyldtes lang på vei røykerelaterte sykdommer slik som hjerte- og karlidelser, lungekreft og lungesykdom.<sup>10</sup> På samme vis ser det ut til at de mulig avtagende ulikhetene blant menn det siste tiåret skyldes nedgang i de sosiale ulikhetene i dødeligheten av hjerte- og karsykdom, der også røyking er en viktig årsak.<sup>11</sup>

Figur 3. Forventet levealder ved 35 år etter utdanningsnivå. Menn og kvinner.

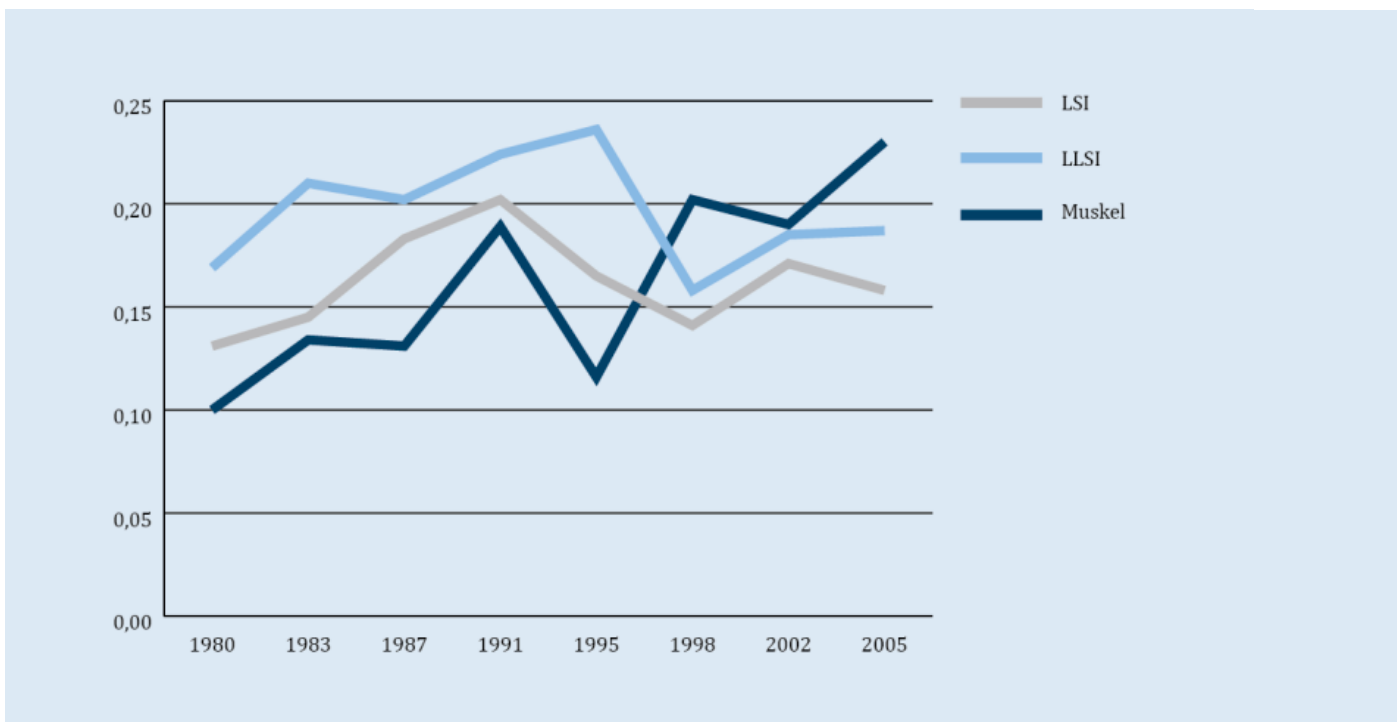


Kilde: Steingrimsdóttir m.fl. 2012:169.<sup>12</sup>

Utviklingen i utdanningsforskjeller i selvrapportert helse gir et litt tvetydig signal. Figur 4 viser forskjellene i andelen som rapporterer et helseproblem mellom de som har kun grunnskoleutdanning og de som har høyere utdanning. Her ser det ut til at ulikhetene

i langvarig (LSI) og langvarig begrensende sykdom (LLSI) avtar fra 1990-tallet, mens det er økende ulikhet i muskel- og skjelettlidelser (Muskel) mellom 1980 og 2005.

Figur 4. Absolutte forskjeller i tre selvrapporterte helsemål i perioden 1980 til 2005.



Kilde: Egne analyser av Levekårsundersøkelsene, SSB (aldersutvalg: 25-66 år).

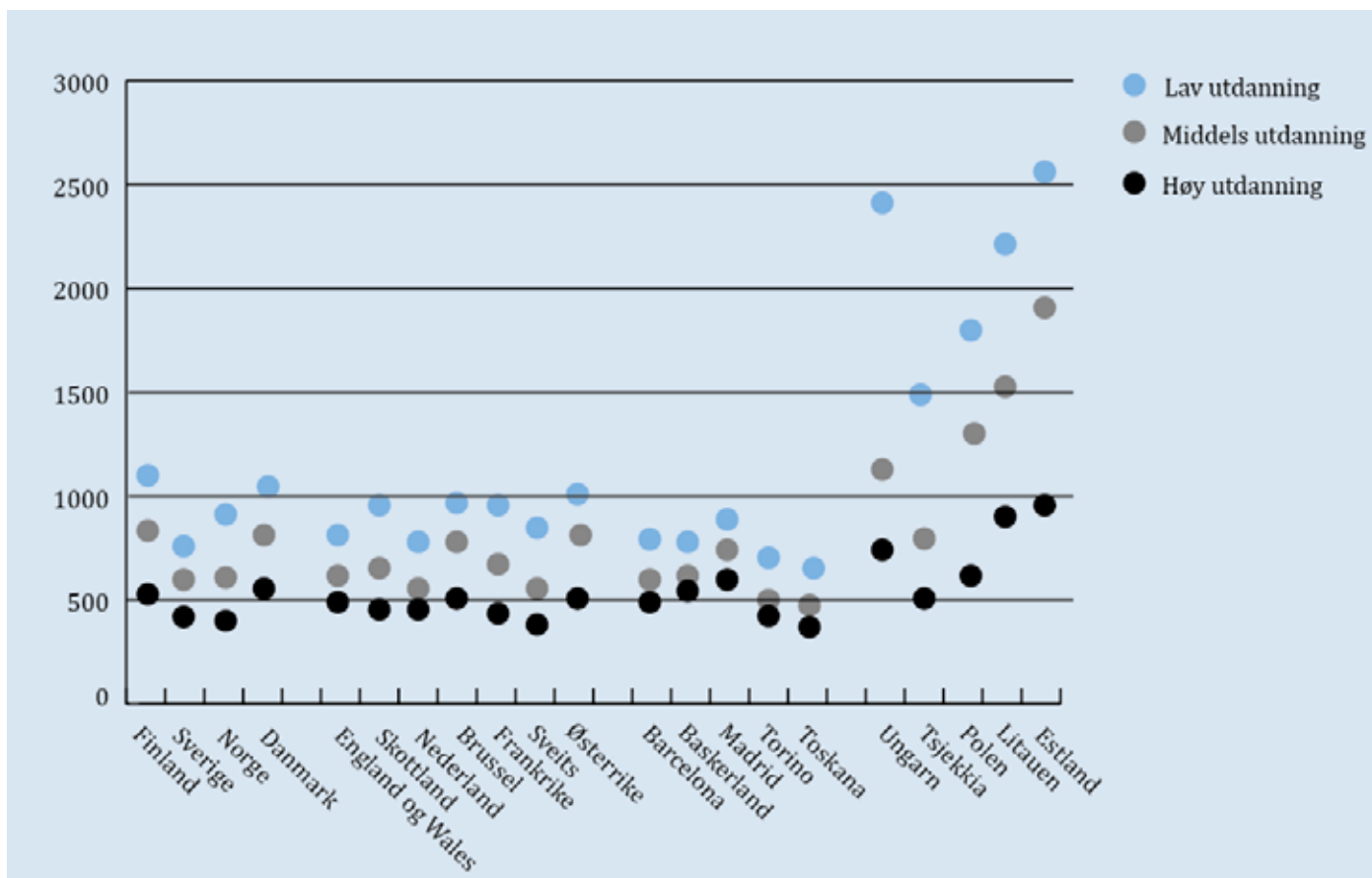


## Ikke mindre helseulikheter i Norge enn i andre land

Det som har blitt omtalt som en folkehelsegåte vises i figur 5. Ut i fra antakelsen om at de likhetsorienterte nordiske landene, med sine velutbygde velferdsstater, omfordeler viktige ressurser jevnere enn mange andre land, har det overrasket mange at de sosiale helseulikhetene likevel ikke er mindre. Ulikhetene i Norden er ikke mindre enn i for eksempel Storbritannia, som har høyere inntektsulikhet og en mindre raus velferdsstat enn de nordiske landene. De enkelte lands plassering varierer en del, avhengig av hva slags studie det er snakk om, men hovedmønsteret vist nedenfor er ganske etablert i forskningslitteraturen.

Verdt å merke seg er det at størrelsen på ulikhetene varierer ganske betydelig på tvers av Europa. Hvilken rolle politikken spiller i dette mønsteret er ikke avklart, men tidligere studier antyder at både velferdsstat og velstandsnivå spiller en rolle. En studie har funnet at utdanningsforskjellene i røyking er større enn i andre land, og at røyking forklarer en større del av de sosiale ulikhetene i total dødelighet i Norge.<sup>13</sup> I tillegg kan andre forhold ved de ulike landene spille inn, slik som arbeidsmiljø, trafikkulykker, ernæring, og alkoholbruk.

Figur 5. Dødelighetsrater etter utdanningsnivå for menn i Europa.



Kilde: Lundberg m.fl. 2012:89.<sup>14</sup>

## Oppvekst og læring

Oppveksten er en kritisk periode, både i enkeltmenneskers liv og som intervensjonspunkt for en politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse. Ulikhet som rammer barn gjør inntrykk. Ingen velger hvilken familie eller hvilket sosioøkonomisk sjikt man skal fødes inn. Når barn fra lavere sosiale lag for eksempel oftere får helseproblemer og alvorlig skader i oppveksten, og har færre ressurser å spille på i møte med skole og overgang til arbeidslivet, er dette uttrykk for ufordelaktige omstendigheter, ja for en urettferdighet. Helsen og helsevanene som etableres i tidlige år har også innvirkning på mulighetene til å lykkes i skolegang og arbeidsliv.

De fleste vil være enig om at det ikke finnes en god etisk begrunnelse for slik ulikhet i livssjanser. Dette handler ikke først og fremst om gode eller dårlige foreldre, men om ulikhetens reproduksjon. Hvor sterk denne reproduksjonen skal være har samfunnet innvirkning på. Historien viser at det er håp. Mens mer enn seks barn per 1000 levendefødte døde i løpet av sine første levedager på 1970-tallet, er dette tallet mer enn halvert på tre tiår. Den samme tendensen gjelder for de sosiale ulikhetene i spedbarnsdødelighet.



### Familie og oppvekstmiljø

De sosiale, økonomiske og utdanningsbaserte forholdene i familien som barn og ungdom vokser opp i, har betydning for helsen deres. De samme forholdene kan fremme eller hemme barnets sosiale, emosjonelle og kognitive utvikling. De kan dermed ha stor betydning for livets gang. Det er en tendens til at fordeler og ulemper hopper seg opp gjennom livsløpet. Ulikheter i risikofaktorer og helseproblemer blant barn og unge kan derfor bli til markante sosiale, økonomiske og helsemessige

forskjeller senere i livet. Slik reproduseres ulikhetene mellom generasjonene.

Ressurser og belastninger er ikke likt fordelt mellom barn og ungdom fra ulike sosiale lag:

- Stabil og trygg familietilknytning er en forutsetning for harmonisk vekst og trivsel i oppveksten.<sup>15</sup> Det er ikke alle barn som opplever dette. En ny tendens er at andelen barn og ungdom som lever i skilsmissefamilier reduseres med økende sosioøkonomisk status.<sup>16</sup>
- Fra 1990- til 2000-tallet var det en fordobling av andelen barn som opplevde langvarig inntektsfattigdom i Norge. Økonomisk knapphet medfører blant annet færre muligheter til å delta i fritidsaktiviteter, som er viktig for en positiv utvikling. Her er det også en sosial gradient.<sup>17</sup>
- Barns eksponering for støv, lukt, støy og annen forurensning er ulikt fordelt etter foreldrenes utdanning og inntekt.<sup>18</sup>
- Utsatthet for mobbing har en sosioøkonomisk gradient.
- Det er vedvarende sosioøkonomiske ulikhet i frokostspising, fysisk aktivitet og røyking.
- For inntak av frukt var det en økning av ulikhetene og deretter en reduksjon av forskjellene på 2000-tallet.<sup>19</sup>

### Skolegang og opplæring



Sammenlignet med andre land er det mange ungdommer som er under videregående opplæring i Norge. Andelen under utdanning i aldersgruppen 20-29 år er imidlertid noe lavere i Norge enn i de andre nordiske landene.<sup>20</sup>

Norske elever gjør det ikke spesielt bra i internasjonale testprogrammer, men har i det siste vist framgang. Norge gjør det også relativt dårlig i OECD-målinger

over fullføring av videregående opplæring. I Norge fullfører 72 prosent i løpet av normert tid eller to år over normert tid, mot et OECD-gjennomsnitt på 85 prosent.<sup>21</sup>

Det er mange forhold ved familien som påvirker skoleprestasjoner, slik som foreldrenes utdanningsnivå, inntekt og familiens sammensetting.<sup>22</sup>

Sosioøkonomisk bakgrunn og skoleprestasjoner forutsier i stor grad barns og ungdoms utdanningskarrierer. Sosioøkonomiske forskjeller i prestasjoner manifesterer seg dessuten tidlig, og øker faktisk i løpet av grunnskoleopplæringen.<sup>23</sup>

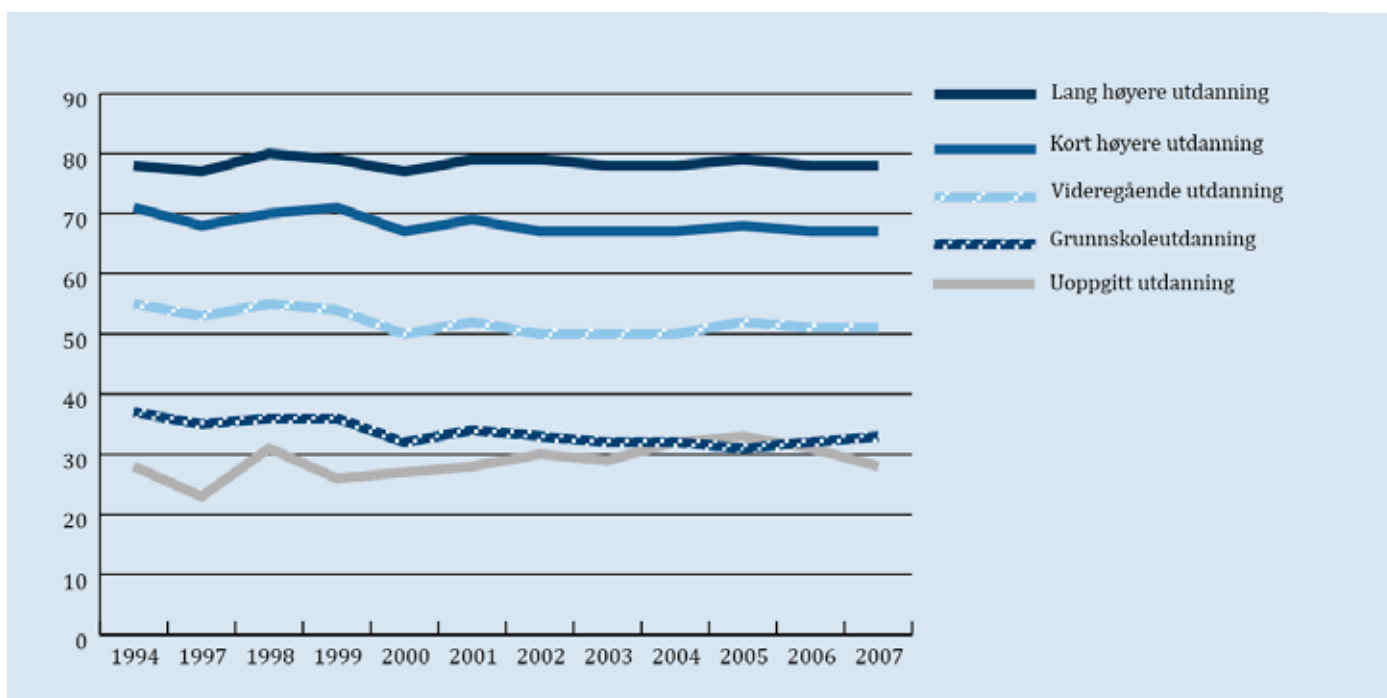
### Stabil fullføringsstatistikk

Videregående opplæring er en rettighet i Norge, men for elevene som mangler eller har svakt karaktergrunnlag fra grunnskolen er det vanskelig å følge den videregående opplæringen.

Den sosiale gradienten i fullføring av videregående skole etter foreldrenes utdanningsnivå er tydelig, som figur 6 viser. Forskjellen i sjansen for å gjennomføre er på nesten 30 prosent mellom de som har foreldre med høyest og lavest utdanning. Et interessant trekk er at både forskjellene og nivået har vært ganske stabile helt siden 1994.

Det er tegn til at helse kan ha noe betydning for både skoleprestasjoner og frafall, og dermed utdannings- og yrkeskarrierer på sikt. Det er også grunn til å anta at sosial bakgrunn, helserelaterte forhold og skoleprestasjoner opptrer i komplekse samspill. Dårlig følelse av mestring, lav motivasjon, dårlig selvbilde og psykisk helse ser spesielt ut til å være sammenkoplede for ungdom som står i fare for å avbryte skolegangen.<sup>24</sup>

Figur 6. Andel som gjennomfører videregående i løpet av fem år, etter foreldrenes utdanningsnivå 1994-2007. Prosent



Kilde: Egne analyser, Statistikkbanken SSB.

## Konsekvenser av frafall

Sviktende skolegang og frafall fra videregående skole er knyttet til helse- og levekårsproblemer senere i livet.<sup>25</sup> Utdannings- og arbeidsmarkedstilknytningen blir markant bedre når videregående kompetansenivå er oppnådd,<sup>26</sup> mens de som avbryter skolegangen har større sjanser for å havne utenfor eller i en marginal posisjon i arbeidsmarkedet. Sannsynligheten for å være registrert som arbeidssøker hos NAV og for å motta offentlig støtte er også mye høyere i denne gruppen enn i andre utdanningsgrupper.<sup>27</sup>



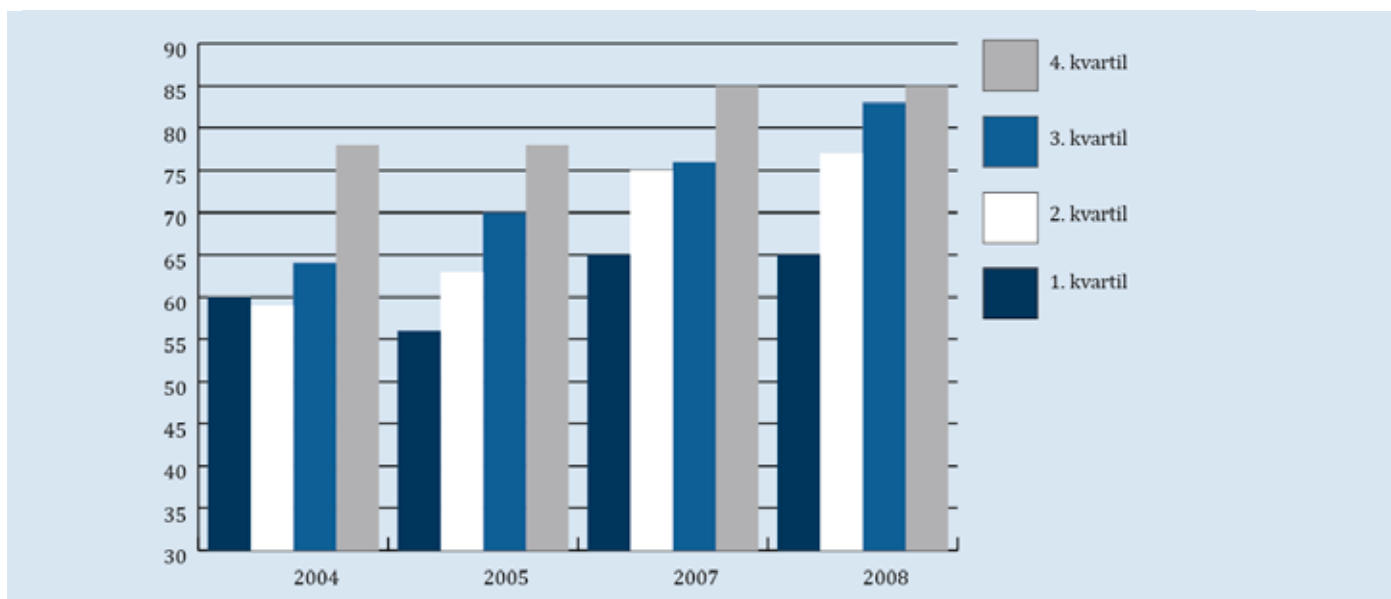
## Politikken på feltet



Den norske velferdspolitikken har vært sterkt innrettet mot å bedre barns levekår. Helsestasjonene gjør en viktig jobb med å følge opp barn og ungdom, og kan slik bidra til å forebygge dårlig helse og beskytte barn mot dårlige hjemmeforhold.

Barnehagen er også en viktig tjeneste, men slik vi ser av figur 7 er det tydelige forskjeller i bruk etter mors utdanning: I 2008 gikk 65 prosent blant barna (1-5 år) fra familier med lavest inntekt i barnehage, sammenlignet med 86 prosent blant barn i familiene med høyest inntekt. Barnehager av god kvalitet og tilrettelagt læring kan bidra til å gi barn likere muligheter.

Figur 7. Andel barn i barnehage (1 time eller mer per uke) etter husholdningens samlede inntekt før skatt (1. kvartil = lavest), barn i alderen 1-5 år.



Kilde. Sæther 2010:15.<sup>28</sup>

Kontantstøtteordningen ser på sin side ut til å gi barn en ulempe ved skolestart, ved at barna går glipp av mye sosial, språklig og kognitiv læring som de ellers kunne fått i barnehagen. Dette er ekstra uheldig fordi det gjerne er de som kunne trenge denne læringen mest som går glipp av den. Foreldre med innvandrerbakgrunn, lav utdanning og inntekt, bruker kontantstøtten oftest.

Familiepolitikk er mer enn barnehagepolitikk, og politikkområdene må sees i sammenheng, slik at for eksempel økonomisk kompensasjon til fattige barnefamilier kan inngå som et tiltak. I Norge har kontantytelser slik som barnetrygd og sosialhjelp ikke fulgt lønnsutviklingen, og dermed blitt relativt mindre verd.

Skolefritidsordningen er også en arena med en potensiell positiv påvirkning på senere skoleprestasjoner.<sup>29</sup> Men også her er det sosiale ulikheter i bruken, mye på grunn av kostnadene.<sup>30</sup> Det er en indikasjon på at prisjustering vil kunne bidra til utjevning. Gratis leksehjelp ble etablert i 2010 på enkelte trinn i grunnskolen. I strid med intensjonen har tiltaket ikke bidratt til å redusere de sosiale ulikhetene i skoleprestasjoner.<sup>31</sup>

Myndighetene har pekt på at videreutvikling av skolehelsetjenesten og økt tverrsektorielt samarbeid er viktige tiltak for å fremme ungdomshelse. Likevel er skolehelsetjenesten noen steder bygd ned og tverrfagligheten svekket, spesielt tilbudet i videregående skoler.<sup>32</sup> Mye tyder på at skolehelsetjenesten kan spille en rolle i å forhindre at elever avbryter den videregående opplæringen.<sup>33</sup>

Etter intensjonen ser Kunnskapsløftet ut til å ha ført til bedre skoleprestasjoner, med den utilsiktede konsekvens at det i første rekke er elever fra familier med høy sosioøkonomisk status som har dratt nytte av satsingen.<sup>34</sup> De sosiale ulikhetene har tilsynelatende økt noe de siste årene.

Fullføringsraten har dessuten vært så å si stabil siden Reform 94, slik vi så av figur 6. Det har imidlertid vært en forbedring i tilgang til læreplasser, men mangel på læreplass er fortsatt en viktig barriere for mange elever. Ordninger slik som Praksisbrev har potensial til å øke gjennomstrømmingen,<sup>35</sup> mens prosjektet Ny GIV har bidratt med ordninger som kan være interessante å videreføre. Et viktig spørsmål er også om tilpasset opplæring bør innebære at de svakeste elevene får tilgang til ekstra ressurser.

## Mål og anbefalinger

Målet er å redusere sosiale ulikheter i barn og ungdoms muligheter slik at alle får en best mulig start i livet med gode livssjanser. Dette innebærer å sikre like muligheter til kognitiv, språklig, personlig, sosial og helsemessig utvikling og vekst.

Basert på den foreliggende kunnskap på dette området anbefaler vi:

1. Å redusere fattigdom i barnefamilier.
2. Tidlig innsats blant annet ved å styrke helsestasjonen og skolehelsetjenesten.
3. Redusere sosial ulikhet i bruk av barnehage.
4. Tidlig og kontinuerlig innsats for å bedre prestasjoner og redusere ulikheter i frafall i den videregående opplæringen.
5. Reformen og tiltak i skolen må komme elever som trenger det til gode.
6. Styrket og tverretattlig oppfølging av ungdom som opplever helserelevante eller sosiale problemer.



## Arbeidsliv og arbeidsmiljø

Arbeid er bærebjelken for velferden, både i samfunnet og for individer. For den enkelte betyr arbeid inntekter som kan brukes til å kjøpe varer, tjenester, fritidssysler og bolig – kort sagt frihet til å utfolde seg i tråd med det en mener er et godt liv. For mange kan arbeidet også gi tilgang på sosialt fellesskap, være en arena for selvrealisering og utfoldelse, og et sted som møter oss med forventninger vi setter pris på å oppfylle. Gode jobber kan rett og slett være bra for helsen! De holder oss i aktivitet, er meningsfulle, og gjør at vi føler oss verdsatt.

Ikke alle får en jobb. Jobbløshet er et problem både for samfunnet og for den enkelte. Fra et helseulikhetsperspektiv er det uheldig om folk som ønsker å arbeide blir stående lenge utenfor arbeidslivet, særlig i de tilfellene der dette svekker levekårene og barns oppvekstmiljø.

Arbeidet er heller ikke et ubetinget gode. Tunge løft, risiko for ulykker, dårlige arbeidsstillinger, uheldig stress og til og med mobbing, er en del av hverdagen for mange. En som starter sin karriere som 23-åring kan regne med å tilbringe rundt 9000 dager på jobben, eller ca. 67 600 timer. Et dårlig arbeidsmiljø vil derfor ha nok av tid til å gjøre skade på helsen. Som vi skal se senere i dette avsnittet er også helseskadelige jobber en hovedgrunn til helseulikhetene.



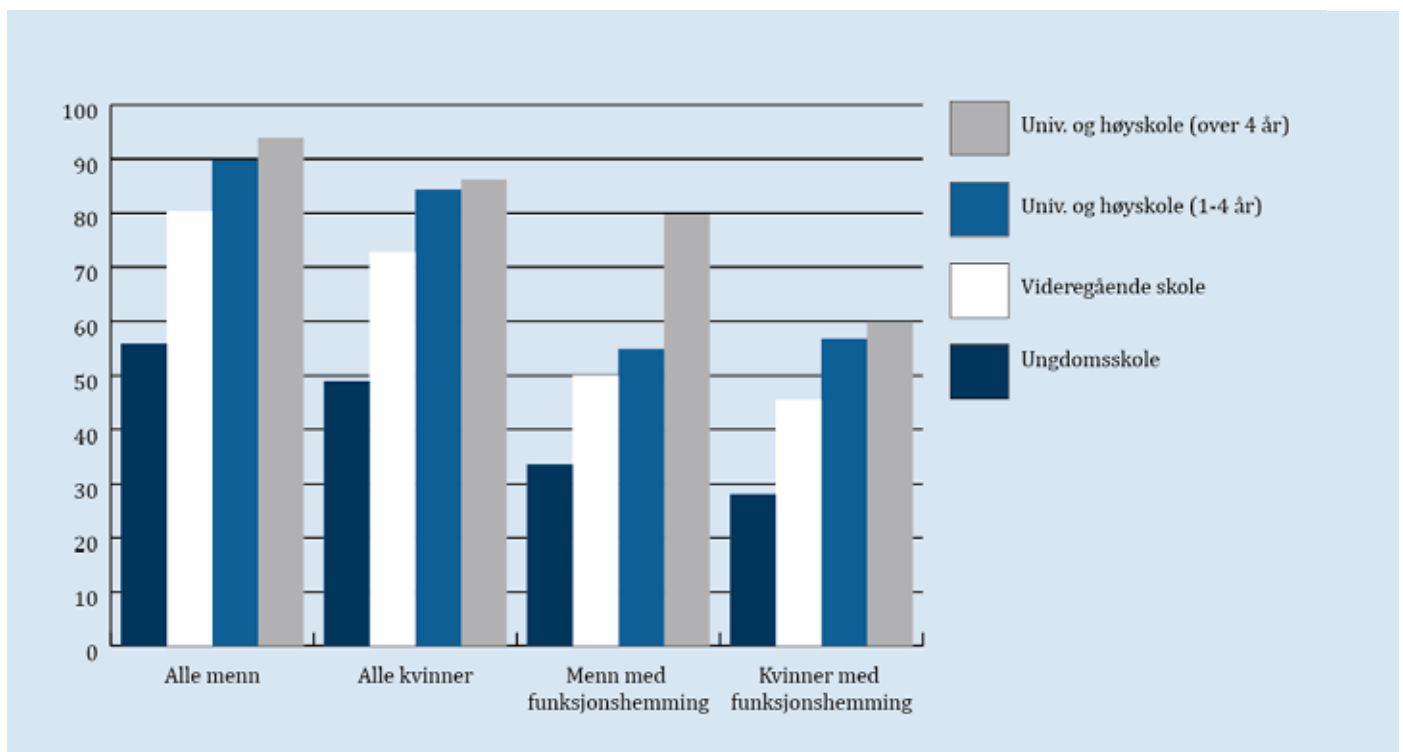
### Et inkluderende arbeidsliv

Mange er bekymret for at andelen som er utenfor arbeidslivet i Norge er for høy. Ofte ses dette som en utilsikket virkning av den rause norske velferdsstaten. Er det blitt for lett å melde seg ut? Dersom vi løfter blikket og ser ut over Europa endrer imidlertid dette bildet seg. De siste tiårene har arbeidsdeltakelsen vært svært høy i Norge. Grupper med tradisjonelt svakere bånd til arbeidslivet - kvinner, yngre, eldre, lavt utdannede og folk med helseproblemer - er oftere i arbeid i Norge enn i de fleste andre land.<sup>36</sup> Norge kan grovt sett sies å ha et av Europas mest inkluderende arbeidsliv. Og dette skyldes nok ikke bare oljen. Våre naboland som har lignende velferdsstater kommer også meget godt ut, sammenlignet med Europa for øvrig.

### Økende ulikhet

Til tross for dette viser det seg at folk med dårlig helse stadig oftere er å finne utenfor arbeidsmarkedet, *en økning som særlig har skjedd blant de med lavt utdanningsnivå*. De sosiale konsekvensene av sykdom er altså større jo lavere utdanningsnivå du har. Dette utgjør en form for helseulikhet i seg selv. Et gitt helseproblem kan tenkes å være vanskeligere å kombinere med de jobbene som vanligvis er tilgjengelige for folk med lav utdanning enn for de med høy utdanning. Her spiller eventuelle skjerpede effektivitetskrav i arbeidslivet også inn. Figur 8 viser andelen som er sysselsatt etter utdanning og helse. For både menn og kvinner er det lavere andeler og større utdanningsforskjeller blant dem som har en funksjonshemming.

Figur 8. Sysselsatte i alt og sysselsatte med nedsatt funksjonsevne etter utdanningsnivå og kjønn 2007.



Kilde: Olsen og Thi Van 2007:37.<sup>37</sup>

Blant uføre er det også en høyere andel av mennesker med lavere utdanningsnivåer. Uførepopulasjonen har vokst frem til de siste årene, men det er usikkert om det skyldes endret atferd i befolkningen. Om vi i stedet ser på *tilstrømmingen* av nye uføretrygdmottakere, ser vi at den har vært stabil.<sup>VIII</sup> Det tyder på at veksten i uførepopulasjonen kanskje heller skyldes en opphopning snarere enn økt rekruttering, slik mange har vært bekymret for.

Omkring 10-16 prosent av personer i yrkesaktiv alder kan sies å være mer eller mindre permanent utenfor arbeidsmarkedet.<sup>38</sup> Om dette er for mange eller ikke kommer an på hva en sammenligner med, og hva som er alternativet.

### Er arbeid bra for helsen?

Helseforskjellen mellom de som er i arbeid og de som ikke er i arbeid er betydelig. Å være uten arbeid øker risikoen for å ha en langvarig lidelse omtrent tre ganger for menn og opp mot fire ganger for kvinner.<sup>IX</sup> En stor del av denne forskjellen skyldes sortering av folk med ulike helse inn og ut av arbeidslivet.<sup>39</sup>

VIII Se figur 8.5 i hovedrapporten.

IX Kontrollert for alder og utdanningsnivå. Se figur 8.3 i hovedrapporten.

Men forskjellene kan også dels komme av ulike fordeling av levekårene mellom grupper i og utenfor arbeidsmarkedet, da høyere inntekt og materiell standard, økonomisk trygghet og sosial status som gjerne følger med arbeidet, er gunstig for helsen. Det er en del usikkerhet i litteraturen på om det er helseskadelig å miste jobben. Norske studier tyder imidlertid på det.<sup>40</sup> Å forlate arbeidsmarkedet frivillig gjennom avtalefestet pensjon ser imidlertid ikke ut til å påvirke dødeligheten, men her er også de økonomiske og sosiale rammene annerledes.<sup>41</sup>

I et folkehelseperspektiv er det også viktig å undersøke om en kan oppnå en helsegevinst av å få folk tilbake i jobb. En del nordiske studier av arbeidsledighet, arbeid og mental helse tyder på mulige gevinster.<sup>42</sup> Disse studiene konkluderer med at det å få bedre økonomisk forutsigbarhet var en plausibel mekanisme. For eksempel fant en studie at overgang fra arbeidsledighet til mindre trygge former for arbeid ga en svakere helseeffekt.<sup>43</sup> Arbeid er bra for helsen, men ikke all slags arbeid. Trygghet og et godt arbeidsmiljø er viktige forutsetninger, som vi snart skal se.

## Arbeid for alle?

Sosialhjelpsmottakere er en kategori der flere utsatte grupper er overrepresentert (f.eks. enslige forsørgere, langtidsledige, personer med nedsatt arbeidsevne og bostedsløse). Sosialhjelpen er ment å være kortvarig, men en del mottar likevel denne stønaden i lengre tid. Sosialhjelpen er kjennetegnet ved behovsprøving og relativt lave satser, og kommunene har adgang til å redusere ytelsen, dersom mottakerne ikke stiller opp til avtaler og ved eventuelle aktivitetskrav.

Over 60 prosent av langtidsmottakerne av sosialhjelp var fattige i 2012. Fattigdom er regnet som en av de fremste risikofaktorene for sykdom og for tidlig død, selv om det ofte kan være slik at sykdom fører til fattigdom (og sosialhjelpsbruk). Den fysiske og særlig den psykiske helsetilstanden blant sosialhjelpsmottakere er gjennomgående dårlig. Kriminalitet, rusmisbruk og røyking forekommer langt oftere blant sosialhjelpsmottakere enn i befolkningen for øvrig.<sup>44</sup> Sosialhjelpsmottakere, spesielt langtidsmottakere, har langt høyere dødelighet enn den øvrige befolkningen, særlig for dødsårsaker knyttet til stort forbruk av alkohol/rusmidler.<sup>45</sup> Mye tyder på at det er mange i denne gruppen som ikke er i stand til å ha utbytte av arbeidsrettede tiltak.

## Arbeidsmiljøet

Arbeidsmiljøet er et viktig innsatsområde for å redusere helseulikhetene. Gjennom livsløpet tilbringer de fleste betydelig tid på arbeidsplassen. Koplingen mellom bestemte arbeidsmiljøfaktorer og ulike lidelser og plager er dessuten i mange tilfeller rimelig godt kartlagt. Arbeidsmiljøet er også særlig interessant fordi det som mekanisme mellom sosioøkonomisk posisjon og helse er ganske tilgjengelig for politisk intervensjon. Feltet er dessuten allerede godt regulert og organisert gjennom lovgivning, kontrollvirksomhet og kunnskapsformidling.

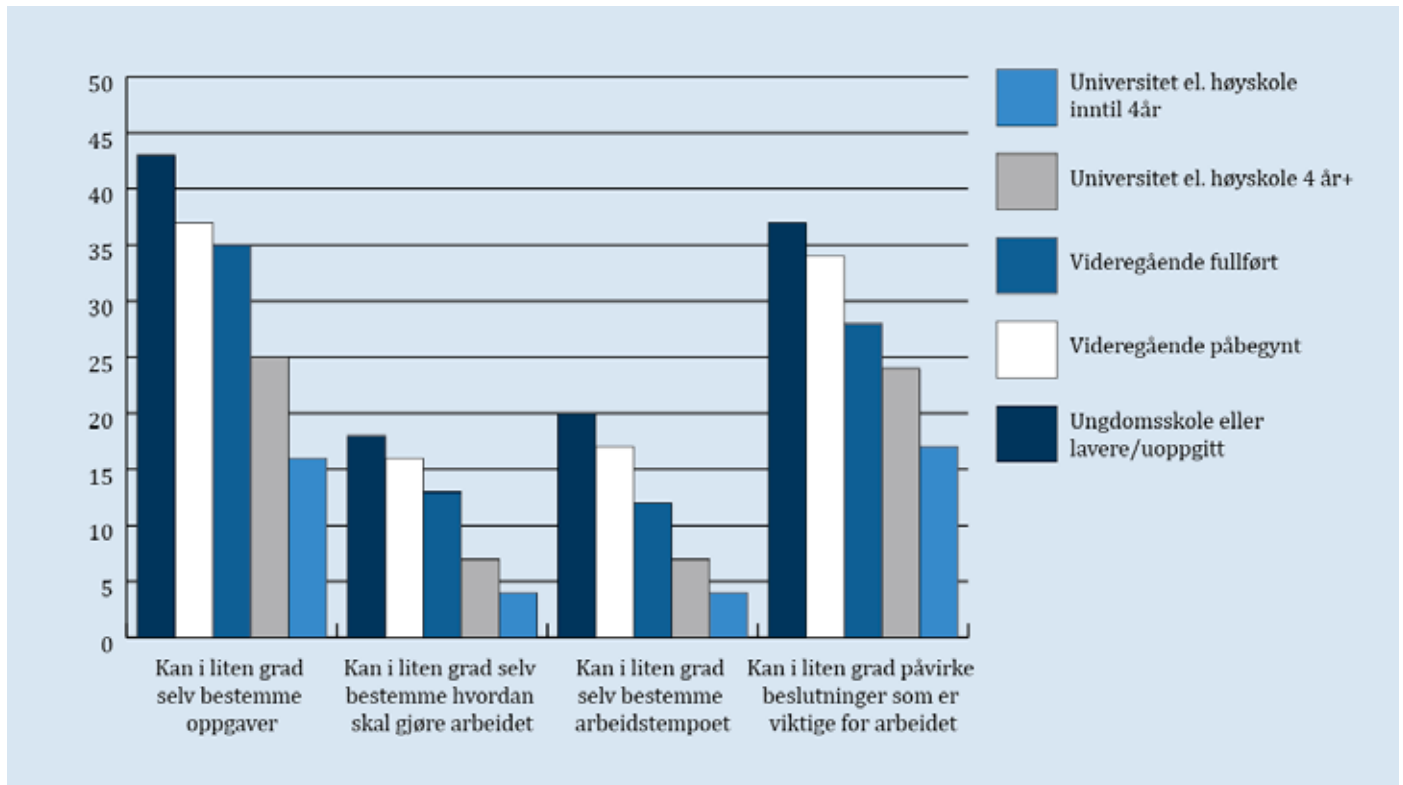
De fleste sidene ved arbeidsmiljøet har en sosial gradient der folk med lavere utdanningsnivå eller i manuelle yrker som hovedmønster er utsatt for flere belastninger. Dette gjelder forhold slik som ugunstige arbeidstider, tunge løft, ubehagelige arbeidsstillinger, repeterende bevegelser, utsatthet for støy og vibrasjoner, og kontakt med ulike kjemikalier.



Mens kontorarbeidere nok kan ha sitt å stri med, slik som en stillesittende arbeidssituasjon og PC-relaterte belastninger, er det i tillegg et viktig moment som skiller tydelig mellom de som har høy og lav utdanning i arbeidslivet; nemlig det å ha kontroll over arbeidssituasjonen (se figur 9). Den som har muligheten til å justere innsatsen sin og variere arbeidet, ta pauser osv. har også bedre forutsetninger for å dempe betydningen av uheldige belastninger. Kombinasjonen av høye krav og lite kontroll, som kjennetegner enkelte industri- og serviceyrker, er særlig uheldig, og virker inn på sjansen for psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, og hjerte- og karsykdommer.<sup>46</sup> Andre psykososiale forhold, slik som manglende sosial støtte og hjelp fra kolleger eller overordnede og opplevelse av anerkjennelse for arbeidsinnsats, er i liten grad sosialt skjevfordelt.<sup>47</sup>



Figur 9. Andel av sysselsatte som opplever lav kontroll på jobben, etter utdanningslengde.



Kilde: NOA 2011, figur 3.2.29.<sup>48</sup>

Arbeidsmiljøet forklarer mye av de sosiale ulikhetene i helse. Eksempelvis rapporterte en studie at mellom 50 og 90 prosent av gradienten i muskel- og skjelettlidelser skyldes fysiske arbeidsmiljøfaktorer.<sup>49</sup> En annen studie fant at kontroll over arbeidet kunne forklare 60 prosent av ulikhetene i sjansen for å få hjertesykdom, mer enn røyking, overvekt, blodtrykk, fysisk aktivitet og kolesterolnivå til sammen.<sup>50</sup>

I europeisk sammenheng er det norske arbeidsmiljøet, særlig det psykososiale arbeidsmiljøet, rimelig godt. Det har også generelt sett bedret seg de siste tiårene. Endringer i næringsstrukturen og en velutviklet arbeidsmiljøpolitikk med godt samarbeid mellom partene i arbeidslivet har også bidratt til den positive utviklingen. Selv om andelen som blir utsatt for dårlig arbeidsmiljø har avtatt over tid, er det likevel fortsatt betydelige andeler i grupper med lavere sosioøkonomisk status som har slike påkjenninger.

## Politikken på feltet

I norsk politikk står den såkalte «arbeidslinja» sterkt. Målet med arbeidslinja er at arbeid skal være førstevalget for alle. Arbeidsliv og velferdsordninger skal innrettes slik at de støtter opp om dette målet. Konkret kommer arbeidslinja blant annet til uttrykk gjennom NAV-reformen og Avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Selv om begge disse initiativene til dels har fokusert sterkt på gruppen som har nedsatt arbeidsevne som følge av helseproblemer, har de i liten grad hatt som mål å redusere sosiale ulikheter i helse.

Et sentralt element i arbeidslinja er å stille sterkere aktivitetskrav til dem som mottar ytelse. Disse kan sees på som en måte å avgrense bruken av stønader på.<sup>51</sup> Bruken av aktivitetskrav bidrar slik til å legitimere forholdsvis høye stønadsnivå, noe som forhindrer fattigdom blant stønadsmottakerne. Spørsmålet er om alle er i stand til å innfri kravene, og kanskje særlig de med få ressurser og dårlig helse, slik situasjonen eksempelvis ofte er for sosialhjelpsmottakere.<sup>52</sup> Virkningene av aktivitetskrav på helse vet vi lite om, men forskning antyder at å sette vilkår om deltakelse i tiltak hindrer deltakerne i å få forbedringer i sin mentale helse som de ellers kunne fått.<sup>53</sup>

Målet om å inkludere flere med nedsatt arbeidsevne i arbeidslivet som er satt opp i IA-avtalen har ikke blitt nådd per 2009. Det er vanskelig å si om IA-avtalen har påvirket helseulikhetene eller utjevnet sosiale ulikheter i helserelatert utstøting. Videre vet vi ikke om NAV-reformen har virket på helsen i ulike sosioøkonomiske grupper. Tiltakene som er gjennomført mot sosial dumping ser på sin side ut til å ha hatt en positiv virkning.<sup>54</sup>

Arbeidsmiljøforhold er et viktig bindeledd mellom sosial posisjon og helse, og det kan være enklere å gjøre noe med et helsefarlig arbeidsmiljø enn den grunnleggende sosiale ulikhetsstrukturen.<sup>55</sup> Norge gjør mye riktig for å redusere helseulikheter gjennom forebygging på arbeidsmiljøområdet. Likevel er arbeidslivet fortsatt et vesentlig bidrag til at sosiale helseulikheter opprettholdes. En grunn kan være at den norske politikken på arbeidsmiljøområdet har vært preget av mer fokus på umiddelbar risiko enn på faktorer med potensielt større nedslagsfelt, slik som psykososialt arbeidsmiljø, organisatoriske forhold og arbeidstidsordninger. Kampanjer gjennomført av Arbeidstilsynet ser imidlertid ut til å ha redusert arbeidsmiljøbelastningene i foretakene.

## Mål og anbefalinger

Målet er å redusere sosial ulikhet i helserelatert sosial mobilitet inn og ut av arbeidsmarkedet, og å sørge for tilstrekkelig sosial og økonomisk trygghet blant dem som står utenfor arbeidsmarkedet. Det er også viktig å redusere sosial ulikhet i kvaliteten på arbeidsmiljøet.

Basert på den foreliggende kunnskap på dette området anbefaler vi:

1. Å gjennomføre arbeidsrettede tiltak innenfor ordinært arbeidsliv som har en dokumentert effekt, samt å benytte gradert sykmelding.
2. Tverretattlig og tilpasset innsats for å føre folk tilbake til arbeid, med særlig fokus på tilrettelegging for lavt utdannede med nedsatt helse.
3. Sørge for at de som står utenfor arbeidslivet sikres tilstrekkelig økonomiske standarder, sosiale arenaer og meningsfull aktivitet.
4. Bedre arbeidsmiljøet, i særdeleshet fysiske belastninger, kontroll og selvbestemmelse, og risikoen for arbeidsulykker.
5. Satse mer på forebygging av dårlig helse i arbeidet med inkluderende arbeidsliv.

## Økonomiske forskjeller

Inntektsulikhet og inntektsfattigdom er tett på kjernen i helseulikhetsproblemet. Inntekt gir handlefrihet og makt over egen velferd og livssituasjon, mens inntektsfattigdom gir avmakt og dårligere levekår. Mellom ytterpunktene i inntektsfordelingen øker handlefriheten og kanskje også den sosiale anseelsen gradvis. Størrelsen på den relative ulikheten i samfunnet kan si oss mye om hvordan velstandsvekst og ressurser fordeles.

Sammenhengen mellom inntekt og helse skyldes både at inntekten påvirker helsen, men også at helsen påvirker evnen til å skaffe seg inntekter. Inntektssituasjonen til familien i barndommen kan være én av flere faktorer som via oppnåelse av utdanningsnivå, yrkesvalg og deltakelse i arbeidslivet, setter i gang en spiral, der helse og inntekt påvirker hverandre over livsløpet.<sup>56</sup> Det relative inntektsnivået i samfunnet har også en effekt på helsen, kanskje ved å påvirke opplevd egenverd, helseatferd, vonde følelser, stress og konflikt.<sup>57</sup>

Uansett hvilken vei årsakspilene går mellom inntekt og helse er det spillerom for politikken til å sørge for en rettferdig og hensiktsmessig fordeling av muligheter, handlefrihet og levekår.

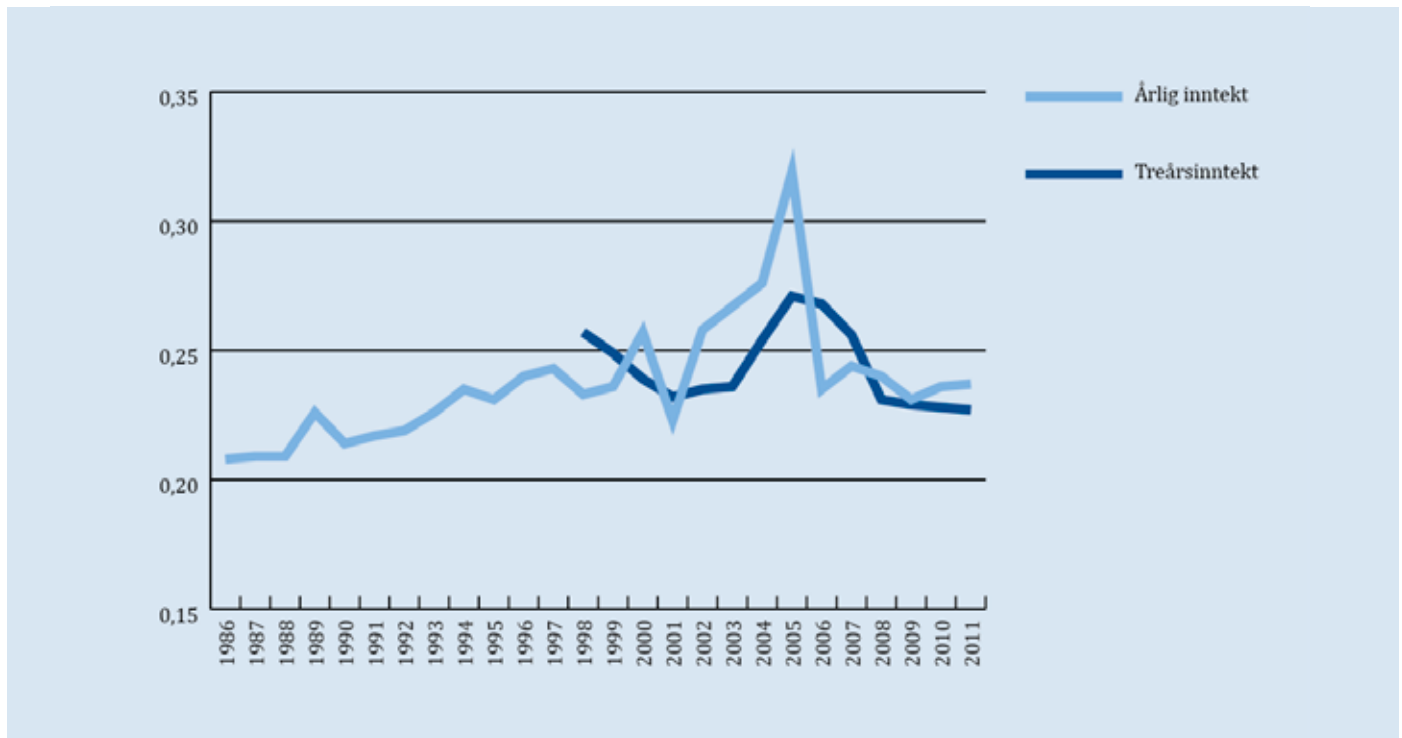
### Inntektsulikhet

Norge har i løpet av de siste 15 årene opplevd en sterk velstandsvekst. Det typiske inntektsnivået i den norske befolkningen har økt med vel 50 prosent i perioden fra 1996 til 2011 i faste priser. "Alle" er vinnere i denne utviklingen, men noen grupper har vunnet klart mer enn andre, slik vi snart skal se.

1990-tallet markerte slutten på en over 100 år lang epoke med reduksjon i inntektsulikheten i Norge og i flere andre land, målt med inntektsandelen til de 10 prosent rikeste.<sup>58</sup> I Norge og i de fleste andre land har inntektsulikhetene økt siden slutten av 1990-tallet og fram mot slutten på 2000-tallet.<sup>59</sup> Dette er vist i figur 10. De store svingningene på 2000-tallet var forårsaket av midlertidige tilpasninger til endringer i skattelovgivningen. Andre ulikhetsmål viser i hovedsak den samme tendensen. Inntekt målt over en treårsperiode gir et overordnet inntrykk av stabilitet det siste tiåret, etter en liten nedgang i inntektsulikhetene sent på 1990-tallet.



Figur 10. Utviklingen i ulikhet i inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU-skala) målt ved Gini-koeffisienten. Alle eksklusiv studenthushold. 1986-2011.



Kilde: Pedersen 2013:14.<sup>60</sup>



Selv om Norge har lavere nivå av ulikhet i arbeidsinntekt enn i de aller fleste land i den rike delen av verden, viser det seg at *markedsinntektene*, det vil si summen av bruttolønn, inntekt fra selvstendig næringsvirksomhet, kapitalinntekter og renteinntekter, *ikke er vesentlig jevnere fordelt i Norge enn i andre land*.<sup>61</sup> Det er også betydelige forskjeller i formue: Over halvparten av formuen befinner seg hos de 10 prosent rikeste husholdene, og over 20 prosent av formuen tilhører de én prosent rikeste husholdene.<sup>62</sup>

## Livsfaser og økonomi

I Norge har alderspensjonistene hatt den sterkeste inntektsveksten, mens yngre enslige og enslige forsørgere og deres barn har hatt den laveste veksten. Småbarnsfamilier og særlig enslige forsørgere opplever nå i større grad relativ fattigdom enn for noen år siden.<sup>63</sup> Nedskjæringer eller manglende oppjusteringer av flere av ytelsene til barnefamilier er etter alt å dømme en av årsakene til økt fattigdom i barnefamilier.<sup>64</sup> Mens Norge og Norden ellers i lang tid har skilt seg ut ved å ha klart lavere fattigdomsrater blant barn og barnefamilier sammenlignet med den øvrige befolkningen er fattigdomsraten i barnefamilier nå på nivå med fattigdomsraten i befolkningen som helhet.

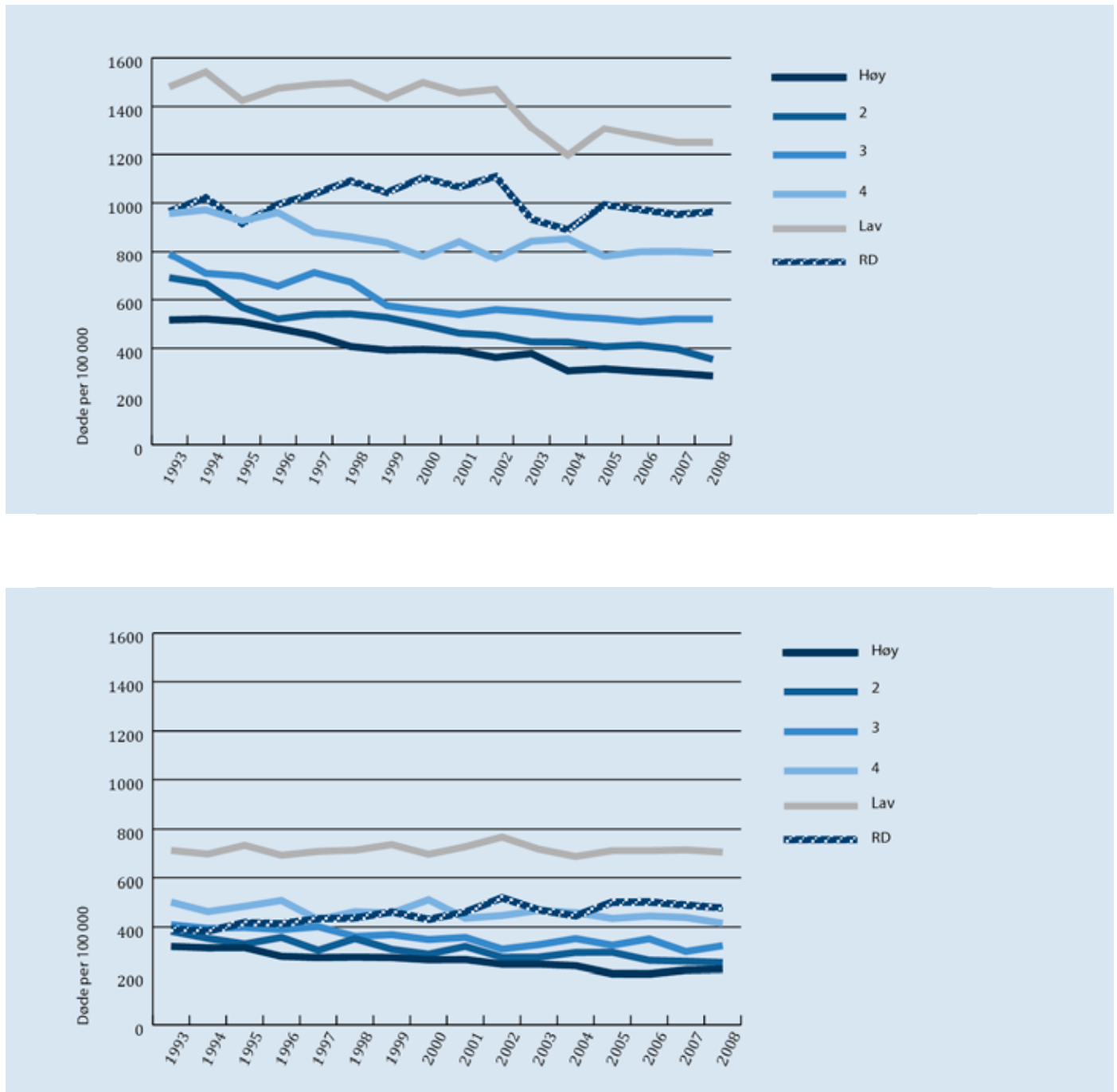
## Inntekt og helse

I perioden 1970 til 1997 var dødeligheten tilnærmet uforandret for den laveste inntektskvartilen (25 prosent med lavest inntekt), mens den falt kraftig særlig blant menn med inntekter over typisk inntekt – og da særlig fra 1980- til 1990-tallet. Den rikeste kvartilen (25 prosent med høyest inntekt) av menn opplevde en halvering av dødeligheten i løpet av ett tiår, mens reduksjonen blant de rikeste kvinnene var på mer beskjedne 24 prosent.

De siste to tiårene har inntektsulikhetene i dødelighet for menn vært ganske stabile, selv om alle inntektsgrupper har hatt en forbedring. Kvinner med de laveste inntektene har ikke tatt del i forbedringene i dødeligheten

som er kommet de øvrige kvinnene til gode, med det resultat at ulikhetene har fortsatt å øke svakt gjennom perioden. Disse mønstrene er vist i figur 11, for henholdsvis menn og kvinner.

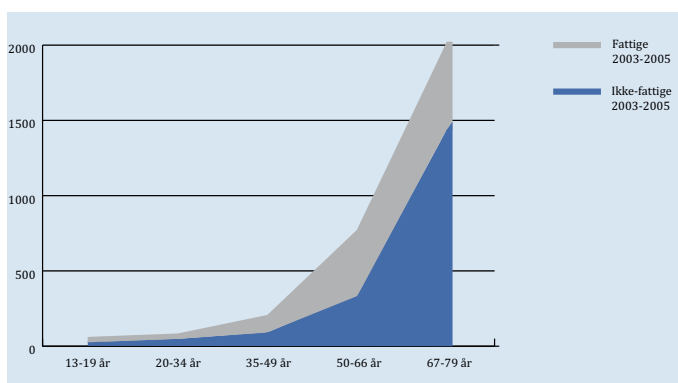
Figur 11. Antall dødsfall per 100 000 for menn (øverst) og kvinner (nederst) i alderen 45-67 år for fem tilnærmet like store inntektsgrupper for perioden 1993-2008. Aldersstandardiserte tall.



Kilde: Basert på Elstad og Dahl (2012), og beregninger gjort av Elstad. <sup>65</sup>

Figur 12 viser resultatene av analyser av registerdata som dekker hele den norske befolkningen. En person defineres som «fattig» om hans/hennes husholdning, i tre år på rad, har hatt en inntekt som er under 60 prosent av den typiske inntekten i befolkningen. Det er et klart gap i dødelighet mellom fattige og ikke-fattige. Fattigdomsforskjellene gjelder ikke bare middelaldrende, men også unge voksne (20-34 år) og ungdommer (13-19 år). Hos sistnevnte er selvsagt dødeligheten lav, men for eksempel blant fattige tenåringsjenter var femårs kumulativ dødelighet 2006-2010 nesten tre ganger så høy som blant ikke-fattige tenåringsjenter.

**Figur 12. Femårs kumulativ dødelighet per 10 000 blant fattige og ikke-fattige etter alder.**



Kilde: Elstad 2013:8.<sup>66</sup>

Helse er langt mer enn dødelighet. Fattige har også klart høyere forekomst enn ikke-fattige av psykiske plager, bruk av marihuana/hasj, annen narkotika, og alkoholavhengighet.

## Politikken på feltet

Det er vanskelig å vurdere de samlede effektene av senere politiske reformer, men mye tyder på at blant annet skattereformen i 2006 har styrket omfordelingen. Siden skattepolitikken de senere årene har befunnet seg i en motstrøm av økende ulikhet i markedsinntekter, er det mulig at skattepolitikken i realiteten har bidratt til større utjevning enn den vi ser.

I sosial- og velferdspolitikken har enkelte tiltak bidratt til forbedringer for noen, for eksempel for eldre, mens andre har bidratt til relative forverringer, for eksempel for barnefamilier. En endring som antakelig vil bidra til større likhet og mindre fattigdom, er opptrappingen av minstepensjonen. Denne har bidratt til at andelen fattige eldre er på vei ned. På den annen side har underreguleringen av barnetrygden ført til en reduksjon av denne med minst 25 prosent i reell kjøpekraft. Det er på samme måte en underregulering av sosialhjelpssatsene i forhold til den generelle inntektsutviklingen. Til tross for jevnlig økning i satsene har sosialhjelpen i Norge og Norden blitt mindre effektiv til å bekjempe fattigdom.<sup>67</sup> Overgangsstonaden til enslige foreldre har fått kortere varighet, og det er krav om yrkesrettet aktivitet når barnet fyller tre år. Økt fattigdom blant sosialhjelpsmottakere og barnefamilier må sees i lys av disse utviklingstrekkene.

## Mål og anbefalinger

Målet er å redusere ulikhet i inntekt og å redusere inntektsfattigdom. Det er særlig viktig å forhindre fattigdom i barnefamilier.

Basert på den foreliggende kunnskap på dette området anbefaler vi:

1. Fortsatt omfordeling gjennom skatte- og overføringssystemet.
2. Styrket innsats mot sosial dumping.
3. Reduksjon av fattigdom i barnefamilier ved å bedre økonomiske støtteordninger.

## Helsevaner

For en del dødsårsaker og sykdommer, slik som lungekreft, hjerte- og karsykdommer og diabetes, spiller vanene våre en ikke ubetydelig rolle.<sup>68</sup> Vaner som forskerne utpeker som viktige for helsen er typisk kosthold, røyking, alkohol og fysisk aktivitet. Slike helsevaner forklarer også en god del av helseulikhetene, men langt i fra alt. Helsevanene er mindre viktige for å forklare de sosioøkonomiske forskjellene i eksempelvis muskel- og skjelettplager, smertetilstander, selvurdert helse, mental helse og uførepensjon.

Det enkle svaret på hvordan helseulikhetene som følger av denne typen påvirkning kan reduseres, er selvfølgelig å få folk til å endre vaner. I dette ligger også en ansvarliggjøring av folk. Når slike endringer ikke er så enkle å få til, betyr ikke nødvendigvis det at lavt utdannede er mer uansvarlige enn andre. Det betyr nok heller at det ikke er noen enkel sammenheng mellom kunnskap og handling. Hva som skaper folks handlingsrepertoar og motivasjoner er et meget vanskelig spørsmål, og hvordan en skal gå fram for å endre disse et enda vanskeligere spørsmål.

### Ulikhet i helsevaner

I Norge, som i mange andre vestlige land, er det en rimelig klar tendens til at dårlige helsevaner hopper seg opp blant grupper med lav sosioøkonomisk status, mens mange typer gode helsevaner hopper seg opp i grupper med høyere sosioøkonomisk status. Det er markerte gradienter etter utdanning for kosthold og fysisk aktivitet.<sup>69</sup> Sammenhengen mellom sosial tilhørighet og bruk

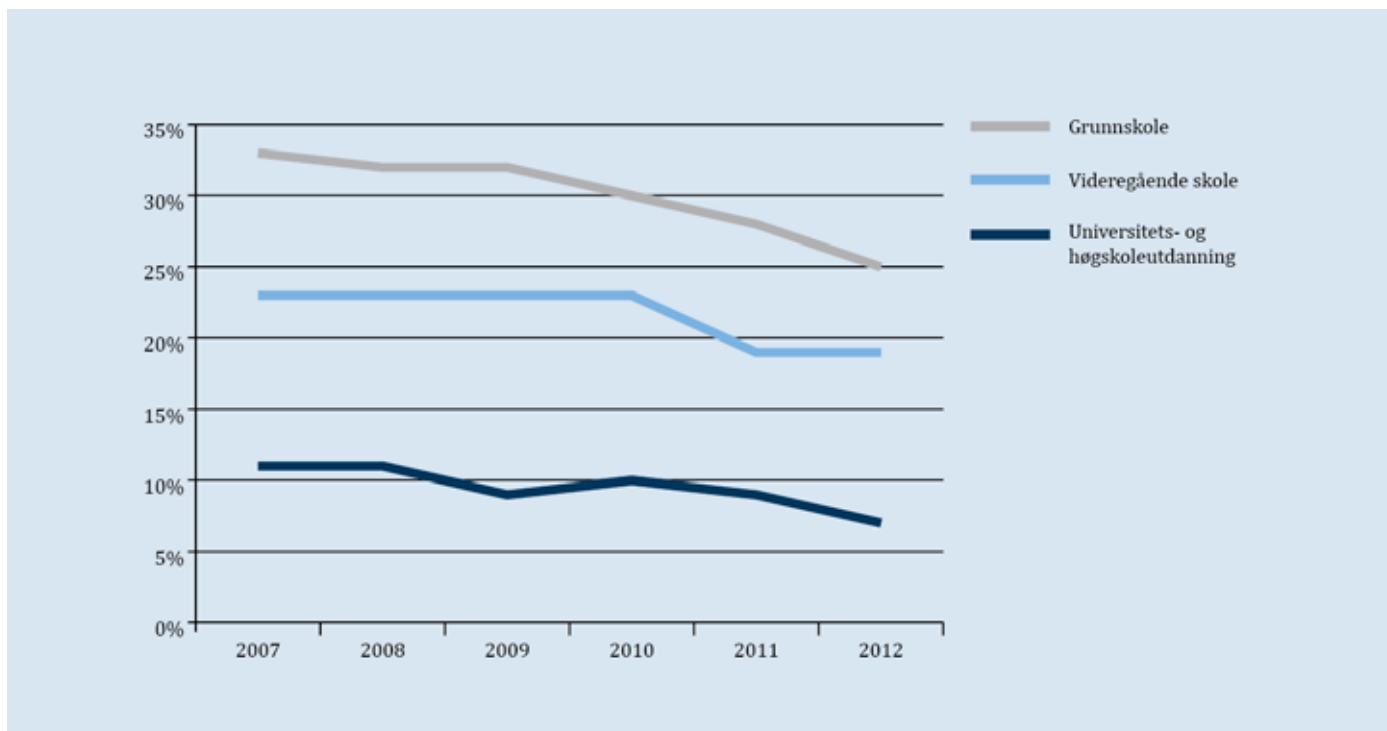


av alkohol er mer kompleks: Høyere sosiale lag drikker oftere og mer alkohol enn lavere sosiale lag, mens sistnevnte oftere drikker seg mer beruset, noe som gir økt risiko for ulykker og sykdom.<sup>70</sup>

Ulikheten i daglig røyking etter utdanning er større i nord-europeiske enn i andre europeiske land.<sup>71</sup> Dette forklares gjerne med at Norge har nådd et mer framskredent stadium i den såkalte røyke-epidemien.<sup>72</sup> Andelen røykere i Norge har gått ned fra over 50 prosent i 1974 til rundt 25 prosent i 2013.<sup>73</sup> Samtidig er det påvist tydelige sosioøkonomiske gradienter i røyking. Jo lavere utdanning, jo flere nordmenn røyker.<sup>74</sup> Nedgangen i andelen daglig røykere etter utdanningsnivå fra 2007 til 2012 fremkommer av figur 13. Det er en reduksjon i forskjeller i røyking mellom nordmenn med kort og lang utdanning.<sup>75</sup>



Figur 13. Endring i røykevaner i tre utdanningsgrupper 2007-2012.



Kilde: Larsen og Hansen 2013:10.<sup>76</sup>

### Hva betyr helsevaner for ulikhetsmønstrene?

For dødelighet av ischemisk hjertesykdom kan livsstilsfaktorer og risikofaktorer som reflekterer livsstil forklare en stor del av gradienten, og kanskje en større del i Norge enn i andre land.<sup>77</sup> Lungekreft og kols (kronisk obstruktiv lungesykdom) står nå for en økende del av utdanningsforskjeller i dødelighet i Norge. For kvinner skyldes hele den observerte økningen i dødelighetsulikheter i perioden 1960-2000 lungekreft og lungesykdommer. Ulikhet i røykevaner er av stor betydning for de kunnskapsutfordringene vi beskrev innledningsvis. Vi kommer tilbake til dette i den avsluttende diskusjonen.

### Politikken på feltet

Det er positive innslag i utviklingen av helsevanene. Blant barn og unge har det ikke vært noen økning i sosial ulikhet i flere helsevaner, og for enkelte helsevaner har vi de aller siste årene snarere sett en reduksjon av ulikhet.<sup>78</sup> Det er vanskelig å vurdere i hvilken grad dette skyldes myndighetenes innsats, men de brede, strukturelle tiltakene slik som gratis frukt og grønt i skolen og lovregulering av røyking kan ha hatt en gunstig effekt.

Reduksjon i prisene på frukt og grønt kan forventes å øke etterspørselen etter disse varene, spesielt i hushold bestående av unge enslige og par med barn.<sup>79</sup> Frukt og

grønt er dyrere i Norge enn i andre land, og forbruket er lavere. Ordningen med gratis frukt og grønt i grunnskolen har vist seg å ha varig positiv effekt på utjevning av barn og ungdoms kostvaner,<sup>80</sup> og bør i følge Verdens Helseorganisasjon sin evaluering utvides til å omfatte alle skoler.<sup>81</sup>

Siden 1975 har Norge hatt en omfattende tobakklovgivning, og i senere år har den nasjonale tobakksstrategien dominert.<sup>82</sup> Utfordringer knyttet til store (og tidligere økende) sosiale ulikheter i røyking står sentralt. Bred innsats har preget norsk tobakksforebyggende arbeid de senere årene, og Norge kommer godt ut i internasjonale sammenligninger av kontrolltiltak mot røyking.<sup>83</sup> En nyere WHO-evaluering peker likevel på at land det er naturlig å sammenligne Norge med nå har lavere røykeprevalens, og at arbeidet har stoppet opp grunnet utilstrekkelige ressurser.<sup>84</sup>

Norge har en lang tradisjon for strukturelle begrensninger på alkoholforbruk gjennom tilgjengelighet i antall utsalgssteder, aldersgrense, pris og avgifter, samt salg- og skjenkekontroll. Sammenlignet med andre land fremstilles Norge som "best i klassen".<sup>85</sup> De siste årene har likevel realprisene på alkohol gått ned, og det har vært en økning i antall skjenkesteder.<sup>86</sup> Mange av tiltakene som er iverksatt for å begrense overskjenking og beruset atferd på skjenkesteder har antakelig minimal effekt. Majoriteten av beruselsestilfellene finner sted i



private hjem, hvor det er begrenset mulighet for å iverksette forebyggingstiltak.

Den siste handlingsplanen for fysisk aktivitet har et gjennomgående strukturelt perspektiv. Barnehage, skole og arbeidsliv framstår som sentrale arenaer. Et flertall av tiltakene i planen er imidlertid i siste instans basert på at folk skal velge å være mer fysisk aktive. Selv om tiltakene nok har bidratt til en generelt økende bevissthet om betydningen av fysisk aktivitet, har arbeidet vært preget av lite målrettet innsats og få ressurser. På bakgrunn av forskningsbasert kunnskap kan tiltak som er strukturelle og orientert mot å legge de fysiske forhold i de nære omgivelsene til rette for fysisk utfoldelse for alle ha potensial til å utjevne sosial ulikhet i fysisk aktivitet.

## Mål og anbefalinger

Målet er å redusere sosial ulikhet i kosthold, røyking, beruselsesdrikkning og fysisk aktivitet.

Basert på den foreliggende kunnskap på dette området anbefaler vi:

1. Aktiv bruk av prising for å få folk til å velge sunn mat.
2. Regulering av salg og markedsføring av usunne matprodukter, spesielt mot barn og unge.
3. Gratis frukt innføres i hele grunnskolen.
4. Fortsatt høy pris på tobakk.
5. Videreføre en streng tobakkslovgivning.
6. Skreddersydde kampanjer og gratis røykeavvenningstilbud.
7. Restriktiv alkoholpolitikk.
8. Tilrettelegging av offentlig rom slik at de understøtter fysisk aktivitet for alle.



## Bruk av helsetjenester

Helsetjenesten spiller en viktig om enn kanskje liten rolle for ulikhet i helse.<sup>87</sup> Selv om bidraget til å redusere helseulikhetene ikke er så stort, er helsetjenesten en viktig premissleverandør for andre sektorer, gjennom sitt ideal om lik behandling ved like behov, og gjennom det kollektive forsikringsaspektet - at vi alle skal oppleve samme grad av trygghet for liv og helse.

I norsk helsepolitikk er sosial ulikhet i bruk av helsetjenester å betrakte som et problem fordi det kan forsterke allerede eksisterende ulikheter i helse, ulikheter som har sitt opphav i samfunnsmessige forhold utenfor helsetjenesten.<sup>88</sup>

I hvilken grad folk får den helsehjelpen de har behov for er avhengig av grovt sett tre forhold: folks tilbøyelighet til å søke hjelp, tilgjengeligheten av tjenestene, og kvaliteten på dem.<sup>89</sup> Hva slags kunnskap folk har om tjenestene, og hva de forventer å få ut av å bruke dem, er eksempler på det første. Egenandeler, legers henvisningspraksis og prioriteringer er eksempler

på det andre, mens for eksempel språkproblemer kan påvirke treffsikkerheten ved diagnostisering og kvaliteten på behandlingen.

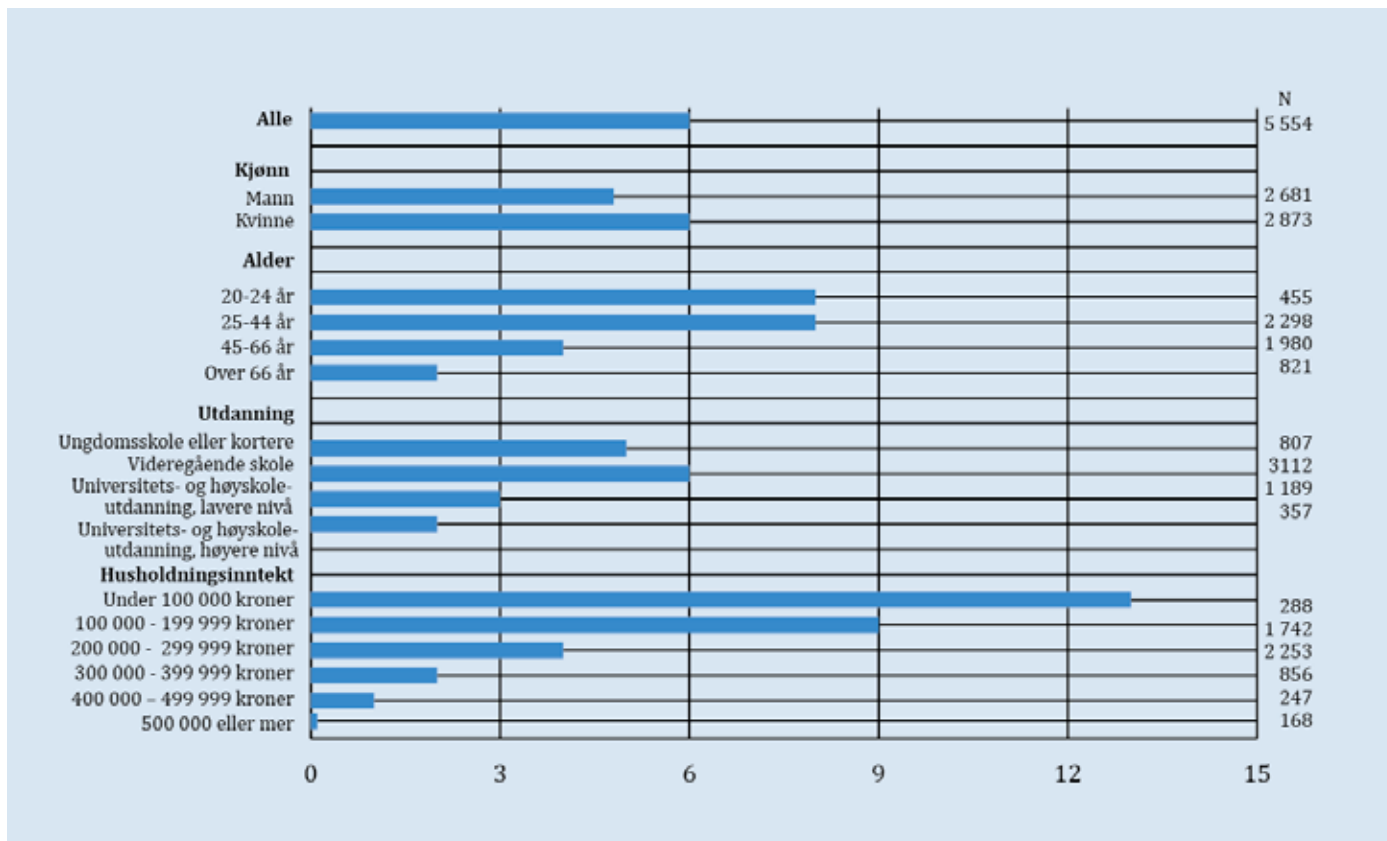
### Høystatusjenester?

I Norge som i de fleste rike land er det lite eller ingen sosioøkonomisk ulikhet i bruk av allmennleger, men klare ulikheter i bruk av private legespesialister.<sup>90</sup> I enkelte tilfeller er det i norsk sammenheng funnet mer bruk av polikliniske tjenester blant bedrestilte, men sjelden for sykehusinnleggelse.<sup>91</sup>

Forebyggende helsetjenester er mangelfullt studert, men høystatusgrupper er hyppigere brukere av screeningundersøkelser enn lavstatusgrupper.<sup>92</sup> Også bruk av tannlegetjenester er sosial skjevfordelt, slik figur 14 viser. Jo lavere inntekt, jo flere har unnlatt å oppsøke tannlege av økonomiske grunner, selv ved behov.



Figur 14. Andel som ikke har oppsøkt tannlegen av økonomiske årsaker, på tross av behov. Befolkning 20 år og over. 2003. Prosent. N (uveid).



Kilde: Svalund 2005:5.<sup>93</sup>

Personer med kort utdanning benytter sjeldnere aktivt valg av fastlege og sykehus enn personer med høyere utdanning<sup>94</sup> mens noen, men ikke alle studier finner at ventetidene på sykehusbehandling er lengre for pasienter med kort utdanning og lav inntekt.<sup>95</sup> Det er klare utdannings- og inntektsforskjeller i kreftoverlevelse, og disse har økt over tid blant kvinner, men ikke blant menn. Det er mulig at helsetjenesten spiller en rolle i denne sammenheng, men det kan også skyldes egenskaper ved pasientene.<sup>96</sup>

### Politikken på feltet

Helsetjenesten kan være en del av løsningen på sosial ulikhet i helse, dersom helsesektoren blir en pådriver for å sette sosiale ulikhet i helse på dagsorden, og ved å bidra til tverrsektorielle samarbeidsløsninger.

Generelt synes ikke sosial ulikhet å stå høyt på dagsordenen i helsetjenesten. Ved innføringen av store og viktige reformer i helsetjenesten har fordelingsdimensjonen i liten grad vært drøftet og tatt hensyn til. Det har vært lav progresjon i det varslede arbeidet med å inkludere mål på sosiale forskjeller i tilgjengelighet til

helsetjenester. En sosial fordelingsdimensjon knyttet til nasjonale kvalitetsindikatorer er ennå ikke utarbeidet.

Det er også mye vi ikke vet noe om på dette feltet, herunder hvilken virkning store reformer på feltet har hatt på de sosiale ulikhetene i bruken av tjenestene. Eksempelvis er kunnskapen mangelfull om hvilken kvalitet det er på tjenestene som ulike sosiale lag mottar, om behandlingseffekten varierer med sosial status, hvilke kontakter med helsetjenesten som er legedrevet og hvilke som er pasientdrevet, og forskjeller mellom ulike typer legekontakt, i form av forebygging, diagnostisering, behandling, osv.

I den kanskje viktigste reformen som har funnet sted i helsesektoren de siste årene, samhandlingsreformen, er svært lite oppmerksomhet rettet mot sosial ulikhet i helse, både i reformdokumentene og i grunnlaget for evalueringsprosjektene. I et tiltak som *Raskere tilbake* er sosial ulikhet satt i system, idet det retter seg kun mot yrkesaktive. Reformen i helsetjenesten slik som innføring av pasientrettigheter, brukervalg og nye finansieringssystemer, kan skape uheldige vridningseffekter som kan ramme sosialt ulikt, men det vet vi fremdeles lite om.

## Mål og anbefalinger

Målet er å få mer kunnskap om sosial ulikhet i helsetjenesten, identifisere barrierer mot likhet i tilgang til og bruk av helsetjenester, og å treffe tiltak for å bygge ned slike barrierer.

Basert på den foreliggende kunnskap på dette området anbefaler vi:

1. At sosial ulikhet i helse settes høyt på dagsorden i helsetjenesten.
2. Å utvikle indikatorer på sosial ulikhet i helsetjenesten.
3. Å starte et pilotprosjekt om gratis lege- og tannlegetjenester.



## IV. Avslutning

### Hva er problemet?

Folkehelsen i Norge, målt for eksempel som forventet levealder, er blitt bedre i løpet av de siste tiårene. Alle grupper har økt sin forventede levetid, men ulikhetene i dødelighet og levealder, spesielt etter utdanning har økt. Bedrestilte har forbedret sin helse raskere enn dårligere stilte nordmenn. Det er altså ikke slik at mindre privilegerte sosiale grupper forverrer sin helsetilstand over tid. Dette er tross alt et positivt trekk og en del av historien som ikke må tapes av syne. Mandatet for denne rapporten har vært å fokusere på det problematiske ved det faktum at helseulikhetene består og at de, for noen sosioøkonomiske grupper og helse mål, vokser. Dette representerer i første rekke et rettferdighetsproblem, men også et folkehelseproblem, et levkårsproblem, et livskvalitetsproblem, og et samfunnsøkonomisk problem.

Bekymringen over vedvarende helseulikheter og inntil nylig økende sosiale ulikheter i dødelighet og levealder ligget til grunn for helsemyndighetenes mål for norsk folkehelsepolitikk: å redusere sosiale helseforskjeller uten at noen sosiale grupper kommer dårligere ut. Denne bekymringen og målet om å redusere ulikhet i helse deles av de store politiske partiene i Norge.



### Kunnskapsutfordringene

Innledningsvis pekte vi på tre kunnskapsutfordringer som ligger til grunn for denne kunnskapsoversikten, at sosial ulikhet i helse vedvarer, at dødelighetsforskjellene mellom utdanningsgrupper har økt, og at utdanningsulikhet i dødelighet og andre helse mål ikke er mindre i Norge og Norden enn i andre Vest-europeiske land. Det perspektivet vi trekker veksler på, perspektivet om helsens sosiale determinanter, leder oppmerksomheten mot hvordan disse sosiale determinantene (bestemmelsesfaktorene), eller levekårene om en vil, er fordelt og har utviklet seg. De analyser vi har lagt fram av de sosiale determinantene og deres sammenheng med helse, sykdom og for tidlig død, leder til følgende slutninger.

De vedvarende sosiale ulikhetene i helse skyldes relativt stabile trekk ved sosial ulikhet i økonomiske ressurser slik som inntekt og formue, og immaterielle goder slik som utdanning og sosiale og kulturelle ressurser i det norske samfunnet, samt ulikhet i helsevaner, nærmere bestemt røyking. Mye tyder på at det er endringer i den sosiale fordelingen av røykevaner som kan forklare flere tiårs oppgang i utdanningsulikhet i dødelighet. I og med at røyking er skjevare fordelt i Norge enn i mange andre vest-europeiske land, er røykevaner sannsynligvis også en viktig forklaring på hvorfor ulikhet i dødelighet ikke er mindre i Norge enn i Vest-Europa.<sup>97</sup> Det er holdepunkter for at det langt framskredne stadium Norge er på i den såkalte røykeepidemien på sin side kan forklare hvorfor forskjellene har vært store her til lands, men nå ser ut til å avta, i tråd med det typiske mønsteret for spredning av ”nyvinninger”.



Røykevaneforklaringen er likevel ikke en fullstendig forklaring på sosial ulikhet i dødelighet og levealder i Norge. Ulik fordeling av røykevaner kan kun gjøre rede for en mindre del av utdanningsforskjellen i for tidlig død, anslagsvis 25 prosent for menn, og mindre for kvinner.<sup>98</sup> Det er dessuten grunn til å anta at røyking og andre helsevaner spiller en mindre rolle for andre helseutfall enn dødelighet: Et selvrapportert helsemål slik som muskel- og skjelettsykdom, som i mindre grad er røykerelatert, viser også økt ulikhet etter utdanningsnivå.

Av grunnleggende betydning for helse og livssjanser er utsatthet for en rekke helse- og livsrisikoer og tilgang til ulike typer ressurser som følger med posisjon i den sosioøkonomiske strukturen. Hver enkelt faktor (oppvekst, utdanning, arbeid, inntekt og helsevaner) og samspillet mellom faktorer gjennom livet spiller en avgjørende rolle, ikke minst ved å skape økt sårbarhet. Alle de sosiale determinantene vi har tatt for oss, og flere til, gir store og små bidrag til folks helse og levealder. I og med at det er mange årsaksfaktorer som spiller inn, må politikken være innrettet på å modifisere mange faktorer samtidig. Det gjenspeiles i de tiltakene vi har foreslått og det poeng at innsatsen bør settes inn i flere sektorer samtidig og samordnes.

## Fortsatt en velferdspolitik for alle?

Sentralt som virkemiddel i den nasjonale strategien for å redusere sosial ulikhet i helse står *universalismen*, det prinsipp at tjenester og ytelser skal omfatte alle, og ikke målrettes mot utvalgte vanskeligstilte grupper. Universalisme er gjerne framhevet som et særtrekk ved den nordiske velferdsmodellen. Kjentegnet på sosial ulikhet i helse er at den sosiale gradienten skjærer tvers gjennom hele befolkningen. Dersom målet er en utflating av gradienten, er det i prinsippet en strategi som omfatter hele befolkningen som vil være mest effektiv. Det vil også gi et markant løft for folkehelsen i stort.

Det kan imidlertid innvendes at universalismen ikke har fjernet helseulikhet i Norge, og derfor ikke er noe å satse på i framtida. En kan for eksempel tenke seg at universelle ordninger vil komme alle sosiale grupper til gode, ved at de får tilført ressurser i omtrent samme omfang. Da vil vi i liten grad se noen omfordeling og helseutjevning, men en heving av helsenivået for alle grupper. Forskning viser imidlertid at velferdstjenester og særlig kontantoverføringer sett under ett faktisk har en omfordelende og utjevne effekt ved å komme grupper med størst behov til gode. I hvert fall gjelder dette innenfor en tidshorisont på ett år.<sup>99</sup> En kan tenke seg at uten en slik egalitær velferdsstat ville de



ulikhetsdrivende effektene av røyking for eksempel vært enda større, altså at omfordelingseffektene av velferdsstaten så å si har kompensert for røykingens ulikhetsskapene konsekvenser, og at dødelighetsforskjellene mellom utdanningsgruppene ville vært enda større uten denne. En annen mulighet er at spesielt den utjevningen som skjer gjennom tjenesteyting varierer og at bestemte tjenester i liten grad bidrar til utjevning. Eksempler på slike tjenester kan være leksehjelp og skolefritidsordningen. Det er minst to grunner til at de ikke virker utjevnende: de blir ikke brukt av familier med færre ressurser, og utmålingen av tjenesten reflekterer ikke behovsforskjeller og unnlater å kompensere for ulemper, problemer og ressursmangel.

Denne diskusjonen reiser to utfordringer for framtidens politikk for å redusere den sosiale gradienten i helse. Den første utfordringen er å finne ut mer om hva offentlige tjenester betyr for sosial ulikhet generelt og ulikhet i helse spesielt. Den andre utfordringen er knyttet til hvordan man i praksis skal utforme en

velfungerende politikk som når alle sosiale lag og som differensierer fordelingen av goder, ressurser og byrder etter ulike sosiale gruppers behov og problemstilling.

Vi tror begge utfordringer lar seg løse dersom sosial ulikhet i helse prioriteres høyt på den politiske dagsordenen, ikke bare i helsetjenesten, men i alle relevante samfunnssektorer. Vi anbefaler derfor at sosial likhet i helse skal gjennomtrengte alt som gjøres i myndighetenes daglige virke og reformvirksomhet. Dette gjelder i alle faser av reformprosesser: initiering, utredning, planlegging, implementering og evaluering. Det innebærer å utrede konsekvenser av planer og tiltak med hensyn på sosiale fordelinger; det innebærer at alle evalueringer av relevante tiltak systematisk bør ta for seg sosiale ulikheter i rekruttering til og effekter av tiltak, og det innebærer å opprette et system for rutinemessig overvåking av sosial ulikhet i helse. På denne måten vil det bli mulig å føre en kunnskapsbasert politikk på dette området.







## Referanser

1. ELSTAD, J.I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer*. Oslo: Helsedirektoratet.
2. VENKATAPURAM, S. (2011). *Health justice*. Cambridge: Polity Press.
3. FORSDAHL, A. (1977). Are poor living conditions in childhood and adolescence an important risk factor for arteriosclerotic heart disease? *British Journal of Prevention in Social Medicine* 31(2): 91-95. BARKER, D.J.P. (1994). *Mothers, babies, and disease in later life*. London: BMJ.
4. Politisk plattform for Høyre/Frp-regjeringen 2013:9 s.11. *Elektronisk publisering*, <http://www.regjeringen.no/pages/38500565/plattform.pdf> (sist lastet ned 17.02.14).
5. ARNTZEN, A. (2013). Sosial ulikhet i spedbarns og barns helse. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, [www.hioa.no/helseulikhet](http://www.hioa.no/helseulikhet).
6. PILLAS, D., M.FL. (under publisering). Systematic review: social inequalities, early child development and early child health. Drivers for health equity. Early childhood development. <http://health-gradient.eu/early-childhood-2/> (sist lastet 17.02.14).
7. NÆSS Ø., M.FL. (2007). Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. *FHI 2007:1*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
8. NÆSS Ø., M.FL. (2007). Referert ovenfor.
9. ROGNERUD, M. OG ZAHL, P.H. (2005). Social inequalities in mortality: Changes in the relative importance of income, education and household size over a 27-year period. *European Journal of Public Health* 2005; Adv. Access Aug 10. Doi:10.1093/eurpub/cki070. ELSTAD, J.I. (2013a). To analyser for prosjektet «Gjennomgang av faktorer som kan påvirke sosial ulikhet i helse». Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, [www.hioa.no/helseulikhet](http://www.hioa.no/helseulikhet).
10. STRAND, B.H., M.FL. (2010). Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *British Medical Journal* 340. *BMJ* 2010; 340. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c654>.
11. STRAND, B.H., M.FL. (2013). *Endringer i ulikheter i dødelighet etter utdanning i Norge – en underlagsrapport om mulige forklaringer*. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, [www.hioa.no/helseulikhet](http://www.hioa.no/helseulikhet).
12. STEINGRIMSDOTTIR, O.A., M.FL. (2012). Trends in life expectancy by education in Norway 1961-2009. *European Journal of Epidemiology* 27(3): 163-171.
13. MACKENBACH, J. P., M.FL. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine* 358(23): 2468-2481.
14. LUNDBERG, O., M.FL. (2012). Inequalities in mortality across Europe: An international comparative study. I Eikemo, T.A. & Mackenbach, J.P. (red.), *EURO GBD SE. The potential for reduction of health inequalities in Europe*. Final report. Rotterdam: Erasmus MC.
15. ARNTZEN, A. (2013). Referert ovenfor.
16. SAMDAL, M.FL. (2012). Sosial ulikhet i helse og læring blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreskjemaundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever». En WHO-undersøkelse i flere land. *HEMIL-rapport 2/2012*. Bergen: Universitetet i Bergen. S.14.
17. THORØD, A.B. (2012). Om barns deltakelse og valg av organiserte fritidsaktiviteter når familiens økonomi er svak. *Fontene Forskning* 1/12: 19-31.
18. DYBING, E. & STOLTENBERG, C. (2009). Kunnskapsoppsummering om barns helse og miljø. *Folkehelseinstituttet rapport 2006:3*. Oslo: Folkehelseinstituttet. KJELVIK, J. (2012). Barn og unges miljø og helse 2011. Utvalgte indikatorer om barn og unges fysiske og sosiale miljøfaktorer. *Rapport 12-2012*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. S. 47, 55.
19. SAMDAL, O. M.FL. (2012). Referert ovenfor
20. HANSEN, M.N. & MASTEKAASA, A. (2010). Utdanning – stabilitet og endring. I Frønes, I. & Kjølrsrød, L. (red.), *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk. S.132.
21. OECD (2012). Education at a glance: *OECD Indicators*. OECD Publishing. *Elektronisk publisering*, <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2012-en> (sist lastet ned 28.01.14).

22. MARKUSSEN, M.FL. (2008). Bortvalg og kompetanse. Gjennomføring, bortvalg og kompetanseoppnåelse i videregående opplæring blant 9749 ungdommer som gikk ut av grunnskolen på Østlandet våren 2002. Hovedfunn, konklusjoner og implikasjoner fem år etter. *NIFU STEP rapport 13 2008*. Oslo: NIFU STEP.
23. BAKKEN, A. (2010). Prestasjonsforskjeller i Kunnskapsløftets første år - kjønn, minoritetsstatus og foreldres utdanning. *NOVA rapport 9/2010*. Oslo: NOVA.
24. BRAGDØ, A. & SPJELKAVIK, Ø. (2013). Individuell oppfølging av unge i ferd med å havne utenfor skole og arbeid. *AFI-rapport 2013:9*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
25. NOU (2009). Fordelingsutvalget. *NOU 2009:10*. Oslo: Departementenes servicesenter. Kap.9.
26. MARKUSSEN, E., M.FL. (2008). Bortvalg og kompetanse. Gjennomføring, bortvalg og kompetanseoppnåelse i videregående opplæring blant 9749 ungdommer som gikk ut av grunnskolen på Østlandet våren 2002. Hovedfunn, konklusjoner og implikasjoner fem år etter. *NIFU STEP rapport 13 2008*. Oslo: NIFU STEP.
27. DE RIDDER, K.A., M.FL. (2012). School dropout: a major public health challenge: a 10-year prospective study on medical and non-medical social insurance benefits in young adulthood, the Young-HUNT 1 Study (Norway). *Journal of Epidemiology and Community Health* 66(11): 995-1000. FALCH, T. & NYHUS, O.H. (2009). Frafall fra videregående opplæring og arbeidsmarkeds- tilknytning for unge voksne. *SØF-rapport nr. 07/09*. Trondheim: Senter for økonomisk forskning as.
28. SÆTHER, J.P. (2010). Barn i barnehage - foreldrebakgrunn og utvikling de seneste årene. *Rapporter 11/2010*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
29. TURMO, A., M.FL. (2009). The impact of attending after-school care schemes on science achievement in primary school: A Norwegian study. I *International Journal of Educational Research*, 48(5): 331-341.
30. MOAFI, H. & SÅHEIM BJØRKLII, E. (2011). Barnefamiliers tilsynsordninger, høsten 2010. *Rapporter 34/2011*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
31. BACKE-HANSEN, E., M.FL. (2013). Evaluering av leksehjelptilbudet 1.-4. trinn Sluttrapport. *NOVA-rapport 6/2013*. Oslo: NOVA.
32. HELSEDIREKTORATET (2010). Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. *Rapport IS-1798*. Oslo: Helsedirektoratet.
33. HOMLONG, L., M.FL. (2013). Can use of healthcare services among 15-16-year-olds predict an increased level of high school dropout? A longitudinal community study. *British Medical Journal* 3: e003125. doi:10.1136/bmjopen-2013-003125.
34. BAKKEN, A. & ELSTAD, J.I. (2012). For store forventninger? *Kunnskapsløftet og ulikhetene i grunnskolekarakterer*. *NOVA Rapport 7/12*. Oslo: NOVA.
35. HØST, H. (2009). Fag- og yrkesopplæringen. I Markussen, E. (red.), *Videregående opplæring for (nesten) alle?* Oslo: Cappelen Akademisk forlag. S.9.
36. DAHL, E., VAN DER WEL, K. A. & HARSLØF, I. (2010). Arbeid, helse og sosial ulikhet. *HelseDirektoratet 1/2010*. Oslo: HelseDirektoratet.
37. OLSEN, B. & THI VAN, M. (2007). *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Rapport fra tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 2. kvartal 2007*. Statistisk sentralbyrå, 2007/40.
38. FLØTTEN, T., M.FL. (2011). Kunnskap om fattigdom i Norge. En oppsummering. *Fafo-rapport 21*. Oslo: FAFO.
39. DAHL, E., & ELSTAD, J.I. (2009). Kan helserelatert seleksjon forklare sosial ulikhet i helse? I Mæland, J.G., Westin, S., Elstad, J.I. & Næss, Ø. (red.), *Sosial epidemiologi: sosiale årsaker til sykdom & helsesvikt* (pp.249-265). Oslo: Gyldendal akademisk. S. 258-9.
40. Se for eksempel REGE m.fl. (2005) som fant en tendens til høyere dødelighet blant folk som har mistet jobben på grunn av nedbemanning. REGE, M.FL. (2005). The effect of plant downsizing on disability pension utilization. *Discussion Papers No. 435, October 2005*. Statistisk sentralbyrå, Forskningsavdelingen. Oslo/Kongsvinger: SSB.
41. HERNAES, E., MARKUSSEN, S., PIGGOTT, J., & VESTAD, O. L. (2013). Does retirement age impact mortality? *Journal of health economics* 32(3): 586-598.
42. HALVORSEN, K. (1998). Impact of Re-employment on Psychological Distress among Long-term Unemployed. *Acta Sociologica* 41(2-3): 227-242. STRANDH, M. (2000). Different Exit Routes from Unemployment and Their Impact on Mental Well-Being: The Role of

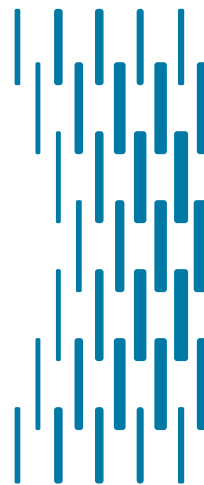
- the Economic Situation and the Predictability of the Life Course. *Work* 14(3): 459-479.
- KORPI, T. (2001). Accumulating disadvantage: longitudinal analyses of unemployment and physical health in representative samples of the Swedish population. *European Sociological Review* 17(3): 255-73.
43. HALVORSEN, K. (1998) Referert ovenfor.
44. VAN DER WEL, K. A., M.FL. (2006). Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp. *HiO rapport 2006:29*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
45. HERUD, E. & OHREM NAPER, S. (2012). Fattigdom og levekår i Norge – Status 2012. *Rapport 1-2012*. Oslo: Nav-direktoratet.
- OHREM NAPER, S. (2009). All-cause and cause-specific mortality of social assistance recipients in Norway: A register-based follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health* 37(8): 820-825.
46. SIEGRIST, J. & THEORELL, T. (2006). Socio-economic position and health: the role of work and employment. I: Siegrist J. & Marmot, M. (red.), *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press.
47. MEHLUM, I.S. (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). S.17.
48. NOA (2011). Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2011. Status og utviklingstrekk. *STAMI-rapport 2011 nr 7*. Oslo: STAMI.
49. AITTOMÄKI, A., M.FL. (2007). The contribution of musculoskeletal disorders and physical workload to socioeconomic inequalities in health. *European Journal of Public Health* 17(2): 145-150.
50. MARMOT M.FL. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet* 350(9073): 235-239.
51. STJERNØ, S. & ØVERBYE, E. (2012). *Arbeidslinja. Arbeidsmotivasjonen og velferdsstaten*. Oslo: Universitetsforlaget. S.24.
52. VAN DER WEL, K.A., M.FL. (2006). Referert ovenfor
53. MALMBERG- HEIMONEN, I & VUORI, J. (2005). Activation or discouragement—the effect of enforced participation on the success of job-search training. *European Journal of Social Work* 8(4): 451-467.
54. ELDRING, L., M.FL. (2011). Evaluering av tiltak mot sosial dumping. *FAFO-rapport 2011:09*. Oslo: FAFO. S.193.
55. KRISTENSEN, P. & AALEN, O.O. (2013). Understanding mechanisms: opening the “black box” in observational studies. *Scandinavian Journal of Work Environment in Health* 39(2): 121-124.
56. Se KAWACHI, I., M.FL. (2010). Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1186(1): 56-68. Se også PEDERSEN, A. W. (2013). Inntekt og helse. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, [www.hioa.no/helseulikhet](http://www.hioa.no/helseulikhet). S.31-32.
57. KAWACHI, I., ADLER, N., DOW, W.H. (2011). Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1186: 56-68.
58. AABERGE, R., M.FL. (2013). Er rike mennesker alltid rike? Økonomiske analyser 32(4): 15-21.
59. OECD (2011). *OECD Employment Outlook 2011*, OECD Publishing. *Elektronisk publisering*, <http://www.oecd.org/els/oecdemploymentoutlook2011.htm> S.87-88.
- PEDERSEN, A. W. (2013). Referert.
60. PEDERSEN, A. W. (2013). Referert ovenfor.
61. OECD (2010). Sicknes, disability and work: breaking the barriers. *Elektronisk publisering*, <http://www.oecd.org/els/socialpoliciesanddata/46461638.pdf> (lastet ned 16.01.13).
62. EPLAND J. & KIRKEBERG, M.I. (2012). Wealth Distribution in Norway Evidence from a New Register-Based Data Source. *Rapporter 35/2012*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
63. PEDERSEN, A. W. (2013). Referert ovenfor.
64. SEIM, S. & LARSEN, H. (2011). Barnefattigdom i et rikt land. Kunnskapsoppsummering om fattigdom og eksklusjon blant barn i Norge. *HiO-rapport 2011:10*. Oslo: HiO.
65. Elstad, J.I. og Dahl, E. (2012) Preliminary exercises: Attempts to make sense of the increasing health inequalities in Norway. *Upublisert notat*. Oslo: NOVA.
66. ELSTAD., J.I. (2013). Referert ovenfor.

67. KUIVALAINEN, S. & NELSON, K. (2012). Eroding minimum income protection in the Nordic countries. I Kvist, J. M.FL. (red.). *Changing social equality: The Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol: Policy Press.
68. TELL G. m.fl. (2013). *Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer – nasjonal oppfølging av WHO's mål*. Oslo: Helsedirektoratet.
69. LARSEN, K. & HANSEN, G. (2013). Social ulikhet i sundhet. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, www.hioa.no/helseulikhet. STRAND, B.H. & NÆSS, Ø. (2009). Folkehelsens sosioøkonomiske fordeling. I Mæland, J.G. m.fl. (red.). *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal. S.76.
70. HORVERAK, Ø. & BYE, E.K. (2007). Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973-2004. *SIRUS-rapport nr. 2/2007*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. LARSEN, K. & HANSEN, G. (2013). Referert ovenfor. TELL G. m.fl. (2013). Referert.
71. STRAND, B.H., M.FL. (2013). *Endringer i ulikheter i dødelighet etter utdanning i Norge – en underlagsrapport om mulige forklaringer*. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, www.hioa.no/helseulikhet.
72. ELSTAD, J.I. (2013). The hierarchical diffusion model and the changing patterns in health-related habits in Norway since the 1970s. Paper prepared for The review of Health inequalities in Norway.
73. Røyking og snus - faktaark med statistikk. <http://www.fhi.no/artikler/?id=70823>. Publisert 27.02.2012, Oppdatert 11.09.2013. Forfattere: Grøtvedt, L., m.fl. (diagrammer).
74. LUND, K.E., M.FL. (2009). Tobacco consumption among men and women 1927-2007. *Tidsskrift for den Norske legeforening* 129: 1871-1874.
75. GLÆVER, Ø. (2013). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, www.hioa.no/helseulikhet.
76. LARSEN, K. & HANSEN, G. (2013). Referert ovenfor.
77. STRAND, B.H. & NÆSS, Ø. (2009). Folkehelsens sosioøkonomiske fordeling. I Mæland, m.fl. (red.), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal. S.75.
78. GLÆVER 2013 Referert ovenfor.
79. GUSTAVSEN, G.W. (2002). Etterspørsel etter frukt og grønnsaker – virkning av pris og inntektsendringer i ulike husholdninger. *Notat 2002-20*. Oslo: NILF.
80. BERE, E., M.FL. (2005). The Norwegian School Fruit Programme: evaluating paid vs. no-cost subscriptions. *Preventive Medicine* 41(2): 463-470. BERE, E., M.FL. (2007). Free school fruit – sustained effect three years later. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 4 (5): 1-6.
81. WHO EUROPE (2013). *Evaluation of the Norwegian nutrition policy with a focus on the Action Plan on Nutrition 2007-2011*. København: WHO Europa.
82. HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET (2007b). *Pressemelding, 10.02.2007 Nr.8*. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. *Elektronisk publisering*, www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/2007/nasjonal-strategi-for-a-utjevne-sosiale.html?id=450375 (lastet ned 12.09.12).
83. [http://www.sirus.no/Totalt+salgsforbud+prosentE2prosent80prosent93+nes-te+trekk+i+kampen+mot+tobakkprosent3F.E2x322-8\\_Bp77BFv3TR9D6CJ1K1yTMZVPL-28nMhPLZB9MtlY05hRHIY3.ips](http://www.sirus.no/Totalt+salgsforbud+prosentE2prosent80prosent93+nes-te+trekk+i+kampen+mot+tobakkprosent3F.E2x322-8_Bp77BFv3TR9D6CJ1K1yTMZVPL-28nMhPLZB9MtlY05hRHIY3.ips) (lastet ned 16.02.14).
84. WHO (2010). Evaluering av arbeidet med tobakksforebygging i Norge. *Elektronisk publisering*, [http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Tobakk/WHO\\_rapport\\_NORSK.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Tobakk/WHO_rapport_NORSK.pdf) (lastet ned 01.08.13).
85. ROSSOW I., M.FL. (2010). Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer. *Sirus-rapport 5*. Oslo: Sirus. BRAND m.fl. (2007). Comparative Analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries. *PLoS Med* 4(4): e151.
86. GLÆVER, Ø. (2013). Referert ovenfor.
87. STIRBU, I. (2008). Inequalities in health, does health care matter? Avhandling ved *Erasmus MC*. Rotterdam: University Medical Center Rotterdam.

88. LIAN, O. & WESTIN, S. (2009). Bidrar helsetjenesten til sosiale ulikheter i helse? I Mæland, J.G. m.fl. (red.), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal.
89. LIAN, O. & WESTIN, S. (2009). Referert ovenfor. s.316.
90. STIRBU, I. (2008). Referert ovenfor.148. VAN DOORSLAER, E., M.FL. (2004). Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. *OECD Health Working Paper no. 14*. Paris: OECD. LIAN, O. & WESTIN, S. (2009). Referert ovenfor. s. 321.
91. FINNVOLD J. E.(2009). *Likt for alle? Sosiale skilnader i bruk av helsetenester*. Oslo: Helsedirektoratet. JENSEN, A. (2009). Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester: en analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt. *Rapporter 2009/69*. Oslo: SSB.
92. AAS, E. (2004). Hvem er det som møter frem til screening? *Økonomisk Forum* 58: 34-44.
93. SVALUND, J. (2007). Velferdsstatens siste hull? *Samfunnsspeilet* 3(19): 2-8.
94. GODAGER, G. (2012). Birds of a Feather Flock Together: A Study of Doctor-Patient Matching. *Journal of Health Economics* 31: 296-305.
95. MONSTAD, K. M.FL. (2010). Waiting time and socioeconomic status - an individual-level analysis. Working Papers in Economics 11/10. Department of Economics, University of Bergen. RINGARD, Å., & HAGEN, T. P. (2011). Are waiting times for hospital admissions affected by patients' choices and mobility? *BMC health services research*, 11(1), 170. Doi: 10.1186/1472-6963-11-170.
96. BRAATEN, T., M.FL. (2009). Socioeconomic differences in cancer survival: The Norwegian Women and Cancer Study. *BMC Public Health* 9:178. Doi:10.1186/1471-2458-9-178.
97. EIKEMO, T.A. M.FL. (2013). The potential for reduction of health inequalities in 21 European populations. Final draft 22.11.13. *Manuskript under behandling*.
98. Eikemo m.fl. (2013). Referert ovenfor.
99. PEDERSEN, A.W. 2013. Referert ovenfor.
100. SCHMIDT, B. (2013). Genetics and Socioeconomic Inequalities in Health in the Era of Genome-Wide Association Studies. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. Elektronisk publisering, [www.hioa.no/helseulikhet](http://www.hioa.no/helseulikhet).
101. ELSTAD, J.I. (2014). Hvor har den nye genforskningen brakt oss? Kommer i Tidsskrift for samfunnsforskning.
102. LUND NILSEN, T.I., M.FL. (2000). Socio-economic and lifestyle factors associated with the risk of prostate cancer. *British Journal of Cancer* 82(7): 1358-1363.
103. STRAND, B.H., M.FL. (2007). The reversed social gradient: higher breast cancer mortality in the higher educated compared to lower educated. A comparison of 11 European populations during the 1990s. *European Journal of Cancer* 43(7): 1200-1207.







[www.hioa.no](http://www.hioa.no)

**Stuedsted Pilestredet**  
Pilestredet 46  
0167 Oslo

**Stuedsted Kjeller**  
Kunnskapsveien 55  
2007 Kjeller

