

Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt

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



Forord

I 2008 kom Verdens helseorganisasjons «Kommisjon 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 og tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse gjennom tiltak rettet mot helsens sosiale bestemmelsesfaktorer. Dette ga støtet til lignende utredningsarbeider i blant annet England, Danmark, Sverige og ved WHO's Europakontor.

Den norske regjering initierte i 2007 den nasjonale 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 utarbeide 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 konsekvenser over tid; en diskusjon av forhold som påvirker sosial ulikhet i helse i Norge; og en 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 drøfte tiltak som kan bidra til å utjevne de sosiale helseforskjellene og deres konsekvenser.

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 Dahl 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, Nasjonalt Folkehelseinstitutt; Professor Olle Lundberg, Center for Health Equity Studies, Stockholm universitet/Karolinska institutet; Forskningsjef Petter Kristensen, Statens arbeidsmiljøinstitutt; Forsker I Axel West Pedersen, Institutt for samfunnsforskning.

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 prosjektet har også fått utført enkelte originale dataanalyser som blir presentert i publikasjonen.

Arbeidet med å skrive denne sluttrapporten og en kortere sammendragsrapport har vært utført av et forfattersteam som har bestått av forsker Heidi Bergsli, førsteamanuensis Kjetil van der Wel og undertegnede.

Det viktigste kunnskapsgrunnlaget for sluttrapportene er 11 underlagsrapporter som er utarbeidet på oppdrag fra prosjektet. Forfatterne av disse underlagsrapportene er spesialister på de temaer som de skriver om, og er selv ansvarlig for innholdet. Underlagsrapportene kan lastes ned på siden 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. Her er 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 (NOVA): To analyser for prosjektet «Sosial ulikhet i helse: en kunnskapsoversikt».
- Jon Ivar Elstad (NOVA): The hierarchical diffusion model and the changing patterns in health-related habits in Norway since the 1970s.
- 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. Innsigter 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.
- Börge 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 verdifulle litteraturtips, kommentarer til utkast og faglige råd og vink både fra medlemmene i ekspertpanelet og fra forfatterne av underlagsrapportene. Vi er dem stor takk skyldig.

Vi har også fått innsiktsfulle kommentarer og gode råd og tips fra kolleger i inn- og utland. Vi vil benytte anledningen til å takke Elling Bere, Torkel Bjørnskau, Astrid Bergland, 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, Knut Røed, Liselotte Schäfer Elinder, Kristine von Simson, Sidsel Sparre, Maria Tindberg og Einar Øverbye, samt kolleger på Sosialforsk.

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

Underveis har undertegnede presentert foreløpige funn og resultater fra arbeidet for Helsedirektoratets Fagråd for sosial ulikhet i helse. Jeg takker alle i fagrådet for gode innspill.

Endelig vil vi takke Helsedirektoratet for oppdraget og for god støtte til arbeidet underveis.

Espen Dahl,
Professor ved Sosialforsk, Høgskolen i Oslo og Akershus, mars 2014.

Mandat

Helsedirektoratet ga Høgskolen i Oslo og Akershus følgende oppdrag:

«Verdens helseorganisasjons «Kommissjon om sosiale helsedeterminanter» anbefalte i sin sluttrapport (2008) medlemslandene å utrede konsekvensene av all offentlig politikk med hensyn til rettferdig fordeling av helse. Verdens helseforsamling har siden vedtatt to resolusjoner om sosiale helsedeterminanter og sosial ulikhet i helse. Den siste, fra 2012, forplikter blant annet landene til å bygge kapasitet og utvikle strategier og tiltak for å redusere sosiale ulikhet i helse gjennom tiltak rettet mot helseforskjellenes determinanter.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2010-2015 (St.meld. 16, 2010–2011) varslet regjeringen at den ville ta initiativ til å gjennomgå faktorer som påvirker sosiale forskjeller i helse, på tvers av sektorer.

På denne bakgrunn gir Helsedirektoratet herved Høgskolen i Oslo og Akershus ved professor Espen Dahl i oppdrag å sette sammen et panel av forskere innenfor relevante fagområder som under Dahls ledelse skal:

- Foreta en oppsummering og analyse av tilgjengelig, forskningsbasert kunnskap om forhold som påvirker og forårsaker sosial ulikhet i helse i Norge. Oppsummeringen skal inneholde en analyse av den sosiale fordelingen av helse og en vurdering av helsenivået blant de dårligst stilte. Oppsummeringen skal også gå gjennom forskning om konsekvenser av sosial ulikhet i helse. Endelig skal oppsummeringen inneholde en oversikt over utviklingen i sosial ulikhet i helse og dens sosiale konsekvenser over tid.
- Så langt råd er, speile sosiale fordelingsmønstre og endringer over tid i forholdene i andre sammenliknbare land. Norske erfaringer skal beskrives og analyseres i et komparativt perspektiv. Årsakene til sosial ulikhet i helse, dens mønstre og utviklingstrekk, skal sees i lys av den internasjonale forskningslitteraturen på området.
- Med utgangspunkt i relevante politiske dokumenter, identifisere de politikkområder og samfunnsinstitusjoner som har størst betydning for sosial ulikhet i helse. Spesielle kjennetegn ved «den nordiske modellen», herunder universalisme, sjenerøse ytelser og omfattende tjenesteytelser, skal drøftes. Utredningen skal peke på hvilke sider ved eksisterende politikk som kan ha virket positivt og hvilke som kan ha hatt negative konsekvenser for fordeling av helse og påvirkningsfaktorer.
- Basert på disse analysene og med utgangspunkt i den politikk som føres i Norge, diskutere hvordan nye eller endrede tiltak kan bidra til å utjevne de sosiale helseforskjellene og deres sosiale konsekvenser, både sektorvis og sektorovergripende.
- Arbeide uavhengig av forvaltning, men innhente synspunkter fra Helsedirektoratets fagråd for sosial ulikhet i helse. Helse- og omsorgsdepartementet kan underveis be om en orientering om utvalgets arbeid i den grad dette tjener til å oppdatere departementets arbeid med parallelle, relevante prosesser».

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Sammendrag	13
1 Innledning, bakgrunn og motivering	15
1.1 Innledning.....	15
1.2 Bakgrunn og motivering: tre kunnskapsutfordringer.....	15
1.3 Hvorfor er sosial ulikhet i helse et problem?	17
1.4 Sosial ulikhet i helse: Et tverrpolitisk anliggende	17
1.5 Den norske strategien for å redusere ulikhet i helse	18
1.6 Om «helsens sosiale determinanter».....	19
1.7 Hva denne rapporten handler om, og hva den ikke handler om	20
1.8 Rapportens oppbygging.....	22
2 Politikk for å redusere ulikhet i helse: prinsipper og dimensjoner.....	24
2.1 Innledning.....	24
2.2 Befolkningsstrategi og høyrisikostrategi i forebyggende medisin	24
2.3 Universalisme og målretting.....	25
2.4 Universalisme som tilnærming til å redusere sosial ulikhet i helse	28
2.5 Strategier for å utjevne sosiale helseforskjeller	31
2.6 Paternalisme og frihet	34
2.7 En politikk for sosiale investeringer.....	36
2.8 Oppsummering og diskusjon	38
3 Perspektiver, analytisk modell og kunnskapssyn.....	40
3.1 Innledning.....	40
3.2 Perspektivet om helsens sosiale determinanter (SDH-perspektivet)	40
3.3 Livsløpsperspektivet	42
3.4 Kritikk av SDH-perspektivet	43
3.5 Den norske og nordiske samfunnsmessige konteksten	46
3.6 Analytisk modell	48
3.7 Rettferdig fordeling av helse	50
3.8 Hva er god nok kunnskap?.....	55
3.9 Oppsummering og diskusjon	60
4 Å måle og forklare sosiale helseulikheter.....	61
4.1 Innledning.....	61

4.2	Hvordan måle sosioøkonomisk posisjon?	61
4.3	Hva er helse?	67
4.4	Forklaringer av helseulikheter	68
4.5	Oppsummering og diskusjon	79
5	Sosial ulikhet i helse – mønstre og utviklingstrekk	81
5.1	Innledning	81
5.2	Den norske folkehelsen	81
5.3	Sosial ulikhet i helse i forskjellige livsfaser	87
5.4	Utvikling av helseulikhetene over tid	96
5.5	Norske helseulikheter i et komparativt perspektiv	102
5.6	Oppsummering og diskusjon	109
6	Oppvekst.....	111
6.1	Innledning	111
6.2	Ulikhet i levekår blant barn og ungdom	111
6.3	Ulikhet i helse blant barn og ungdom	113
6.4	Barndommens konsekvenser for helse i voksen alder	122
6.5	Forklaringer.....	122
6.6	Politikken på feltet.....	123
6.7	Oppsummering og diskusjon	130
6.8	Mål, anbefalinger og forskningsbehov	131
7	Skole og utdanning.....	133
7.1	Innledning	133
7.2	Norsk utdanning i komparativt perspektiv	134
7.3	Sosial ulikhet i skolen.....	134
7.4	Helsens betydning for utdanningsløp og frafall	138
7.5	Konsekvenser av sviktende skolegang og ufullført videregående skole	141
7.6	Forklaringer.....	142
7.7	Politikken på feltet.....	146
7.8	Oppsummering og diskusjon	154
7.9	Mål, anbefalinger og forskningsbehov	156
8	Syssetsetting	158
8.1	Innledning	158
8.2	Mønstre og utviklingstrekk.....	160

8.3	Forklaringer på sammenhengen mellom arbeid og helse.....	172
8.4	Arbeid og helse i kontekst	176
8.5	Politikken på feltet.....	178
8.6	Oppsummering og diskusjon	183
8.7	Mål, anbefalinger og forskningsbehov	185
9	Arbeidsmiljø.....	187
9.1	Innledning	187
9.2	Arbeidsmiljøet: Mønstre og utviklingstrekk	188
9.3	Hva betyr arbeidsmiljøet for helseulikhetene?.....	199
9.4	Politikken på feltet.....	203
9.5	Oppsummering og diskusjon	209
9.6	Mål, anbefalinger og forskningsbehov	210
10	Inntekt og fattigdom	212
10.1	Innledning	212
10.2	Inntektsulikhet og fattigdom	213
10.3	Sammenhengen mellom inntekt, fattigdom og helse	220
10.4	Forklaringer på sammenhengen mellom inntekt og helse.....	226
10.5	Politikken på feltet	229
10.6	Oppsummering og diskusjon	231
10.7	Mål, anbefalinger og forskningsbehov	232
11	Helsevaner	234
11.1	Innledning	234
11.2	Helsevanenes sosiale fordeling.....	235
11.3	I hvilken grad forklarer helsevaner sosial ulikhet i helse?.....	241
11.4	Forklaringer på sosial ulikhet i helseatferd.....	243
11.5	Politikken på feltet	245
11.6	Oppsummering og diskusjon	251
11.7	Mål, anbefalinger og forskningsbehov	252
12	Helsetjenester	255
12.1	Innledning	255
12.2	Helsetjenestenes sosiale fordeling	256
12.3	Helsetjenester som determinant for ulikhet i helse	265
12.4	Forklaringer	266

12.5	Relevant helsetjenestepolitikk.....	269
12.6	Oppsummering og diskusjon	271
12.7	Mål, anbefalinger og forskningsbehov	273
13	Sosialhjelpsmottakere	274
13.1	Innledning	274
13.2	Levekår blant sosialhjelpsmottakere og i andre vanskeligstilte grupper	275
13.3	Helse blant sosialhjelpsmottakere.....	276
13.4	Forklaringer.....	278
13.5	Politikken på feltet.....	279
13.6	Oppsummering og diskusjon	286
13.7	Mål, anbefalinger og forskningsbehov	288
14	Vurdering av den norske strategien for å redusere ulikhet i helse	290
14.1	Innledning	290
14.2	Den norske strategien for å redusere ulikhet i helse.....	290
14.3	Vurdering av tilnærmingen til de enkelte målområdene	294
14.4	Oppsummering og diskusjon	301
14.5	Mål og anbefalinger	305
15	Avslutning og diskusjon	306
15.1	Innledning	306
15.2	Et tverrpolitisk anliggende	306
15.3	Utviklingen i ulikhet i helse	307
15.4	Behovet og betingelser for en tverrsektoriell politikk.....	314
15.5	Har vi råd?.....	314
15.6	Hvilke sosiale determinanter bør prioriteres?.....	316
15.7	Verdikonflikter i folkehelsearbeidet	316
15.8	Overordnede retningslinjer for en politikk for å redusere ulikhet i helse.....	317
15.9	Velferdsstaten og politikken muligheter.....	318
15.10	Utvikling av SDH-perspektivet	323
	Referanser	324

Figuroversikt

Figur 3.1 Det dynamiske forholdet mellom helse og sosioøkonomisk status gjennom livsløpet.	43
Figur 3.2 Oversikt over viktige mekanismer (I-V) og tilhørende intervensjonspunkter (A-D) i forbindelse med sosial ulikhet i helse.	48
Figur 4.1 Teoretiske sammenhenger mellom sosial bakgrunn, egne oppnådde sosioøkonomiske posisjoner og helse.	64
Figur 4.2 Direkte genetisk effekt på sosial ulikhet i helse.	74
Figur 4.3 Indirekte genetisk effekt på sosial ulikhet i helse.	75
Figur 5.1 Dødelighet etter inntektsnivå i to tidsperioder. Menn 45-59 år.	89
Figur 5.2 Prosent døde 1993–1999 blant menn, alder 40–66 i 1992 og bosatt i Norge, etter utdanning. Aldersstandardisert.	89
Figur 5.3 Forventet levealder ved 35 år etter utdanningsnivå.	98
Figur 5.4 Absolutte (over) og relative (under) utdanningsforskjeller i tre selvrapporterte helsemål i perioden 1980 til 2005. Absolutte forskjeller er differansen mellom høy og lav utdanning, mens prevalensen i den ene gruppen dividert på prevalensen i den andre.	101
Figur 5.5 Relative index of inequality (etter utdanning) med konfidensintervaller for generell selvrapportert helse for menn (øverst) og kvinner (nederst), 25-69 år.	103
Figur 5.6 Dødelighet etter yrkesklasse for menn i manuelle vs. ikke-manuelle yrker, etter risikodifferanse.	104
Figur 5.7 Dødelighetsrater etter utdanningsnivå for menn (øverst) og kvinner (nederst).	105
Figur 5.8 Sammenheng mellom sosiale utgifter og aggregert dårlig selvrapportert helse blant de med grunnskole- og høyere utdanning. Separate analyser for menn (øverst) og kvinner (nederst). Vektete data.	107
Figur 6.1 Inntak av frukt blant 11, 13 og 15 åringer ved tre tidspunkt etter sosioøkonomisk bakgrunn. Prosentandeler.	119
Figur 6.2 Fysisk aktivitet blant 11, 13 og 15 åringer ved tre tidspunkt etter sosioøkonomisk bakgrunn. Prosentandeler.	120
Figur 7.1 Endringer i kognitive skårer over tid i to sosioøkonomiske grupper.	145
Figur 7.2 Videregående opplæring. Fullføring etter foreldrenes utdanningsnivå (med studie- eller yrkeskompetanse, etter fem år), 1994-2007. Kvinner og menn. Prosent.	149
Figur 7.3 Sammenhengen (SØS-gradienten) mellom elevenes sosioøkonomiske bakgrunn og karakterer til standpunkt og skriftlig eksamen, avgangskullene fra grunnskolen 2002-11.	151
Figur 8.1 Sysselsetting 1972-2011 for henholdsvis menn (øverst) og kvinner (nederst) etter alder. Prosent.	160
Figur 8.2 Ikke-sysselsatte (ikke i arbeid eller utdanning) i alderen 20-59 år i utvalgte europeiske land. Prosent.	162
Figur 8.3 Odds ratioer for langvarig lidelse for sysselsatte sammenlignet med ikke-sysselsatte, kontrollert for alder og utdanningsnivå. Separate logistiske regresjonsanalyser for hvert undersøkelsesår og for henholdsvis menn (øverst) og kvinner (nederst).	163
Figur 8.4 Andel på uføretrygd som prosent av arbeidsstyrken, 1972 - 2012. Prosent.	166
Figur 8.5 Andel nye uføretrygdde som prosent av arbeidsstyrken, 1980 – 2012. Prosent.	167
Figur 8.6 Menns og kvinners sykefravær som andel av arbeidsstyrken. Sykefravær av minst en ukes varighet. Prosent.	168
Figur 8.7 Sysselsatte i alt og sysselsatte med funksjonshemming etter utdanningsnivå og kjønn. Prosenttall for 2007.	169
Figur 8.8 Sysselsettingstrender 2000-2012 for aldersgruppen 20-64 år i ulike europeiske land. Prosent.	171
Figur 8.9 Andel ikke-sysselsatte etter utdanning blant kvinner i alderen 20-59 år i 2007 med langvarig begrensende sykdom. Prosent.	171
Figur 9.1 Prosentandel av sysselsatte som opplever lav kontroll på jobben, etter utdanningslengde.	194

Figur 9.2 Yrkesgrupper i fire ulike typer arbeidssituasjoner, etter yrkesgruppens gjennomsnittskårer på krav og kontroll.	196
Figur 9.3 Plasseringen av Norge, andre enkeltland, EU15 og EU27 i henhold til fire ulike arbeidssituasjoner basert på dimensjonene jobbkrav og kontroll.....	198
Figur 9.4 Arbeidsskadedødsfall per 100 millioner arbeidstimer 2006–2009, etter næring.....	200
Figur 10.1 Utviklingen i ulikhet i inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU-skala) målt ved Gini-koeffisienten. Alle eksklusiv studenthushold. 1986-2011.	213
Figur 10.2 Andel i relativ inntektsfattigdom målt ved tre indikatorer. 60 prosent av medianinntekten. Hele befolkningen eksklusiv studenthushold 1998-2011.	218
Figur 10.3 Andel i relativ inntektsfattigdom målt med utgangspunkt i treårsinntekten. 60 prosent av medianinntekten. Utvalgte demografiske grupper, samt hele befolkningen eksklusiv studenthushold 1998-2011.....	219
Figur 10.4 Årlig dødelighet per 100 000 for menn og kvinner 45-59 år, etter inntektsnivå. 1999-2003.	221
Figur 10.5 Andel (aldersjustert) med meget god/god helse i alderen 25-64 år. Helse- og levekårsundersøkelsen 2002.....	221
Figur 10.6 Antall dødsfall per 100 000 for menn i alderen 45-67 år for fem tilnærmet like store inntektsgrupper for perioden 1993-2008. Aldersstandardiserte tall.	222
Figur 10.7 Antall dødsfall per 100 000 for kvinner i alderen 45-67 år for fem tilnærmet like store inntektsgrupper for perioden 1993-2008. Aldersstandardiserte tall.	223
Figur 11.1 Inntak av sukkerholdig drikke etter kjønn og utdanning. Prosent.	235
Figur 11.2 Endring i røykevaner i tre utdanningsgrupper 2007-2012. Prosent.....	236
Figur 11.3 Absolutte og relative forskjeller i daglig røyking i Norge 2005-2012.	237
Figur 11.4 Andel som drikker alkohol to eller flere ganger i uken, etter utdanningsnivå. Prosent.	238
Figur 12.1 Andel som ikke har oppsøkt tannlegen av økonomiske årsaker, på tross av behov. Befolkning 20 år og over. 2003. Prosent. N =antall spurte.....	261
Figur 13.1 Andel personer med betydelige psykiske plager (HSCL-25) blant de utsatte gruppene og resten av befolkningen. Prosent.	276

Tabelloversikt

Tabell 5.1 Sunne forventede leveår ved fødsel i de nordiske land.	82
Tabell 5.2 Fordeling av antall dødsfall som ville vært unngått om prosentandel døde 1994-2003 i alle utdanningskategorier hadde vært identisk med prosentandel døde blant dem med høyere universitetsutdanning, og relativ dødelighet (odds ratio) for den laveste utdanningsgruppen sammenlignet med den høyeste. Menn, alder 25-66 år i 1993.	90
Tabell 5.3 Tapte leveår på grunn av dødsfallene i 2010 i befolkningen født 1969 og tidligere, i live ved inngangen til 2010. Fem utdanningsnivåer, aldersspennet 40-79 (menn) og 40-83 (kvinner). Absolutte tall, rater uten aldersstandardisering, og aldersstandardiserte rater.	91
Tabell 5.4 Utdanningsforskjeller (lav versus middels/høy) i dødelighet i perioden 1990-1995, etter alder. Relative forskjeller (rate-ratio, RR), risikodifferanse (RD) og total rate per 1000 (TR).....	93
Tabell 5.5 Prosentandelen 75-76-åringene som rapporterer om sykdom etter utdanningslengde. n= antall svar.	94
Tabell 5.6 Trendindikatorer for endringer i utdanningsforskjeller i ulike dødsårsaker for perioden 1960-2000 ¹	99
Tabell 5.7 Absolutt og relativ ulikhet etter utdanning omkring 1985 og 1995.	100
Tabell 6.1 Neonatal (0-27 dager) og postneonatal (28-364 dager) dødelighet i fire tidsperioder.....	114
Tabell 6.2 Andel barn i barnehage (1 time eller mer per uke) etter mors høyeste fullførte utdanning, barn i alderen 1-5 år. Prosent og antall barn.....	126
Tabell 9.1 Organisatoriske arbeidsforhold (arbeidstilknytning, endringer, jobbusikkerhet), arbeidstidsdimensjoner og mekaniske eksponeringer (siste måned), etter utdanningslengde. Prosent blant yrkesaktive.	190

Tabell 9.2 Prosentandel av yrkesaktive menn som er utsatt for visse fysiske arbeidsforhold minst en fjerdedel av arbeidsdagen, etter sosial posisjon basert på yrkesklasse (Erikson-Goldthorpe-Portocarero, EGP) og utdanningslengde.	192
Tabell 9.3 Prosentandel av yrkesaktive kvinner og menn som er utsatt for visse kjemiske arbeidsforhold minst en fjerdedel av arbeidsdagen, etter sosial posisjon basert på yrkes- klasse (Erikson-Goldthorpe-Portocarero, EGP). Se operasjonalisering i tabell 9.2 ovenfor.	193
Tabell 10.1 Fattigdom og dødelighet 1996-2000 og 2006-2010.	224
Tabell 10.2 Andel 25-64-åringer med ulike symptomer og levevaner, etter fattigdomsstatus (OECD-skala). Prosent.	225
Tabell 11.1 Fysisk aktivitet i tre perioder for menn og kvinner i tre utdanningskategorier. Prosent.	239
Tabell 12.1 Variable som henger sammen med sannsynligheten for minst ett besøk hos privat spesialist. Logistisk regresjon.	258
Tabell 13.1 Helse og behov for medisinsk hjelp blant sosialhjelpsmottakere og i befolkningen. Prosent.	278

Faktabokser

Faktaboks 4.1 Hvordan beregne sosial helseulikhet statistisk?	65
Faktaboks 10.1 Om ulike inntektsbegreper.	214
Faktaboks 10.2 Å måle inntektsfattigdom.	217

Forkortelser

BMI	Body Mass Index / Kroppsmasseindeks
CSDH	Commission of Social Determinants of Health
DALY	Disability Adjusted Life Years
EU	European Union / Den europeiske union
GWAS	Genome-Wide Association Studies
HAVS	Hånd- arm vibrasjonssyndrom
HDIR	Helsedirektoratet
HMS	Helse-, miljø- og sikkerhet
HOD	Helse- og Omsorgsdepartementet
HPMT	Helhetlig, prinsippstyrt, metodisk tilnærming
HSCL	Hopkins Symptom Checklist
HUBRO	Helseundersøkelsen i Oslo
HUNT	Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag
IA	Inkluderende arbeidsliv
ICF	The International Classification of Functioning, Disability and Health / Den internasjonale klassifikasjon av funksjonsevne, uførhet og helse
IGI	Intervention Generated Inequalities / Intervensjonsskapt ulikheter
ILO	International Labour Organization / Den internasjonale arbeiderorganisasjonen
IPS	Individual Placement and Support / Individuell plassering og støtte
KMI	Kroppsmasseindeks / Body Mass Index
KOLS	Kronisk obstruktiv lungesykdom
KVP	Kvalifiseringsprogrammet
LSI	Longstanding illness/ langvarig sykdom
LLSI	Limiting longstanding illness/ langvarig begrensende sykdom
NAV	Arbeids- og velferdsetaten
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence / Nasjonalt institutt for helse og klinisk fremragelse (Engelsk forskningsinstitutt)
NOA	Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development / Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling
OT	Fylkeskommunale oppfølgingstjenesten
RCT	Randomized controlled trials / Randomiserte og kontrollerte forsøk
SDH	Social determinants of health / Helsens sosiale determinanter
SFO	Skolefritidsordningen
SSB	Statistisk sentralbyrå
TULT	Tidsubestemt lønnstilskudd
UNDP	United Nations Development Programme / De forente nasjoners utviklingsprogram
UNICEF	The United Nations' Children's Fund / De forente nasjoners barnefond
WHO	World Health Organization / Verdens helseorganisasjon

Sammendrag

Norge er et velstående land med gjennomgående god helse og høy levealder. Like fullt finner vi også i Norge, som i de fleste andre land, sosiale ulikheter i helse. Helsen er jevnt over dårligere og levealderen kortere blant mennesker med kort utdanning, lav inntekt og lav yrkesstatus. Og det er ikke bare de dårligst stilte som sliter med dårlig helse. Helsetilstanden følger et trappetrinnmønster: Jo høyere man er i det sosioøkonomiske hierarkiet, jo bedre er helsen og jo lenger lever man. Dette fenomenet er kjent som den sosiale gradienten i helse. Dette innebærer at dersom 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. Vi ser sosiale helseulikheter blant menn og kvinner, barn og ungdom, og hos voksne og eldre. Ulikhetene observeres for de fleste sosioøkonomiske indikatorer og for mange forskjellige helseutfall. Men det er også lyspunkter: Den økningen i utdanningsulikhet i forventet levealder dødelighet som har vært iaktatt siden 1960-tallet har flatet ut det siste tiåret, i hvert fall for menn. Det er også tegn til at utdanningsulikhetene i røyking, som har vært spesielt store i Norge, er i ferd med å avta.

Eksistensen av sosial ulikhet i helse er et problem på flere måter. I første rekke er det et *rettferdighetsproblem*, fordi mennesker i lavere sosiale lag frarøves livssjanser. 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 man selv verdsetter. God helse gir frihet. 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.

Denne kunnskapsoversikten føyer seg inn i rekken av flere lignende arbeider som er utført blant annet i England, Danmark og i Malmø i Sverige. Til grunn for disse utredningene ligger perspektivet om helsens sosiale bestemmelsesfaktorer (determinanter). Dette perspektivet, som har solid forskningsmessig støtte, forutsier at det er forhold ved og i samfunnet som er bestemmende for hva slags gjennomsnittlig helse vi finner i de ulike gruppene i det sosioøkonomiske hierarkiet. Slike sosiale forhold omfatter fordelingen av sentrale ressurser og fordelingen av ulemper og påkjenninger. Dette perspektivet integrerer innsikter fra livsløpsforskningen som fokuserer på hvordan samspillet mellom biologiske og sosiale forhold oppveksten, så tidlig som i mors liv, påvirker helse og sosial ulikhet i voksen alder.

I Norge er det tverrpolitisk enighet om at eksistensen av sosial ulikhet i helse er en kilde til bekymring og at noe bør gjøres med problemet. Siden 2007 har vi hatt en nasjonal strategi for å redusere sosial ulikhet i helse. Denne har som mål å redusere de sosiale forskjellene i helse uten at noen grupper får det dårligere. Dette overordnede målet ligger også til grunn for denne kunnskapsoversikten. Våre generelle anbefalinger for å nå dette målet er:

Fokus på den sosiale gradienten

Vi anbefaler at sosial likhet i helse skal gjennomtrenges alt som gjøres i myndighetenes daglige virke og reformvirksomhet i alle relevante sektorer. Dette gjelder i alle faser av reformprosesser: initiering, utredning, planlegging, implementering og evaluering. Dette innebærer at alle evalueringer av relevante tiltak systematisk bør ta for seg sosioøkonomiske ulikheter i rekruttering til tiltak og effekter av tiltak. Vi trenger også et system for rutinemessig overvåking av sosial ulikhet i helse. Bedre kunnskap er en forutsetning for å kunne føre en kunnskapsbasert politikk for å redusere sosial ulikhet i helse.

Samarbeid på tvers

Sosial ulikhet i helse skyldes mange faktorer. Komplekse problemer krever komplekse løsninger. En politikk som kombinerer tiltak på mange områder (tiltaks pakker) er sannsynligvis mest gunstig. Tiltakene bør derfor rettes mot flere bestemmelsesfaktorer samtidig, for eksempel mot både sysselsetting og utdanning, helseatferd og helsetjenester. Det krever samarbeid mellom ulike sektorer og at innsatsen i ulike sektorer koordineres.

Politiske tiltak som omfatter 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. 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 betydelig utjevningseffekt er imidlertid at innsatsen doseres etter behov og etter problemets størrelse og karakter. Spesielle målrettede tiltak myntet på vanskeligstilte grupper vil komme i tillegg til tilbud som er for alle.

Tidlig innsats

Vi anbefaler at tiltak settes inn tidlig i livet og følges opp. Forskning viser at slike tiltak kan ventes å være særlig effektive. Dette fordrer langsiktig planlegging og utholdenhet for den som vil arbeide for å redusere de sosiale ulikhetene i helse.

Tilrettelegging for gode valg

Mye folkehelsepolitikk handler om å få folk til å treffe de rette valgene. Valgene vi tar påvirkes av mange forhold, ikke minst av hva som er *mulig* og hvor store ressurser vi trenger å legge inn for å oppnå det vi ønsker. Ved å påvirke disse handlingsbetingelsene – for eksempel ved å regulere hva som er lov og ikke lov, hva som er lett eller vanskelig, dyrt eller billig – kan myndigheten legge til rette for at folk kan treffe handlingsvalg som er gunstige for å redusere helseulikhetene.

1 Innledning, bakgrunn og motivering

1.1 Innledning

Denne rapporten handler om sosial ulikhet i helse i Norge – omfang, utviklingstrekk, årsaker og konsekvenser, og den politikken norske myndigheter fører og bør føre for å redusere sosiale ulikhet i helse i Norge. Rapporten er resultatet av et arbeid som Høgskolen i Oslo og Akershus har utført på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Fenomenet og termen «sosial ulikhet i helse» refererer til hvordan helsetilstanden varierer med posisjon i inntektsfordelingen, utdanningshierarkiet, klassestrukturen, eller lignende sosioøkonomiske strukturer i samfunnet. I en viss forstand er faktorer som utdanning, yrkesklasse, og inntekt nettopp indikatorer på sosioøkonomiske hierarkier, men de representerer også ulike begreper om ulikhetens vesen ved at de uttrykker forskjellige mekanismer som genererer relasjonen mellom sosial posisjon og helse.

I dette kapittelet tar vi først for oss tre spørsmål som har stått sentralt i forskningen om ulikhet i helse en stund, nemlig hvorfor ulikheter i helse vedvarer; hvorfor ulikheter i dødelighet har økt i Norge og i andre nordiske land, og hvorfor helseforskjellene ikke er mindre i de egalitære nordiske land enn i mindre egalitære land. Vi begrunner deretter hvorfor sosial ulikhet i helse er et problem for individer og for samfunnet. Så løfter vi fram at sosial ulikhet i helse er en tverrpolitisk bekymring i Norsk partiflora, og redegjør kort for den norske strategien for å redusere sosial ulikhet i helse. Deretter følger et avsnitt hvor vi beskriver noen sentrale kjennetegn ved det faglige perspektivet som ligger til grunn for dette arbeidet, perspektivet om helsens sosiale determinanter. Dette vil bli utdypet senere. Tematikken for arbeidet er svært omfattende. I neste avsnitt gjør vi derfor rede for en del avgrensninger vi har gjort, før vi til slutt i kapittelet orienterer om hvordan rapporten er bygd opp og hva de enkelte kapitlene handler om.

1.2 Bakgrunn og motivering: tre kunnskapsutfordringer

Den politiske bakgrunnen for dette arbeidet er den anbefaling Verdens helseorganisasjons «Kommissjon om sosiale helsedeterminanter» fremmet i sin sluttrapport (2008). Her blir medlemslandene oppfordret til å utrede konsekvensene av all offentlig politikk med hensyn til rettferdig fordeling av helse. Verdens helseforsamling har siden vedtatt to resolusjoner. Disse forplikter blant annet landene til å bygge kapasitet og utvikle strategier og tiltak for å redusere sosiale ulikhet i helse gjennom tiltak rettet mot helseforskjellenes sosiale determinanter. Med dette som utgangspunkt ba Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) Helsedirektoratet (Hdir) om «å sette ned et uavhengig forskerpanel som på faglig grunnlag skal gjennomgå faktorer som påvirker sosiale ulikheter i helse og komme med forslag til tiltak som kan redusere slike ulikheter» (HOD i brev til Hdir 3.9.2012). I brevet pekes det på

at det til tross for at det finnes mye kunnskap på området, er det behov for en gjennomgang som ser kunnskapen i en norsk sammenheng.

Et sentralt faglig omdreiningspunkt for dette arbeidet er perspektivet om helsens sosiale determinanter, det vil si at trivsel, helse og levealder henger sammen med de levekår som preger våre liv fra vi fødes, vokser opp, arbeider, eldes og dør. Som vi senere skal utdype henger fordelingen av ressurser og levekår sammen med fordelingen av helse, sykdom og for tidlig død. I sin enkleste form forutsier dette perspektivet at det er en sammenheng mellom grad av ulikhet i fordelingen av de sosiale determinantene – de helserelevante levekårene – og grad av ulikhet i den sosiale fordelingen av helse (Marmot m.fl. 2010). Norge og de andre nordiske land er gjerne framhevet som nasjoner som har en jevn fordeling av levekår. I lys av slike forventninger er det tre kunnskapsutfordringer som står frem; at sosial ulikhet i helse varer ved, at sosiale forskjeller i dødelighet øker, og at helseulikhetene ikke er mindre i Norge og i de nordiske land enn i andre mindre egalitære land.

Kunnskapsutfordring 1: Vedvarende sosiale helseforskjeller

Som vi skal se blant annet i kapittel 5 vedvarer de sosiale forskjellene i helse i mange land, også i egalitære samfunn som det norske. Sosial ulikhet i helse framtrer for en rekke helseindikatorer – fra dødelighet til selvrapportert helse, for mange indikatorer på sosioøkonomisk posisjon – utdanning, yrkesklasse, inntekt, for menn og kvinner, og i alle faser av livsløpet. Det er lansert flere forklaringer på disse fenomenene, og i kapittel 4 og i siste kapittel vil vi diskutere de viktigste av disse.

Kunnskapsutfordring 2: Økende utdanningsulikheter i dødelighet

I Norge og i de andre nordiske landene har det vært en økning i ulikhet i dødelighet fram mot 2010. Dette har gitt forskerne en del hodebry. Gitt at en stadig større andel av befolkningen er født inn i et samfunn preget av velstand og sosial og økonomisk trygghet, og at leve- og arbeidsforhold blant lavere sosiale lag er blitt bedret over tid, skulle det være grunn til å forvente en nedgang i helseulikheten over tid. Dette er en kunnskapsutfordring vi berører flere ganger i denne rapporten, og som vi søker å gi en forklaring på i siste kapittel.

Kunnskapsutfordring 3: Ikke mindre sosiale helseforskjeller i nordiske velferdsstater

Den tredje kunnskapsutfordringen er knyttet til at helseforskjellene ikke er på et lavere nivå i Norge og Norden enn i mindre egalitære land med radikalt annerledes utforming av velferdsstaten, slik som i Sør-Europa (se kapittel 5). Dette er påpekt i flere kunnskapsoppsummeringer, og det er omtalt som et paradoks (Mackenbach 2012). Er det slik at sosial ulikhet i helsens determinanter ikke gjenspeiles i ulikhet i helse? I siste kapittel vil vi drøfte denne kunnskapsutfordringen.

For denne kunnskapsoversikten representerer dette utfordringer på to måter: dels er det et spørsmål om det virkelig er slik, og dersom det forholder seg slik, hvordan skal det i så fall forstås?

1.3 Hvorfor er sosial ulikhet i helse et problem?

Sosial ulikhet i helse kan oppfattes som et problem av flere grunner (Sosial- og helsedirektoratets ekspertgruppe- sosial ulikhet i helse 2005). Sosial ulikhet er et...

- *...rettferdighetsproblem*, fordi mennesker i lavere sosiale lag frarøves livsjanser og frihet. Likheter 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. 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.
- *...levetidsproblem*: 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.

1.4 Sosial ulikhet i helse: Et tverrpolitisk anliggende

Det var den borgerlige regjeringen ledet av Kjell Magne Bondevik som først satte sosial ulikhet i helse på den politiske agendaen i 2003 med Stortingsmeldingen om folkehelse, «Resept for et sunnere Norge» (St.meld. nr. 16 (2002–2003)). Her heter det blant annet:

For et demokratisk samfunn bør det være en selvfølge å forsøke å påvirke vilkårene som skaper sosiale helseforskjeller. Det er et rettferdighetsproblem når mennesker med lav sosial status, få goder og få ressurser i tillegg er mer belastet med smerte, sykdom, nedsatt funksjonsevne og forkortet levealder. Sosial ulikhet i helse må også tas alvorlig fordi helse er en sentral forutsetning for samfunnsmessig aktivitet og sosial deltakelse i vid forstand (s.45).

Innsatsen har blitt videreført og trappet opp under Stoltenberg-regjeringen, som i 2007 la fram sin strategi for å redusere ulikhet i helse i Helseforskjellsmeldingen (St. meld. 20 2006-2007), som er nærmere beskrevet og drøftet i kapittel 14. Meldingen ble behandlet i Stortinget. Der sluttet en samstemmig Helse- og omsorgskomite seg til følgene den følgende situasjonsbeskrivelsen: «god helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen». En samlet komite mente også at dette ga grunn til bekymring og bemerket videre: «Komiteen er enig i Regjeringens overordnede mål om å redusere de sosiale helseforskjellene uten at noen grupper får dårligere helse» (Innst. S. nr. 240 (2006-2007):5).

Den politiske plattformen for Høyre/Frp-regjeringen nevner ikke sosial ulikhet i helse direkte, men sosial ulikhet omtales på følgende måte:

Regjeringen vil jobbe for at Norge skal være et land med små forskjeller og minimal fattigdom. De viktigste tiltakene for å bekjempe fattigdom er en god skole som utjevner sosiale forskjeller og et åpent arbeidsliv med plass til alle. Likevel vil det finnes mennesker som står utenfor viktige sosiale arenaer på grunn av dårlig økonomi eller dårlige levekår. Regjeringen mener det er en viktig samfunnsoppgave å sikre at også disse får den hjelpen de trenger (Politisk plattform for Høyre/Frp-regjeringen 2013:11).

Det later således til å være tverrpolitisk enighet i Norge dels om situasjonsbeskrivelsen, at vi har sosial ulikhet i helse og at det er et bekymringsfullt trekk ved det norske samfunnet, og dels om målsettingen, at sosial ulikhet i helse bør reduseres. Dessuten er sosial likhet verdt å strebe etter. Det vil, nær sagt selvsagt, være divergerende syn på virkemidlene, men situasjonsbeskrivelsen og de overordnede målene er det stor grad av konsensus om.

1.5 Den norske strategien for å redusere ulikhet i helse

I 2007 la regjeringen fram en strategi for å bekjempe ulikhet i helse i Norge (St.meld. 20 (2006-2007)). Ved lanseringen av stortingsmeldingen uttalte daværende helseminister, Sylvia Brustad:

De sosiale helseforskjellene er et folkehelseproblem og et rettferdighetsproblem som berører oss alle og som vi ikke kan akseptere (...). Den norske befolkningens helse er god, men gjennomsnittstallene skjuler store sosiale forskjeller. Dette er forskjeller som er sosialt skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med. Målet er å redusere de sosiale helseforskjellene uten at noen grupper får dårligere helse (...). Regjeringen vil bygge videre på den nordiske tradisjonen med generelle velferdsordninger, og samtidig sette i verk egne tiltak for å hjelpe de som trenger det mest. Rettferdig fordeling er god folkehelsepolitikk (...). De sosiale helseforskjellene henger nært sammen med ressursfordelingen i samfunnet. Det er derfor fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, pressemelding 8).

Vi kan merke oss at den daværende helseministeren langt på vei gir uttrykk for den samme grunnleggende problemforståelse som i tenkningen i SDH-perspektivet. Denne forståelsen følges opp med en erklært politisk vilje til å sette mål og til å smi en politikk for å møte de erkjente utfordringene (St.meld.20 (2006-2007)). Den norske strategien for å redusere helseulikheter har tre distinkte kjennetegn: den legger opp til en *langsiktig og helhetlig* politisk tilnærming; den fokuserer på den sosiale *gradienten*; og den framhever *universelle* løsninger. Strategien har en tidshorisont på ti år. Den legger vekt på at en moderne og effektiv folkehelsepolitikk er et samfunnsansvar, og at det er behov for sektorovergripende samarbeid og tiltak. Meldingen legger til grunn et *gradientperspektiv* i problemforståelsen og dermed også for utjevningspolitikken, og den understreker viktigheten av å bygge på den nordiske tradisjonen med universelle ordninger. Samtidig påpekes det at problemene er størst for mennesker «nederst ved bordet». Derfor argumenteres det for å iverksette

spesielle tiltak for å hjelpe de mest problemutsatte. Strategien åpner derfor for å supplere universelle tiltak med målrettede tiltak. Like fullt påpekes at skreddersydde og målrettede ordninger er beheftet med problemer, særlig at de er stigmatiserende for utsatte grupper, og at de ikke bidrar til å forebygge høyrisikosituasjoner.

Helseforskjellsmeldingen peker videre ut fem sosiale områder/arenaer som nøkkelområder for å redusere ulikhet i helse: Inntekt, oppvekst og utdanning, arbeid og arbeidsmiljø, helsetjenesten og helseatferd, samt sosial inkludering. Dette er områder vi også tar for oss i denne rapporten.

I et folkehelseperspektiv er skillet mellom målrettede/selektive tiltak og universelle/befolkningsrettede tiltak vesentlig. Et hypotetisk eksempel kan illustrere forskjellen på målrettede tiltak for å løfte de svakeste, og universelle tiltak rettet mot å jevne ut den sosiale gradienten. La oss ta utgangspunkt i antall tapte leveår i fem ulike utdanningskategorier i 2010 (se også kapittel 5). Tapte leveår er beregnet fra 40 år og fram til forventet levealder for henholdsvis menn (79 år) og kvinner (83 år). Vi snakker altså om premature dødsfall. I motsetning til tapte liv, reflekterer tapte leveår når i livet dødsfall inntreffer. Jo tidligere i livet dødsfallet inntreffer, jo flere leveår går tapt.

Ved å heve de grunnskoleutdannede opp til dødelighetsnivået til dem med utdanning på masternivå, spares 43 317 leveår. Dette er et betydelig løft som vil gagne de dårligst stilte, men som har begrenset effekt på gradienten. Ved å løfte dødelighetsnivået blant alle fire utdanningsgrupper opp til nivået til de masterutdannede - altså flate ut gradienten - spares hele 89 281 leveår, om lag det dobbelte. I norsk folkehelsepolitikk er målet å utjevne helsegradienten. Det gjøres mest effektivt ved å styre innsatsen mot alle trinn i hierarkiet, ikke bare mot bunnen. Men målet er også å løfte den norske folkehelsen i stort. Eksempelet illustrerer at utjevning av sosial ulikhet i helse er et effektivt middel for å oppnå det også: Folkehelseeffekten av å heve de grunnskoleutdannedes «helse» til nivået blant de høyest utdannede er en reduksjon i totalt tapte leveår på 21 prosent. Folkehelseeffekten av å heve alles «helse» opp til nivået til de best stilte er på 44 prosent, altså dobbelt så høy.

1.6 Om «helsens sosiale determinanter»

Den faglige innrettingen i rapporten er inspirert av perspektivet om helsens sosiale determinanter, «Social Determinants of Health», eller SDH-perspektivet. Dette perspektivet er utviklet dels for å forstå forekomsten og utviklingen av sosial ulikhet i helse, men også for å tjene som et verktøy for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Verdenskommisjonen for sosiale helsedeterminanter la fram sin rapport om disse spørsmålene i 2008 (CSDH 2008). Kommisjonen, som ble nedsatt av Verdens helseorganisasjon (WHO), ble ledet av sir Michael Marmot. Dette arbeidet og den rapporten det avfødte ga støtet til lignende utredningsarbeider i flere land og regioner. England nedsatte en nasjonal kommisjon i 2008, der også denne ble ledet Marmot. I 2010 publiserte

kommisjonen sin rapport «Fair Society, Healthy Lives». Danskene fikk sin SDH-rapport i 2011 (Diderichsen m.fl. 2011). Sverige har ingen nasjonal utredning, men flere lokale. Første mars 2013 la den såkalte Malmøkommisjonen fram sin rapport «för ett socialt hållbart Malmö» (Malmøkommisjonen udatert). En kommisjon er også i arbeid i Østgøta-regionen i Sverige (Regionförbundet ÖSTSAM udatert). EU og Europaregionen i Verdens helseorganisasjon (Marmot m.fl. 2013) har også hatt lignende utredningsarbeider. Denne rapporten om norske forhold føyer seg dermed inn i rekken som én av flere.

Bakgrunnen for SDH-paradigmet og SDH-bevegelsen er flere tiårs flerfaglig forskning på sosial ulikhet i helse, som har bidratt til å identifisere helsens sosiale determinanter, slik som utdanning, arbeid, inntekt, sosiale relasjoner og boligforhold. SDH-perspektivet har flere likhetstrekk med den nordiske levekårsmodellen med sin vektlegging av ressurser, arenaer og levekårsutfall (Erikson og Uusitalo 1987). Levekårskomponentene er i mangt og meget sammenfallende med helsens sosiale determinanter.

SDH-tilnærmingen har to kjennetegn: sammenstilling av forskningsbasert kunnskap, og oversettelse av denne kunnskapen til politiske strategier. Men det er ikke bare forskningsbasert kunnskap og empirisk orientert forskning som danner grunnlaget for SDH-perspektivet; det har også utviklet tilknytningspunkter til sosialfilosofisk tenkning. Det sosialfilosofiske verdigrunnlaget i perspektivet er eksplisitt. Som det heter i første nøkkelpunkt i den engelske kunnskapsoversikten: «Å redusere ulikheter i helse handler om rimelighet og sosial rettferdighet» (Marmot m.fl. 2010:16). Dette gjenspeiles med all mulig tydelighet i tittelen på den engelske Marmot-rapporten: «Fair Society, Healthy Lives». Henvisningen til rettferdighet er også sentral i den norske helseforskjellsstrategien, slik vi så ovenfor. I kapittel 3 kommer vi tilbake til rettferdighetsbegrepet og hvordan ulikheter i helse kan vurderes i lys av utvalgte sentrale sosialfilosofiske bidrag.

1.7 Hva denne rapporten handler om, og hva den ikke handler om

Det er først og fremst sosioøkonomiske ulikheter som står i sentrum i denne rapporten. Det betyr at helseforskjeller etter kjønn, alder, etnisitet, bosted/geografi m.m. ikke blir gjort til gjenstand for noen inngående behandling. Dette er ikke fordi slike forskjeller er uinteressante, tvert om: Slike forskjeller er svært interessante, og nettopp derfor er det behov for egne selvstendige analyser av ulikheter i helse som følger slike kategorier.

En litteraturoversikt som omfatter innvandreres livsstilssykdommer, mental helse, infeksjonssykdommer og helseproblemer knyttet til reproduksjon understreker nettopp at det er mye vi ikke vet om innvandrerhelse, og at det derfor er behov for et eget forskningsprogram (Abebe 2010).

Til en viss grad skyldes både geografiske og etniske/kulturelle helseforskjeller sosioøkonomiske forskjeller (Elstad 2010, Williams og Sternthal 2010). Det innebærer at

sosial utjevning mellom sosioøkonomiske grupper også kan forventes å gi en utjevningseffekt på ulikhet i helse etter dimensjonene etnisitet og bosted.

Videre kan en rekke ytre forhold, for eksempel de fysiske miljøfaktorene luftforurensning, støy, stråling og forurenset drikkevann, tenkes å representere mekanismer som formidler effekten av sosial posisjon på helse (jevnfør mekanisme II i analysemodellen i kapittel 3) (WHO 2010a:33). Dersom vi ser bort fra arbeidsmiljøfaktorer, blir ikke slike faktorer tilgodesett med egne kapitler i denne rapporten. Dette skyldes at det finnes svært lite kunnskap om hva slike faktorer betyr for sosial ulikhet i helse i Norge, selv om det er enkelte unntak (Næss m.fl. 2007b:692, Sygna m.fl. 2013). Alt i alt er det altså grunn til å tro at denne typen miljøfaktorer kan spille en rolle for ulikhet i helse, men det er usikkert hvor mye. Her trengs definitivt mer forskning.

En annen mulig formidlende mekanisme er relasjoner, nettverk og tillit mellom mennesker, også kalt sosial kapital. Det er blandet empirisk støtte for at sosial kapital kan forklarer en stor del av sosioøkonomiske ulikheter i helse (Vyncke m.fl. 2013). En svensk studie fant at sosial kapital hadde både medierende og interagerende effekter (Ahnquist m.fl. 2012). En studie av 26 europeisk land fant at i de nordiske land var det særlig tillitsdimensjonen ved sosial kapital som formidlet – eller medierte- en betydelig del av utdanningsforskjellene i selvrappport helse (Rostila 2013). Disse funnene står i motstrid til en norsk tverrsnittsundersøkelse som fant at hverken utdanningsforskjeller eller inntektsforskjeller i selvrapportert helse lot seg forklare med ulik tilgang til ulike typer av sosial kapitalressurser (Dahl og Malmberg-Heimonen 2010). Forfatteren av en norsk litteraturoversikt konkluderer:

Slik enkelte benytter begrepet [sosial kapital, vår tilføyelse] er det nesten mer egnet til å tåkelegge ubehagelige sosiale realiteter enn å fremme en god folkehelse. Verken sosial kapital eller folkehelsen kan forstås isolert fra økonomiske og politiske strukturer i samfunnet, de må plasseres *innenfor* en økonomisk og politisk kontekst... En rettferdig fordeling av ressurser og muligheter gir grobunn for tillit, deltakelse og helse for alle (Sund 2010:73).

Liknende konklusjoner trekkes av andre forskere (Pearce og Smith 2003, Eriksson 2011, Giordano 2012, Rostila 2013:197). De forslag vi legger fram for å jevne ut helsens sosiale determinanter vil etter alt å dømme også bidra til å styrke den sosiale kapitalen i samfunnet, og spesielt for individer og grupper som i utgangspunktet har lite ressurser.

Det ligger også utenfor mandatet for vårt arbeid å skissere indikatorer på ulikhet i helse – hvilke sosioøkonomiske indikatorer som bør studeres, hvilke statistiske ulikhetsmål som bør brukes og hvilke helsemål som er «best». Her står vi overfor viktige utviklingsoppgaver. Et slikt utviklingsarbeid henger nært sammen med målet om å overvåke helseforskjellene i Norge. Dette er et arbeid som myndighetene har bebudet, men som ikke har kommet særlig langt. En grunn er at det har vist seg vanskelig å få konsesjon fra Datatilsynet til å kople data, fordi lovverket som regulerer overvåking er mer restriktivt enn det som regulerer forskning.

Dette er en kunnskapsoversikt, ikke en systematisk litteraturoppsummering («systematic review») i streng forstand. Vi har altså ikke foretatt fullstendige litteratursøk og litteraturinnhenting ut fra én klart formulert, konkret problemstilling etter én mal. Dette har ikke vært mulig - verken av ressursmessige eller kunnskapsmessige grunner. Ressursene i form av penger og tid har vært tilmålte, og feltet er svært omfattende og bredt. Like fullt har vi foretatt omfattende litteratursøk i vitenskapelige databaser etter primærforskning og systematiske oversikter på utvalgte områder. Forfatterne av de underlagsrapportene som er utarbeidet for prosjektet har også gjort omfattende litteratursøk. Vi har også konsultert forskere som er sentrale på sine felt og bedt om litteraturtips og kommentarer. I tillegg er flere av kapitlene lest gjennom av forskere som er eksperter på de temaene kapitlene omhandler.

1.8 Rapportens oppbygging

Mandatet etterlyser sektorovergrepene analyser. For å imøtekomme dette kravet har vi delt inn rapporten i 8 «determinantkapitler». Hvert av disse svarer til en eller flere politiske sektorer, som for eksempel oppvekst- og familiepolitikk, utdanningspolitikk, arbeidsmarkedspolitikk, inntektspolitikk med videre.

Rapporten er inndelt i 15 kapitler. Tanken har vært at kapitlene skal kunne leses hver for seg. Det er derfor enkelte gjentakelser gjennom rapporten. Kapittel 2, 3 og 4 omhandler teorier om og perspektiver på folkehelse generelt og fenomenet sosial ulikhet i helse spesielt.

Kapitlene 6-13 omhandler de sosiale helsedeterminantene oppvekst og tidlige leveår; utdanning; sysselsetting; arbeidsmiljø, inntekt og fattigdom, helsevaner; helsetjenesten; samt et kapittel om en utvalgt vanskeligstilte gruppe, sosialhjelpsmottakere. Begrunnelsen for at vi har et eget kapittel om sosialhjelpsmottakere er at de siste regjeringene har ført en politikk myntet på denne gruppa, og dermed på mange av vanskeligstilte gruppene som overlapper med denne, for å fremme arbeid og sosial inklusjon, og for å forhindre fattigdom og sosial eksklusjon. Disse kapitlene følger om lag samme mal. I grove trekk innebærer malen at vi først presenterer hvordan utviklingen av determinanten har vært, og hvordan determinanten er relatert til helse. Deretter gir vi en kort drøfting av hvordan dette sambandet kan forklares. Vi går videre gjennom og vurderer den relevante politikken på området. Ikke minst gjennomgår vi kunnskap om hva slags politikk, intervensjoner og tiltak som er satt ut i livet, i Norge og i andre land. Hvert kapittel munner ut i et sett med anbefalinger om tiltak og behov for videre forskning. Siden det er Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet som er oppdragsgiver, er anbefalingene formulert med de sentrale helsemyndighetene som adressat.

Kapittel 14 beskriver, analyserer og drøfter den nasjonale Helseforskjellsstrategien, som Stoltenberg-regjeringen har utviklet for å redusere sosial ulikhet i helse. Vi peker på de sterke sidene ved strategien, men også på de svakere sidene. Sistnevnte gjelder spesielt en manglende iverksetting av varslede tiltak, og at hensyn til sosial ulikhet i helse har vært

påfallende fraværende ved innføring av flere store reformer de siste årene.

Samhandlingsreformen er ett eksempel. Kapittelet avrundes med anbefalinger om hvordan strategien kan justeres og styrkes for å bli mer effektiv og for å få bedre kunne leve opp til ambisjonene. Kapittel 15 oppsummerer hovedpunktene i rapporten, diskuterer de tre kunnskapsutfordringene som ble skissert ovenfor, og drøfter hva slags politikk som kan være hensiktsmessig for å redusere sosial ulikhet i helse på et mer overordnet plan.

I internettvedlegg 1.¹ har vi samlet de mål, anbefalinger og forskningsbehov som er satt fram i hvert enkelt av de foregående kapitlene. Et generelt poeng når det gjelder anbefalingene er at de tiltakene vi foreslår bør følges opp med forskningsbaserte evalueringer, både av prosesser og av effekter, med fokus på hvordan de virker for ulike sosioøkonomiske grupper.

Rapporten henvender seg til helsepersonell og helseadministratorer, politikere, forskere, studenter og andre som er interessert i folkehelse spørsmål generelt og sosial ulikhet i helse spesielt. De folkehelse spørsmål vi behandler i denne rapporten er av høy relevans for kommunene. Tematikken er blitt særlig aktuell etter innføringen av ny folkehelse lov, vedtatt i 2011, som understreker kommunenes ansvar og rolle i folkehelse arbeidet. I den nye folkehelse loven skal kommunen blant annet «bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen» (Lovdata 2011). Videre skal kommunen ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de forhold som påvirker denne. Spesielt skal kommunen være «oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller» (Lovvedtak 64 (2010-2011)). Denne rapporten bør derfor også være til hjelp for kommunepolitikere og kommuneansatte til å identifisere sosiale faktorer og utviklingstrekk som har konsekvenser for sosiale ulikheter i helse, og til å se behovet for og verdien av tverrsektorielt samarbeid. Vi tolker imidlertid vårt mandat dithen at det er de sentrale myndighetene som er hoved-adressaten for vår rapport, og at det er nasjonal helse- og folkehelse politikk som står i sentrum, spesielt den nasjonale strategien som ble lagt fram i Helseforskjellsmeldingen. En egen analyse av lokalt folkehelse arbeid faller derfor utenfor vårt arbeid.

¹ Internettvedlegg 1 og 2 til denne rapporten kan lastes ned på www.hioa.no/helseulikhet.

2 Politikk for å redusere ulikhet i helse: prinsipper og dimensjoner

2.1 Innledning

Formålet med dette kapittelet er å drøfte noen sentrale prinsipper og strategier i folkehelsearbeid generelt og i arbeidet med å redusere ulikhet i helse spesielt, og å undersøke hvilket empirisk belegg det finnes for ulike typer av intervensjoner. Vi løfter fram noen dilemmaer og verdikonflikter som er knyttet til ulike typer valg og hensyn. Til en viss grad har vi å gjøre med dilemmaer som ikke uten videre lar seg løse, og som vi må leve med. Dette kapittelet søker å bidra til refleksjon om en del av disse motsetningene.

Mer konkret er de dimensjonene som drøftes i dette kapittelet høyrisikostrategi og befolkningsstrategi, universalisme og målretting/selektivisme, kunnskap om strategier og effekter av ulike typer intervensjoner, frihet og paternalisme. Endelig spør vi hva som kjennetegner en sosialpolitikk for sosiale investeringer og drøfter noen av de innvendingene som har vært reist mot en slik politikk.

2.2 Befolkningsstrategi og høyrisikostrategi i forebyggende medisin

Innenfor forbyggende medisin skilles det mellom strategier rettet mot hele befolkningen og strategier rettet mot individer med høy sykdomsrisiko (Rose 2008). Dette begrepsparet er beslektet med universalisme/selektivisme innen sosialpolitikken (se neste avsnitt), men har likevel en del særtrekk.

Høyrisikostrategien søker å redusere sykdomsrisikoen betydelig hos et lite antall med høy risiko, for eksempel dem med høyt blodtrykk. Befolkningsstrategien innebærer å redusere sykdomsrisikoen for det store antallet som befinner seg i sentrum av fordelingen, for eksempel de som har moderat forhøyet blodtrykk.

Styrken til den første, altså høyrisikostrategien, er at den kan oppnå stor risikoreduksjon hos et lite antall personer. Andre fordeler med høyrisikostrategien er at den tjener individet, en unngår innblanding i livet til andre enn høyrisikoindivider, og at det nettopp er individrettede oppgaver et høyprofesjonelt helsevesen er skapt for. Men som forebyggingsstrategi har den også ulemper: Forebygging blir medikalisert, og folk kan oppleve å bli stemplet som avvikere (jfr. stigmadiskusjonen i sosialpolitikken). Den fjerner ikke de underliggende årsakene, og den påvirker ikke sosiale normer for helselatert atferd. Høyrisikostrategien kan ikke løse de store folkehelseproblemene der risikoen er spredt over hele populasjonen (Rose 2008:77). Overført på ulikhet i helse betyr dette at innsats rettet mot de dårligst stilte,

de med høyest risiko, vil kunne redusere deres sykdomsbyrde, men vil ha mindre effekt på den sosiale gradienten i helse og dermed folkehelsen i stort, slik vi var inne på i kapittel 1.

Styrken til befolkningsstrategien er at den vil redusere et stort antall syketilfeller, og dermed ha en større effekt på folkehelsen enn høyrisikostrategien (Rose 2008:59). Andre fordeler med befolkningsstrategien er at den går til «røttene» ved for eksempel å fjerne hindringer og legge forholdene til rette for at folk kan velge en sunn livsstil ut fra den innsikt at handlinger og atferd finner sted i en sosial kontekst (Rose 2008:135). Men befolkningsstrategien byr også på noen utfordringer, blant annet følgende paradoks: Det kan være vanskelig å oppnå generell aksept i befolkningen for en slik strategi siden den kan gi små helsegevinster for hvert enkelt individ til tross for store gevinster for samfunnet. Andre mulige utfordringer er høye kostnader og risiko for skade eller ulempe ved for eksempel vaksinerings.

Ved å påvirke hele risikofordelingen vil imidlertid befolkningsstrategien også bidra til å redusere antallet med høy risiko. Dette skyldes at det ofte er en sammenheng mellom gjennomsnittet og andelen med høy risiko (Rose 2008:100-101). Et eksempel er at i en befolkning med et høyt gjennomsnittlig alkoholkonsum er det mange alkoholmisbrukere. Siden dette ser ut til å være et mer allment trekk (det gjelder for eksempel også kolesterol og blodtrykk), blant annet gjennom at det dannes sosiale normer som styrer atferden i stort, vil en befolkningsstrategi også være effektiv som høyrisikostrategi, i hvert fall på lengre sikt, mens det omvendte i liten grad er tilfelle (Khaw og Marmot 2008). Dette betyr selvsagt ikke at befolkningsstrategien kan erstatte høyrisikostrategien. Det betyr at begge trengs.

Det er også en kunnskapsmessig asymmetri mellom de to forebyggingsstrategiene i den medisinske tradisjonen. Som regel er det slik at kunnskap om individuelle tiltak og deres effekt er mer omfattende og mer presis enn kunnskap om effekter av befolkningsrettede tiltak (Khaw og Marmot 2008). Blant annet skyldes det at kunnskap basert på randomiserte og kontrollerte forsøk ofte finnes for individrettede behandlinger og tiltak, men sjeldnere for befolkningsrettede og strukturelle tiltak som pristiltak, eller lovgivning.

2.3 Universalisme og målretting

Den norske strategien for å utjevne sosiale helseforskjeller bygger på universalisme (St.meld. nr. 20 2006-2007), men hva er universalisme? Universalisme settes ofte opp mot målretting, og disse to tilnærmingene sies å være grunnleggende forskjellige velferdsstrategier. Med målrettete (selektive) ytelser menes gjerne ordninger for dem som «virkelig trenger det», for eksempel de fattige, og som omfattes av økonomisk behovsprøving (Kildal 2006). Sosialhjelp er kroneksempelen på en selektiv ordning. Universalisme er et begrep med flere betydninger, men kjernen i universalismebegrepet, som det er ganske bred enighet om, er at det viser til en velferdsordning som omfatter alle (Anttonen og Sipilä 2012). Det innebærer at det offentlige garanterer de samme ytelsene og tjenestene til alle bosatte i landet.

Universalisme impliserer likhet i status overfor velferdsstaten. Eksempler på universelle ordninger i Norge er 13 års utdanning, helsetjenester og alderspensjon.

Like fullt er universelle ordninger avgrenset. De er kategoriske, det vil si knyttet til definerte behovskategorier, som for eksempel alderdom, sykdom og arbeidsledighet (Kildal 2006). Også universelle ordninger har en avgrenset personkrets. Spørsmålet om universell dekning er derfor snarere et spørsmål om grader enn om en klar todeling. Strengt tolket er det få velferdsprogrammer som er fullt ut universelle. Den universelle alderspensjonen går for eksempel til dem over 67 år – det er ikke alle som lever så lenge – og man må ha bodd i landet i 40 år etter fylte 16 år (Øverbye 2012:5). Universelle velferdsordninger forbindes gjerne med de nordiske velferdsstatene, men selv om de dominerer her, er det også innslag av selektive ytelser som for eksempel sosialhjelp og bostøtte – ytelser som brukes av et ikke ubetydelig antall mennesker i Norge.

I tillegg til dekningsgraden berører universalismebegrepet også prinsipper for hvordan en ytelse eller tjeneste skal fordeles blant dem som er berettiget til godet. Vi kan skille ut tre tildelingskriterier: 1) Godet kan fordeles likt, for eksempel i form av like store stønadsbeløp (såkalte «flat-rate benefits»), 2) de med størst behov får mest av godet, som ved behovsprøvd sosialhjelp, eller 3) godet fordeles proporsjonalt med opptjente rettigheter. Eksempler er inntektsrelaterte ytelser som sykepenger og alderspensjon. Det er ikke uten videre gitt hvilke av disse prinsippene som fortjener å bli kalt universelle (Anttonen m.fl. 2012). Det første innebærer lik behandling uavhengig av forskjeller i behov. Dette kan være gangbart hvis godet det er tale om er penger, men blir ganske meningsløst hvis godet er helsetjenester. Også det andre impliserer lik behandling, men da under hensyn til at behovene, for eksempel medisinske behov, er forskjellige. Dette prinsippet tilsier at like behov skal behandles likt. Det tredje kan betraktes som et universelt prinsipp under bestemte forutsetninger. For eksempel: i et land med svært høy yrkesaktivitet, der et stort flertall derfor har tjent opp trygderettigheter, kan det være rimelig å kalle et slikt ytelsesprinsipp for (tilnærmet) universelt. Empirisk sett finnes det i mange velferdsstater, Norge inkludert, innslag av alle tre utmålingsprinsippene når det gjelder tildeling og utmåling av velferdsgoder. Vi vil komme tilbake til dette nedenfor.

Det er flere ulike argumenter for universalisme på sosialpolitikken område. I sosialpolitikken taler en om omfordelingsparadokset: det fenomen at universelle og omfattende velferdsstater har mindre ulikhet og fattigdom enn velferdsstater med en mer selektiv og avgrenset sosialpolitikk orientert mot de fattige (Korpi og Palme 1998, Lundberg m.fl. 2008a og 2008b). Hovedgrunnen til dette kontra-intuitive funnet er at universelle velferdsstater bruker en større del av kaka på inntektssikring og sosialpolitiske tiltak, og at de derfor har mye mer å fordele. Noen nye analyser av oppdaterte data har bidratt til å nyansere dette synet (Kenworthy 2011, Marx m.fl. 2013). Universelle velferdsstater inkluderer middelklassen både på inntektssida og på mottakersida. Ved at middelklassen også nyter godt av den offentlige velferden er det i dens interesse å bidra til å finansiere den. Alle yter

og alle nyter. Dette er en del av samfunnskontrakten. Dette resonnementet bygger på en forutsetning om at den universelle velferdsstaten støttes av middelklassen i hovedsak av egoistiske motiver. Av dette følger at middelklassen vil trekke tilbake sin støtte dersom den ikke lenger tjener (nok) på den. Når det gjelder velferdstjenester er argumentet plausibelt fordi middelklassen har en egeninteresse i slike tjenester av høy kvalitet. Men når det gjelder kontantytelser og pensjoner er det ikke helt overbevisende fordi det ikke er opplagt at en egoistisk middelklasse vil foretrekke et omfordelende system som omfatter både rik og fattig (bare fordi også de får noe igjen) framfor et like omfordelende system som bare omfatter de fattige (Øverbye 2013:43). En mulighet er at et system som omfatter både rik og fattig er mindre gjennomslagskraftig og at middelklassen derfor ikke er i stand til å gjennomskue hvordan systemet faktisk virker. Men dette er et empirisk tvilsomt og dessuten et moralsk problematisk argument. Det er utviklet alternative teorier for å forklare middelklassens støtte som tar utgangspunkt medianvelgeren, men det viktige poenget her er at mange, også i middelklassen, har et ønske om å bidra til et samfunn med liten grad av ulikhet og fattigdom om ikke annet enn for å dempe risikoen for sosial konflikt som ungdomsopptøyer og sosiale problemer som kriminalitet. Endelig kan en ikke overse det poeng at universelle velferdsordninger har en verdi også utover nytten av det rene forbruket av dem. De gir trygghet for alle enten de brukes eller ei, trygghet for helse, liv, inntekt og arbeid (Goodin 1990).

Et argument for universalisme er at ikke bare har alle samme rettigheter uavhengig av sosial status, men at alle får tilgang til ytelse og ikke minst tjenester av samme høye kvalitet. Dersom det er en deling av tilbudet mellom rike og fattige, er det fare for at de fattiges ytelse og tjenester blir av annenrangs kvalitet. «Poor people's services are poor services» er et kjent utsagn fra den engelske sosialforskeren Richard Titmuss. Andre fordeler som framheves med universalisme er effektiv sosial administrasjon (Gilbert m.fl. 1993, Kildal 2006). Rettighetsaspektet ved universalisme skaper ikke fattigdomsfeller slik inntektsprøvede ytelse kan gjøre når stønaden avkortes krone for krone ettersom arbeidsinntekten øker. Ved at universelle ordninger omfatter alle og kan utnyttes før problemene blir for store og kanskje irreversible, har de også et stort forebyggingspotensial (Giæver 2013).

Argumentene for en selektiv og målrettet sosialpolitikk er at den er treffsikker, har et stort omfordelingspotensial, og er billig. Det virker jo rimelig at det offentlige hjelper kun dem som ikke er i stand til å klare seg selv og som demonstrerer virkelige behov (Gilbert m.fl. 1993, Kildal 2006). Ikke minst i økonomiske nedgangstider kan en slik politikk være fristende å ty til. Det argumentet som oftest framføres mot selektivism er den stigmatiseringen av mottakerne som påføres av økonomisk behovsprøving (Halvorsen m.fl. 2013:120). Stigmatisering underminerer brukernes verdighet og selvfølelse. En kan likevel spørre hva mer eksakt det er med behovsprøving som er stigmatiserende og uverdigg? Størrelsen på den andelen av studentenes lån i Lånekassen som kan omgjøres til stipend er «behovsprøvd», dvs. avhengig av inntekt og formue, men ordningen oppfattes likevel ikke som stigmatiserende. Dessuten er argumentet om stigmatisering som regel knyttet til økonomisk

behovsprøving, og ikke alle mulige tenkelige behovsvurderinger. «Prøving» av behovet for medisinsk hjelp er ikke oppfattet som stigmatiserende i tradisjonell forstand. Det ser derfor ut til at det er selve statusen som «fattig» som er stigmatiserende og at det uverdige knyttet til denne statusen forsterkes i et behovsprøvende regime (Gilbert m.fl. 1993). Videre impliserer behovsprøving av økonomiske ytelser, typisk sosialhjelp, en sosial deling, en kategorisering av mennesker som henholdsvis mottakere og givere langs økonomiske skillelinjer. De fattige stemples som mottakere. Alle andre defineres som givere. En slik ordning fremelsker ikke samhold, solidaritet og sosial harmoni. Det sosialpolitikken bør unngå er å rendyrke en status som «fattig» og en oppdeling av befolkningen i (inntekts)fattige og økonomisk trengende versus «alle andre».

Muligens inspirert av Aristoteles sin diskusjon av proporsjonal likhet, at goder bør fordeles etter «fortjeneste», og forskningsfunn som viser at en historisk økning i levealderen henger sammen med innføringen av universelle sosialpolitiske programmer (Lundberg m.fl. 2008), tok den engelske kunnskapsoversikten til orde for «proporsjonal universalisme» (Marmot m.fl. 2010). Dette prinsippet innebærer at en offentlig tjeneste/ytelse skal være tilgjengelig for alle, men at innsatsens «omfang og intensitet» (scale and intensity) skal være proporsjonal med graden av ulempe («the degree of disadvantage»). Med andre ord skal de med størst ulempe få mest, de med nest størst ulempe nest mest, og så videre oppover langs ulempeskalaen. Prinsippet om *proporsjonal* universalisme samsvarer med det andre fordelingsprinsippet som ble drøftet ovenfor: fordeling etter behov. Som antydnet er dette prinsippet mer eller mindre opplagt for tildeling og utmåling av helsetjenester og andre typer velferdstjenester, men hvis det også skal gjelde for økonomiske ytelser er prinsippet ikke lenger så opplagt. Da har vi å gjøre med inntektsprøving med de uheldige konsekvenser det har.

Avslutningsvis vil vi si at i spørsmålet om universalisme og selektivisme er det i virkelighetens verden ikke snakk om enten/eller. Som antydnet er det også i de universalistiske nordiske velferdsstatene betydelige innslag av selektive og målrettede ordninger, og de har eksistert side om side i årtier. Som vi vil komme tilbake til i de enkelte kapitlene vil typen av tilnærming avhenge særlig av hvilket problem vi står overfor og hva vi ønsker å oppnå. I den norske strategien for å redusere ulikhet i helse, satses det som nevnt primært på universelle tilnærminger, men også på målrettede tiltak for utvalgte grupper av vanskeligstilte.

2.4 Universalisme som tilnærming til å redusere sosial ulikhet i helse

Som nevnt foregir den norske strategien for å utjevne sosiale helseforskjeller å bygge på den nordiske tradisjonen med generelle velferdsordninger, les universalisme (St.meld. nr. 20 2006-2007). Det argumenteres for at generelle ordninger ikke fører til stigmatisering og at de har den fordel at de kan forebygge at mennesker kommer i sårbare situasjoner. Utover dette sier Stortingsmeldingen lite om hva som konkret skal legges i begrepet «generelle velferdsordninger». Det empiriske kjennetegnet på sosial ulikhet i helse er at den sosiale

gradienten skjærer tvers gjennom hele befolkningen. Dersom målet er en utflating av gradienten er det en strategi som omfatter hele befolkningen, en universell strategi eller en befolkningsrettet strategi, som vil være mest effektiv.

En kan imidlertid reflektere over hvordan og i hvilken grad «universalisme» kan føre til en utjevning av helsens sosiale determinanter og dermed helse. Det kan argumenteres for at et universelt system vil heve alle sosiale grupper like mye og derfor i liten grad vil bidra til å utjevne helsen mellom sosiale grupper: «Men middelklassen burde også dra fordeler av universelle velferdsordninger, og dersom universell politikk bidrar til bedre helse og lavere dødelighet både blant lavere og midlere klasser vil slik politikk a en stor effekt på folkehelse (men ikke nødvendigvis på relative helseulikheter)» (vår oversettelse) (Lundberg m.fl. 2008b:1639). Sitatet antyder at så vel rik som fattig mottar ressurser fra velferdsstaten i en mengde som bidrar til like stor helseforbedring blant rike som blant fattige, slik at det blir en parallellforskyvning av helsnivået i gunstig retning i alle sosiale lag. Men er en slik proporsjonal fordeling av ressurser innebygget i et universalistisk system som det norske?

Som antydnet har universalisme tre dimensjoner, dekningsgraden, hvem som er berettiget til velferdsgodet, og hvor mye av godet en er berettiget til (Øverbye 2012). Hvis vi forutsetter at alle, både rik og fattig er dekket, og at alle er berettiget når vilkårene er innfridd, så er spørsmålet hvor mye av et gode rike og fattige er berettiget til. Som nevnt skiller Anttonen m.fl. (2012) mellom tre utmålingskriterier: like mye, etter behov og etter fortjeneste. Mens det rår enighet om at full dekningsgrad fortjener å bli kalt universell, er det ikke åpenbart hvilket utmålingsprinsipp som fortjener betegnelsen universell. Her skiller den britiske seg fra den nordiske sosialpolitiske tradisjonen (Anttonen og Sipilä 2012). Det som preger den engelske sosialpolitiske tradisjonen, i motsetning til den nordiske, er at den betoner like mye til alle, altså utmålingsprinsipp 1 ovenfor. Når Marmotkommisjonen tar til orde for proporsjonal universalisme (utmålingsprinsipp 2 ovenfor) kan en grunn være at forfatterne skriver innenfor den britiske sosialpolitiske diskursen. Den nordiske universalismen legger imidlertid større vekt på likhet i resultat og sosial integrasjon (Anttonen og Sipilä 2012: 23,24,37). Dette innebærer at dårligere stilte bør få mer enn bedre stilte, at de dårligere stilte blir kompensert for sin ressursknapphet. Slik kan forskjellene i ideologi beskrives, men hvordan er omfordelingen faktisk i ulike systemer?

Rothstein (1998) har stilisert omfordelingen i et universalistisk system slik: Alle inntektsgrupper betaler like høy skatt (for eksempel 40) og mottar samme pengebeløp fra velferdsstaten. Pengebeløpet kan representere verdien av kontantytelser eller tjenester. Dette ligner på den engelske utgaven av universalisme. I Rothsteins eksempel reduseres både relativ og absolutt ulikhet i inntekt mellom inntektsgruppene markant etter at velferdsstaten har omfordelt ressursene². Det er sannsynlig at et slikt system også vil virke

² Rothstein (1998:147) opererer med fem like store inntektsgrupper. La oss kun fokusere på den rikeste og fattigste 20 prosenten (kvintilen). Den rikeste kvintilen tjener 1000, betaler 400 i skatt og mottar 240 i

utjevne på fordelingen av helse fordi helseeffekten av det samme beløpet vil være større i bunnen av inntektsfordelingen enn høyere opp i fordelingen, jfr. den kurvelineære sammenhengen mellom inntekt og helse (se kapittel 4). Universalisme i denne forstand, altså i betydningen alle dekkes, alle betaler samme skatteprosent, og alle får like mye tilbake fra velferdsstaten, virker sosialt og dermed helsemessig utjevne.

Men slik er ikke det norske systemet, og antakelig heller ikke systemene i de andre nordiske land. Omfordelingen, i hvert fall i stort, er antakelig større. For det første er beskatningen av lønn i det norske skattesystemet klart progressiv (200 000 kr=21 prosent, 400 000 kr= 28 prosent, 800 000= 36 prosent, 2 mill= 43 prosent) (ABC nyheter 2012). For det andre får ikke rik og fattig tilbake like store pengebeløp fra velferdsstaten. Det foregår en temmelig omfattende omfordeling fra rik til fattig spesielt gjennom kontantoverføringer (Pedersen 2013), men også av tjenester (Aaberge m.fl. 2010), i hvert fall innenfor en avgrenset tidshorison. Ved at personer og hushold nederst i fordelingen mottar mest, fordi det er her behovene for velferdsressurser er størst, foregår det i praksis en målretting, eller rettere sagt en differensiering innenfor universalismen. Dette minner om det Skocpol (1991:414) har kalt «targeting within universalism»- målretting innen universalismen - men med den forskjell at mens Skocpol hadde målretting kun mot de fattige i tankene, er det her snakk om en mer fingradert differensiering av innsats langs hele den sosiale skalaen. Innenfor enkeltordninger kan det selvsagt være annerledes, noe vi vil komme tilbake til i determinantkapitlene der vi i større detalj studerer fordelingseffektene av enkelte tiltak, ordninger og programmer i ulike sektorer.

Denne diskusjonen innebærer at det tradisjonelle skillet – og motsetningen - mellom målrettete/selektive tilnærminger og universelle tilnærminger ikke hjelper oss langt hvis vi setter oss som mål å jevne ut den sosiale gradienten i helse. Et eksempel kan illustrere dette (se kapittel 1). La oss ta utgangspunkt antall tapte leveår i fem ulike utdanningskategorier i 2010. Tapte leveår er beregnet fra 40 år og fram til forventet levealder for hhv. menn (79 år) og kvinner (83 år). Vi snakker altså om premature dødsfall. I motsetning til tapte liv, reflekterer tapte leveår når i livet dødsfall inntreffer. Jo tidligere i livet dødsfallet inntreffer, jo flere leveår går tapt. Ved å senke dødelighetsnivået til de grunnskoleutdannede til dødelighetsnivået til dem med utdanning på masternivå, spares 43 317 leveår. Det er jo et betydelig løft som vil gagne de dårligst stilte. Dette vil være en tradisjonell måte å målrette en intervensjon på, men som har begrenset effekt på gradienten. Ved å redusere dødelighetsnivået blant alle fire utdanningsgrupper til nivået til de masterutdannede – altså flate ut gradienten, spares hele 89 281 leveår, altså om lag det dobbelte.

overføringer. Inntekt etter skatt og overføringer blir 840. Den fattigste kvintilen tjener 200, betaler 80 i skatt og mottar 240 i overføringer. Inntekt etter skatt og overføringer blir 360. Vi ser da at ulikheten mellom de rikeste og fattigste før skatt og overføringer blir 5/1, og etter skatt og overføringer 2.33/1. De absolutte forskjellene blir henholdsvis 800 og 480.

Fokus på gradienten, og dermed på en politikk som omfatter hele befolkningen snarere enn kun de vanskeligstilte, følger av tvillingmålet i norsk folkehelsepolitikk: At helseforskjellene skal reduseres samtidig som folkehelsen skal bedres (St. meld. 20 (2006-2007), St.meld. 34 (2012-2013)). Det gjøres mest effektivt ved å styre innsatsen mot alle trinn i hierarkiet, ikke bare mot bunnen. Dette eksemplet illustrerer at for å nå målet om utjevning av helse må alle sosiale lag være dekket av en velferdsordning. Samtidig må innsatsen differensieres etter ulike sosiale gruppers behov. Hvordan det skal gjøres i praksis er selvsagt en utfordring. En slik differensiert tilnærming vil et stykke på vei løse det oppslutningsproblemet som en målretting mot de fattige og vanskeligstilte skaper, siden også middelklassen tilgodeses i et slikt utmålingssystem. Som vi var inne på ovenfor er det gode argumenter for å unngå behovsprøving av kontantytelser, og for å ha et trygdesystem som bygger på fortjeneste og opptjening av rettigheter. En slik differensiert tilnærming er derfor best egnet når det gjelder fordeling av tjenester.

Begrepsmessig trenger vi å skille mellom tradisjonell målretting – innretting mot en vanskeligstilte gruppe, og målretting i form av sosial differensiering der innsatsen rettes inn mot flere sosiale grupper og utporsjoneres med sikte på å utjevne gradienten.

Den befolkningsstrategi som Rose (2008:95) argumenterer for, er å flytte hele normalfordelingen av en risikofaktor som fedme eller kolesterol i gunstig retning. Det kan for eksempel oppnås ved at «alle» reduserer sine risikoverdier bare litt. Dermed vil både gjennomsnittet og andelen med svært høye risikoverdier reduseres. De politiske implikasjoner som følger av den sosiale gradienten i helse, sykdom og død er altså annerledes. Her er det snakk om å utjevne den sosiale gradienten og dermed å differensiere etter ulempe og behov.

Hvordan en differensiering av tiltak for å redusere den sosiale gradienten skal utformes i praktisk politikk og i konkrete tiltak er ikke helt lett å si. Men gitt at målet er å redusere den sosiale helsegradienten, og at en slik tilnærming har et lovende utjevningspotensial, er det behov for en diskusjon om hvordan denne differensieringen innenfor universalismen skal utformes for å treffe alle sosiale lag på en slik måte at gradienten flates ut.

2.5 Strategier for å utjevne sosiale helseforskjeller

I dette avsnittet er vi opptatt av politiske strategier for å bekjempe ulikhet i helse. I politisk sammenheng kan det mellom land og innen samme land over tid legges ulikt innhold i hva det vil si å redusere sosial ulikhet i helse. Vi kan skille mellom tre forståelser. Å redusere sosial ulikhet i helse kan bety å bedre helsen til de vanskeligst stilte; det kan bety å redusere gapet i helse mellom de dårligst og de best stilte; eller det kan bety å flate ut hele gradienten (Graham 2004). Norge ser ut til å være det eneste landet som har satt som mål å flate ut gradienten (Graham 2009). Det er selvsagt viktig at virkemidlene er tilpasset de overordnede målene i politikken, og som vi har vært inne på, universalisme og befolkningsrettede

strategier er godt egnet til å utjevne gradienten, samtidig som de kan bidra til å fremme helse blant de dårligst stilte.

De sosiale helsedeterminantene befinner seg som antydnet på ulike nivåer. Når det gjelder typer av tiltak er elven mye brukt som metafor i ulikhetslitteraturen.

Oppstrømsintervensjoner refererer til politiske intervensjoner høyt oppe i elva, det vil si som retter seg mot sosioøkonomiske fordelinger, dvs. i inntekts-, utdannings-, eller klassestrukturen, og som har et forebyggingsaspekt. Et eksempel på et oppstrøms tiltak vil være en skattereform som gir en jevnere inntektsfordeling. Det blir antatt at denne typen tiltak rettet mot de grunnleggende årsakene er særskilt effektive fordi de formodes å redusere eksponeringen for en lang rekke mer spesifikke risikofaktorer (Mackenbach m.fl. 2002:35). En illustrasjon er at overdødelighet i lavere sosiale lag kan observeres for de aller fleste dødsårsaker. Muligheten for en lang årsakskjede vil imidlertid kunne føre til at det tar tid før virkninger av intervensjoner viser seg på ulikhet i helse. Lenger ned i elva – på lavere sosiale nivåer – finner vi nedstrøms faktorer, som helsetjenesten. Nedstrøms tiltak antas å være mindre effektive enn oppstrøms tiltak fordi de ikke eliminerer, men reparerer problemene, og det ofte til en høy kostnad. På den annen side kan effekten av tiltak satt inn på dette nivået observeres ganske umiddelbart, og når det gjelder helsetjenesten er det en institusjon som er under direkte politisk kontroll og styring. Det tales også om midtstrøms tiltak rettet for eksempel mot sosialt og fysisk miljø på arbeidsplassen (Mackenbach m.fl. 2002:35).

Graham (2009:210-211) har med utgangspunkt i disse begrepene diskutert inntektsfordelingen og skatte- og sosialpolitikkenes rolle i å utjevne denne, og strukturelle og individuelle tilnærminger iverksatt for å redusere sosial ulikhet i røykevaner. Hennes poeng er at når en skifter fokus fra folkehelse i stort til helseutjevning mellom sosiale grupper, vil det også endre formuleringen av mål og politikkenes innretning, og legge føringer på evalueringer av politikken. I et helsedeterminantperspektiv betyr dette at de politiske målformuleringene må rette seg mot den sosiale fordelingen av helsens determinanter. Konkret innebærer dette å sette seg mål om å redusere sosiale forskjeller på flere nivåer: i utdanning, levestandard, ulike typer av eksponeringer i arbeidsmiljøet og helseskadelig atferd. Dette kan synes opplagt, men er fortsatt verdt å understreke. Når det gjelder anbefalinger følger det at tiltakene må rette seg mot de sosiale determinantene og deres fordeling. Erfaringene til Sverige og Finland under kriseårene tidlig på 1990-tallet kan tjene som eksempel på at sosialpolitiske programmer – herunder en aktiv arbeidsmarkedspolitikk – bidro til at inntektsulikheten og fattigdommen ble holdt i sjakk.

Enkelte hevder at universelle eller befolkningsrettede tiltak i verste fall kan øke sosiale ulikheter i helse. Informasjonskampanjer som går ut med det samme budskapet til alle vil for eksempel lettere annasmes i høyere sosiale lag og bli nyttiggjort her, enn i lavere sosiale lag (se nedenfor). Imidlertid vil dette trolig ikke være gjeldene dersom man velger en befolkningsstrategi som går til «røttene» av problemet, snarere enn en strategi som beveger

seg på overflaten (Rose 2008). En strategi som går til røttene innebærer å rette innsatsen mot de grunnleggende hindringene mot atferdsendring i en helsemessig gunstig retning. Dette står i motsetning til for eksempel opplysningskampanjer der atferden søkes endret «frivillig» gjennom tilførsel av informasjon. En tilnærming som går til røttene retter seg snarere mot årsakene, eller grunnene til atferden (Mclaren m.fl. 2010). Eksempler på tiltak som retter seg mot årsakene er fluor i drikkevann og forbud mot å røyke på offentlige steder (Mclaren m.fl. 2010:374), men her øyner vi også en mulig motsetning mellom et effektivt, men paternalistisk tiltak (røykeforbud) og hensynet til individenes frihet (se nedenfor).

Hva slags tiltak er effektive?

Så langt har vi, i all hovedsak, på et begrepsmessig plan drøftet hva slags typer politikk som kan være verdt å forfølge for å redusere sosial ulikhet i helse. Men hva vet vi faktisk om effekten av ulike typer tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse? Er det evidens som tillater oss å skille mellom effektene av ulik art slik som universelle/måltrettede tiltak, befolknings/høyriskotiltak, og oppstrøms- og nedstrøms tiltak? I dette avsnittet skal vi redegjøre for de viktigste funnene fra kunnskapsoversikter som har tatt for seg studier som har undersøkt hvordan tiltak innvirker på sosial ulikhet i helse.

En kunnskapsoversikt tok for seg ulikheter skapt av tiltak (eller Intervention Generated Inequalities, IGI) i allerede eksisterende systematiske oversikter. Tiltak i helsesektoren var holdt utenfor. Den konkluderte med at det var noe evidens for at massemediekampanjer og røykeforbud på arbeidsplassen bidro til å øke sosioøkonomiske forskjeller (for eksempel etter inntekt og utdanning), mens følgende tiltak bidro til å redusere sosioøkonomiske forskjeller: strukturelle intervensjoner på arbeidsplassen, tilførsel av ressurser, og såkalte fiskale tiltak som prising av tobakk. Oversikten understreket at det for mange intervensjoner manglet informasjon om hvordan de påvirker ulikhet i helse og at konklusjonene er tentative (Lorenc m.fl. 2012).

En annen systematisk oversikt gikk gjennom helserelaterte tiltak som kunne øke eller redusere sosial ulikhet i helse. Forfatterne trakk to generelle og potensielt viktige konklusjoner av sine funn: tiltakspakker snarere enn enkelttiltak, og skreddersydde tiltak (snarere enn «one-size-fits-all»- tiltak) har størst potensial for å forhindre eller redusere ulikhet i helse. I tillegg anfører forfatterne at tiltak som forlitter seg på frivillig atferdsendring innebærer en fare for økte sosiale helseforskjeller (White m.fl. 2009:73). Her antydes et spenningsforhold mellom hensynet til en positiv ulikhetsreducerende tiltakseffekt og til individuell frihet.

En tredje litteraturgjennomgang som tok for seg over 30 systematiske oversikter konkluderte at det er antydende («suggestive») evidens for at intervensjoner i bolig/bomiljø og i arbeidsmiljø kan redusere ulikhet i helse (Bambra m.fl. 2010). Forfatterne så også etter effekter av tiltak i transportsektoren, helse og sosialtjenesten, velferdssektoren, mat, og

vann og sanitær, men fant ingen effektevalueringer som var relevante for ulikhet i helse. Heller ikke studier av helseorienterte intervensjoner i utdanningssektoren ble funnet. Forfatterne søkte også etter intervensjoner i makroøkonomiske og kulturelle omgivelser, men uten hell. Denne sistnevnte typen intervensjoner omfatter: «tiltak for å sikre juridiske rettigheter og menneskerettigheter, «sunnere» makroøkonomisk politikk og arbeidsmarkedspolitikk, oppmuntring av kulturelle verdier som fremmer like muligheter, og miljømessig risikokontroll» (vår oversettelse) (Bambra m.fl. 2010:289).

Disse kunnskapsoppsummeringene understreker ikke bare at kunnskapsmanglene er betydelige på dette feltet, men også at det er store kunnskapsskjevheter. Det er en drift mot spesifikk kunnskap om de «små» og umiddelbare spørsmål, det vil si om betydningen av enkelte nedstrøms faktorer, mens kunnskap om tiltakseffekten av makrososiale oppstrøms faktorer i stor grad mangler. Dette er kalt loven om den omvendte evidens: vi har dårligst kunnskap om tiltak som har størst potensial for å redusere ulikhet i helse (Westin og Giæver 2012).

Forskningen peker på at tiltak som baseres på frivillig atferdsendring innebærer en risiko for økte sosiale helseforskjeller, og at intervensjoner som retter seg mot betingelsene for atferd er å anbefale, som for eksempel tilførsel av ressurser, bruk av avgifter og priser, lovgivning, og tilrettelegging av arbeidsplasser og fysiske omgivelser for fysisk aktivitet. I tillegg pekes det på at tiltakspakker virker lovende, og at intervensjoner bør være «skreddersydde» og tilpasset målgruppene.

2.6 Paternalisme og frihet

I de siste tiårene er det fire etiske prinsipper som særlig har vært framhevet innen den medisinske etikken: velgjørenhet, unngå skade, rettferdighet og respekten for selvbestemmelse (Winther og Førde udatert). I dette avsnittet vil vi drøfte forholdet mellom selvbestemmelse og paternalisme nærmere.

Paternalismen kommer i flere former. Den kan være negativ, det vil si forhindre skade; den kan være positiv, det vil si fremme det gode; den kan være passiv, det vil si unnlåte å handle; og den kan være aktiv, det vil si innebære en aktiv handling. Endelig kommer paternalismen i en hard og en myk utgave. Det som skiller hard og myk paternalisme er motivet for utøvelsen. Motivet for hard paternalisme er å gjøre det gode, mens motivet for myk paternalisme er å sørge for at beslutninger treffes av mennesker som er «kompetente og fullt informerte» (Dong 2011:10, 41). Hvis «pasienten» er ved sine fulle fem og har gode grunner for å treffe en beslutning, om det så er iverksettelsen av ønsket om å avslutte sitt eget liv, gir myk paternalisme ingen god grunn til å gripe inn. I den myke formen for paternalisme er motivet å heve kvaliteten på beslutningsprosessen.

Videre er negativ og passiv paternalisme lettere å begrunne moralsk enn positiv og aktiv paternalisme, alt annet likt (Dong 2011). Dette innebærer for eksempel at det er lettere å begrunne tiltak som har som formål å fjerne et sett av risikofaktorer, altså negativ paternalisme, enn tiltak for å legge til et sett av beskyttelsesfaktorer, altså ville det gode (Rose 2008:127). Dette har sammenheng med at det jevnt over, i hvert fall i samme kulturkrets, er større konsensus om hva som er dårlige levekår, enn hva som er det gode liv.

I situasjoner der folks bedømmelse svikter er det lettere å begrunne paternalistiske intervensjoner. Filosofen John Stuart Mills, som ofte påberopes som støtte for individets autonomi og frihet, argumenterer for at personlige preferanser skal respekteres og ikke overstyres eller bestemmes av myndighetene. Mills' syn er at individuell frihet gjelder uavkortet så lenge den ikke hemmer andres frihet, eller er til skade for andre. Han tok imidlertid ikke høyde for hvordan preferanser og forestillinger skapes. Selv om hver enkelt av oss best kjenner våre egne preferanser, er likevel vår evne til å treffe beslutninger som leder til det vi ønsker ofte mangelfull (Dong 2011:27). Myk paternalisme respekterer individets egne ønsker, noe som fordrer at disse kommer tydelig til uttrykk gjennom kommunikasjon. Mange som ellers er opptatt av det frie valg kan være villige til å godta myk paternalisme (The Economist 2006). Men også myk paternalisme har sine motstandere. Et viktig argument er at det lett leder til hardere paternalisme, det såkalte «slippery slope» argumentet. Et eksempel er den gradvise innskjerpingen av tobakkskontroll en har sett i flere land (Whitman 2010).

Paternalisme og frihet står mot hverandre der myndighetene ønsker å påvirke forbruk av for eksempel tobakk, alkohol, eller fet mat (Fasting 2013:181). Men bare med en viss rett kan individet hevde at slik atferd gjelder hennes autonomi og frihet til selv å velge. I komplekse samfunn er «individuelle» helsevaner som regel ikke kun individuelle. Individuell helseatferd vil ofte angå andre mennesker, direkte og/eller indirekte. Sykefravær reduserer arbeidstilbudet, fører til plunder og heft i produksjonen, kan føre til at kolleger må jobbe mer, vil belaste trygdebudsjettet, og gir lavere skatteinntekter (Mæland 2010:82). Videre kan vår atferd virke som modell for andres atferd. Ikke minst vil barns atferd påvirkes av foreldrenes og andre voksnes atferd. Endelig tilsier tendensen til en sammenheng mellom gjennomsnittet, for eksempel alkoholkonsum, og ekstremverdiene, antall stordrikkere, at vi alle har et kollektivt ansvar for våre helsevaner, selv om den enkeltes bidrag er marginalt (Mæland 2010:83).

Når det gjelder endring av helsevaner i lavere sosiale lag, blir paternalismeproblemet ekstra sensitivt fordi forskjeller i status og makt kommer inn. Spørsmålet om hvordan preferanser skapes og virkelighetsoppfatninger dannes blir særlig påtrengende. For underprivilegerte grupper kan friheten til å velge være begrenset og kanskje til og med illusorisk. Den som gir råd om atferdsendring vil ofte ha høyere sosial status og være utstyrt med mer makt og innflytelse enn en person med lite utdanning, for eksempel. Det reiser spørsmålet om hvilken rett en slik myndighetsperson har til å gripe inn i den enkeltes frihet i en asymmetrisk

relasjon, men også om hvor (lite) effektiv en slik tilnærming vil være. Vi kan ikke se bort fra at manglende suksess med intervensjoner rettet mot sosial ulikhet i helseatferd delvis kan skyldes folks motstand mot å bli fortalt av «øvrigheten» hva en skal gjøre og ikke gjøre i den gode saks navn.

Denne problemstillingen berører også problemet med kollektiv handling. Rasjonelle og egoistisk motiverte individer vil ha problemer med å samarbeide og å frambringe kollektive goder. Slike individer vil ikke være motivert til å produsere, eller vil produsere for lite av, kollektive goder som sosialforsikring og offentlig universell helseforsikring. Markedet tenderer i slike tilfeller til ikke å fungere perfekt (Garfinkel m.fl. 2010:31). For å sikre kollektive goder kan det være nødvendig for en kollektiv myndighetsaktør, staten, å gripe inn.

Oppsummert: I vår kulturkrets står individets frihet og selvbestemmelse sterkt. I hvilken grad paternalisme lar seg forsvare, er i stor grad avhengig av hvilke typer paternalisme vi snakker om. Alt annet likt, er negativ (fjerne risikofaktorer) og passiv (unnlate å handle) paternalisme lettere å begrunne moralsk enn positiv og aktiv paternalisme. Myk paternalisme innebærer å styrke individers beslutningsprosess ved å legge rammer for preferansedannelse, og å gi kunnskap og informasjon om konsekvenser av individers beslutninger. En slik strategi innebærer liten grad av offentlig innblanding i den private friheten. Hard paternalisme, å intervenere med det motiv å gjøre det gode for et individ eller gruppe, er vanskeligere å forsvare, men kan forsvares ved at personlige valg ofte har konsekvenser for mange flere enn personen selv. En må imidlertid spørre hvor klok og effektiv en slik tilnærming er, særlig i de tilfeller der det er store statusforskjeller mellom myndighetsutøveren og personen eller gruppen. En slik problemstilling er særlig relevant når målet er å redusere ulikhet i helse. Når dette er sagt, er det nødvendig å vurdere fordeler og ulemper ved politiske tiltak i hvert enkelt tilfelle.

2.7 En politikk for sosiale investeringer

I en analyse av ulikhet i helse i Europa som er utført for WHO's Europaregion foreslås at de europeiske land som har gjort lite, bør gjøre noe; de land som har gjort noe, bør gjøre mer; og de land som har gjort mye, bør vurdere å bruke ressursene bedre (Lundberg m.fl. 2012). Norge er definitivt et av de land som har gjort mye, og som derfor bør vurdere å gjøre ting bedre. Hva som mer konkret bør gjøres bedre tier imidlertid rapporten om. Empirien det vises til i rapporten er blant annet at grensenytten av sosiale overføringer for (ulikhet i) helse, er avtakende. Dette er et signal om at det er begrenset effekt av å bare bruke mer penger. Pengene bør brukes på en annerledes og smartere måte enn i dag.

Ideen om sosiale investeringer kan være en rettesnor for en slik ny politikk. Dette sosialpolitiske paradigmet ligger til grunn for sosialpolitisk tenkning i Europa (Morel m.fl. 2012a), og i internasjonale organisasjoners tenkning om sosial og politisk utvikling (UNDP

2013). Grunnsynet i paradigmet er at sosialpolitiske tiltak kan og skal tjene både sosiale og økonomiske formål (Midgley 1999). Riktig designet har sosialpolitikken potensial til å befordre økonomisk vekst og sosial utvikling. Den bygger på prinsippene om å skape like muligheter og å forebygge problemer framfor å reparere dem. Kjennetegn ved slik politikk er sosiale investeringer i menneskelig og sosial kapital for å fremme konkurranseevne og jobbskaping. Mer konkret anbefaler den å investere i tjenester som støtter opp under deltakelse i arbeidsmarkedet og legge mindre vekt på kontantytelser. Eksempler på sosiale investeringer er primærutdanning og god omsorg tidlig i livet, videreutdanning og livslang læring, aktiv arbeidsmarkedspolitikk, og politikk som bidrar til å forene yrkesdeltakelse og familieomsorg (Morel m.fl. 2012b:12).

I sin siste rapport om menneskelig utvikling peker UNDP på at de land som har utviklet seg sterkest de siste tiår har ført en politikk som har flere av disse kjennetegnene. I forordet i rapporten kan vi lese: «Politikk som hjelper fattige, og betydelige investeringer i folks evner – gjennom et fokus på utdanning, ernæring og helse, og arbeidskvalifikasjoner – kan utvide tilgangen til anstendig arbeid, og bidra til å levere vedvarende fremgang» (vår oversettelse) (UNDP 2013:iv). Også Malmøkommisjonens rapport om utjevning av sosial ulikhet i helse i Malmø by argumenterer for en sosial investeringspolitikk, som et av fem hovedperspektiver (Kommissionen for ett sosialt hållbart Malmø 2013:22). EU har vedtatt en sosial investeringsstrategi som inkluderer helse. Helsestrategien har tre elementer: investering i bærekraftige helsesystemer, investering i menneskelig kapital, og investering for å redusere sosial ulikhet i helse. Sistnevnte inkluderer en sektorovergripende politikk som er nødvendig for å “adressere” helsens sosiale determinanter (EU kommisjonen 2013).

Men den politikken som har vært ført under merkelappen sosiale investeringer har også sine kritikere. Cantillon (2011) for eksempel peker på at europeiske land har sviktet i sine bestrebelser på å redusere fattigdommen. Antall hushold uten arbeid er nesten uforandret og fattigdommen blant dem utenfor arbeidsmarkedet har økt. Hun argumenterer for at det i hvert fall delvis skyldes svakheter ved den sosiale investeringsstrategien som er fulgt. Blant annet er nye former for yrkesrelaterte sosiale utgifter økt, mens generøsiteten i programmer for tradisjonell inntektssikring er redusert. Andre peker på at den investeringsorienterte familiepolitikken i europeiske land, for eksempel barnehager og foreldrepermisjoner, har en tendens til å favorisere familier som i utgangspunktet er bedre stilt, ikke minst yrkesaktive toinntektsfamilier (Ghysels and Van Lancker 2011, se også Van Lancker 2013).

De nordiske land holdes fram som noen av de få nasjonene som faktisk har kombinert både sosiale investeringer og inntektssikrende overføringer (Morel m.fl. 2012c). En analyse av OECD-land finner at de nordiske land havner i en klynge sammen med en del andre land (Frankrike og Belgia, for eksempel) som kjennetegnes av både sosiale investeringer og en kompensatorisk sosialpolitikk, altså inntektssikring gjennom kontantoverføringer (Nikolai 2012). Likevel finner en også i de nordiske land ulikhet i sosiale forhold og i helse. Er dette tegn på at den sosiale investeringspolitikken er ute av stand til å levere på dette området?

Svaret er kanskje at heller ikke de nordiske land har fulgt en sosial investeringsstrategi fullt ut. Til tross for at de eksemplifiserer «good practice», framholder Morel m.fl. (2012c:359) at tilgjengeligheten til og kvaliteten på disse sosiale programmene ikke er god nok. Ikke alle nordiske land har fortsatt å sikre en høy grad av økonomisk likhet. Ikke sjelden har de sosiale investeringene, ofte i form av tjenester, gått til grupper som allerede er ganske godt stilt i utgangspunktet, for eksempel yrkesaktive familier med to inntekter. Med andre ord, selv om de nordiske land er best i klassen når det gjelder å investere i menneskelig og sosial kapital, har de et stykke å gå før de kan få godkjent karakter (Morel m.fl. 2012c:365-366). Dersom en ønsker å redusere ulikhet i helse, kan det være hensiktsmessig å styrke programmer som har en sosial investeringsprofil, videreutvikle programmer for inntektssikring, og legge til rette for at også lavere sosiale lag tar i bruk disse programmene (Morel m.fl. 2012c:359).

Som en respons på den kritikken som er reist mot det sosiale investeringsparadigmet peker Vandenbroucke og Vleminckx (2011:462) på noen betingelser som må være på plass for at en sosial investeringsstrategi skal bidra til sosial utjevning: 1) Den må balansere sosiale investeringer og inntektssikring; 2) Investeringsfunksjonen bør i seg selv være egalitær. For eksempel må barneomsorg og utdanning i seg selv ha en utjevningseffekt; 3) For å skape gode sirkler må politikken være ambisiøs og konsistent. Et eksempel: hvis mødre med kort utdanning ikke får jobb, vil de ikke bruke barnehager. Dette poenget er også relevant for kontantstøtte og for sektorovergripende politikk i Norge; 4) Sosiale investeringer er ingen billig strategi; den lønner seg på lengre sikt og ikke nødvendigvis på kort sikt. Den vil kunne kreve mobilisering av nye ressurser og ikke bare omprioritering av de eksisterende. En heving av skattenivået kan være nødvendig; 5) Noen tjenester kan tenkes å generere matteus-effekter, det vil si at de som har mye i utgangspunktet vil få enda mer. Derfor bør alle investeringsordninger utsettes for en «matteus-test».

2.8 Oppsummering og diskusjon

I dette kapittelet har vi gjort rede for ulike typer strategier og tiltak i folkehelsearbeid og sosialpolitikk, og tatt for oss litteratur som har studert hvilke typer tiltak og hva slags politiske strategier som kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Vi har i denne sammenheng drøftet noen verdikonflikter i folkehelsepolitikken.

I prinsippet er det tiltak som omfatter alle – befolkningsrettede eller universelle tiltak – som har størst potensial til å bidra til å flate ut gradienten, og dermed også bedre folkehelsen i stort. Erfaringer viser at noen likevel vil falle gjennom. Det påkaller reparerende, målrettede og skreddersydde tiltak for disse. Med målretting og behovsprøving, særlig av økonomiske ytelser, følger faren for stigmatisering og stemping. Det er imidlertid grader av stigmatisering, og den har ulike kilder, som vi har vært inne på ovenfor. En større bevissthet omkring slike problemer kan i det minste føre til at belastningen blir så liten som mulig. I evalueringen av målrettede tiltak bør stigmatisering være et naturlig tema.

Folkehelsepolitikk reiser flere dilemmaer og verdikonflikter. Det er for eksempel evidens for å anta at tiltak som baserer seg på frivillig endring av helseatferd ikke vil føre til mindre helseforskjeller (White m.fl. 2009). Forskningsbasert kunnskap indikerer at tiltak som retter seg mot oppstrøms faktorer (sosioøkonomiske posisjoner) og som er strukturelle (lovgivning, for eksempel) har størst potensial til å redusere sosial ulikhet i helse. Men tiltak som er effektive er ikke nødvendigvis legitime, eller populære, og paternalisme kan stå i motsetning til individuell frihet. Slike verdikonflikter lar seg ikke uten videre løse, men må avveies i hvert konkret tilfelle. Siden mandatet for denne utredningen er å analysere ulikhet i helse og å foreslå tiltak for å redusere denne ulikheten, er det naturlig at hensynet til reduksjon i ulikhet i helse vil veie tungt når slike verdivurderinger foretas. Det endelige valget mellom konflikterende verdier, for eksempel mellom paternalisme og frihet, er det de folkevalgte som må treffe.

Som vi peker på i kapittel 4 er forklaringene på sosial ulikhet i helse multifaktorielle. Problemer og risikofaktorer hopper seg opp i tid og rom og kan forsterke hverandre. Derfor bør også løsningene være multifaktorielle og rette seg mot flere determinanter på ulike nivåer, for eksempel sysselsetting og utdanning, helseatferd og helsetjenesten, osv. Sammensatte problemer påkaller sammensatte løsninger. Dette støtter opp under den sektorovergripende tilnærmingen, som blant annet kommer til uttrykk i den nye folkehelsesloven og som understreker viktigheten av samarbeid og koordinering av tiltak på tvers av sektorer.

Land som fører en politikk som preges av en sosial investeringstilnærming gjør det gjerne godt både økonomisk og sosialt. Likevel er de sosiale ulikhetene i helse i slike land (de nordiske, for eksempel) ikke mindre enn i andre land. Kritikere peker på at profilen på de sosiale investeringene favoriserer velstående grupper. For at en sosial investerings-tilnærming skal kunne være (enda mer) effektiv hva gjelder å utjevne ulikhet i helsens sosiale determinanter, blir det en viktig oppgave å sikre at investeringene også kommer lavere sosiale lag til gode og at de understøttes av kontantytelser. Igjen er det sentralt at ytelsene og tjenestene også når fram til og brukes av alle sosiale lag, og at det er mekanismer på plass som sørger for det, jfr. bruk av barnehage eller leksehjelp (se kapittel 6 og 7).

3 Perspektiver, analytisk modell og kunnskapssyn

3.1 Innledning

Dette kapitlet har som formål å gjøre rede for noen overordnede perspektiver, forståelser og fakta som vil danne grunnlaget for kapitlene som kommer. Først presenterer vi perspektivet om helsens sosiale determinanter, SDH-perspektivet, og drøfter noen av de innvendingene som er reist mot det. Deretter redegjør vi for den analysemodellen som vi bruker for å lokalisere de prosesser, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som influerer på ulikhet i helse. Modellen hjelper oss å identifisere punkter i årsakskjeden hvor politiske intervensjoner kan settes inn. Det er videre et behov for å sette den sosiale konteksten for de kommende kapitlene. Derfor vier vi et avsnitt til en beskrivelse av det norske samfunnet med vekt på sosial ulikhet, hvordan utviklingen har vært de siste årene, og hvilke utfordringer Norge står overfor. Deretter diskuterer vi hvorfor en jevnere fordeling av helse er et spørsmål om sosial rettferdighet og rettferdige samfunnsinstitusjoner. Vi konsentrerer oss om bidragene fra to toneangivende rettferdighetsteoretikere, nemlig John Rawls og Amartya Sen. Endelig, i siste avsnitt, tar vi opp et spørsmål som står sentralt i enhver kunnskapsoppsummering, nemlig spørsmålet om hva slags kunnskap vi trenger for å være i stand til å beskrive terrenget, forklare de empiriske mønstre vi observerer, og anbefale tiltak.

3.2 Perspektivet om helsens sosiale determinanter (SDH-perspektivet)

SDH-perspektivet betoner de sosiale forhold under hvilke mennesker fødes, vokser opp, jobber og eldes. Den engelske kunnskapsoppsummeringen av sosial ulikhet i helse, Marmot-rapporten, formulerer det slik: «Ulikheter i helse blir forårsaket av ulikheter i samfunnet – i betingelsene folk er født, vokser opp, lever, arbeider og eldes under. Så tett er forbindelsen mellom bestemte sosiale og økonomiske trekk ved samfunnet og fordelingen av helse blant befolkningen, at graden av ulikhet i helse er en god pekepinn for hvor nær vi er målet om å skape et mer rettferdig samfunn. Handling for å redusere ulikhet i helse trenger ingen separat helseagenda, men heller tiltak rettet mot hele samfunnet» (vår oversettelse) (Marmot m.fl. 2010:16).

Utgangspunktet er forskning som viser at det er en nær sammenheng mellom sosiale og helsemessige ulikheter i samfunnet, og at de førstnevnte påvirker de sistnevnte: «Sosiale og økonomiske forskjeller i helsestatus reflekterer, og er forårsaket av, sosial og økonomisk ulikhet i samfunnet» (vår oversettelse) (Marmot m.fl. 2010:16). Påstanden er at sosiale helseforskjeller har sitt utspring i ulik fordeling av makt, penger og ressurser. Mer konkret skiller perspektivet mellom de nære, tradisjonelle risikofaktorene, eller umiddelbare årsaker

som røyking, fedme, ernæring, osv., og de fjernere, større og førende samfunnsforholdene som konstituerer «årsakene til årsakene».

SDH-perspektivet er selvsagt ingen ny oppfinnelse. Den faglige disiplinen, sosialepidemiologi, har siden 1800 tallet studert den sosiale fordelingen av helse og sykdom, hvilke sosiale faktorer som påvirker disse, og grublet på hvordan disse sammenhengene skal forklares. Blant sosialepidemiologiens pionerer finner vi kjente navn som Rudolf Virchow, Friedrich Engels, og den norske samfunnsforskeren og teologen Eilert Sundt. I sin tid samlet disse menn statistikk som viste at dårlige leve- og arbeidsvilkår lå til grunn for svekket helse og forkortet levealder (Mæland m.fl. 2009, kap.1). Også i moderne tid er det særlig studier av sosial ulikhet i helse som har inspirert SDH-perspektivet.

I dag er det SDH-perspektivet som er framherskende, og som i den såkalte Rio-deklarasjonen har fått bred tilslutning av WHO's medlemsland (WHO 2011). For et drøyt tiår tilbake, under Gro Harlem Brundtlands tid som generaldirektør for WHO, var perspektivet på helse og sosiale og økonomiske omstendigheter noe annerledes. Kommisjonen for «Makroøkonomi og helse», som ble nedsatt av Brundtland og ledet av økonomen Jeffrey Sachs, argumenterte for at god helse var nøkkelen til økonomiske vekst og sosial framgang i verdens lav- og middelinntektsland. I tråd med dette perspektivet var kommisjonens råd at ressurser måtte mobiliseres for å levere helsetjenester til befolkningen. Særlig var det viktig å få grunnleggende helsetjenester fram til de fattigste og til dem det var vanskelig å nå (WHO 2001:4-5). Fokuset til Sachs kommisjonen var således på folkehelsens betydning for makroøkonomisk vekst, og helsetjenesten ble sett på som et sentralt instrument for å skape bedre helse i befolkningen.

«Social determinants» kan oversettes med «sosiale bestemmelsesfaktorer». Det kan gi assosiasjoner til at noe er fastlagt og bestemt etter lovmessigheter. Det er ikke slik ment. Det er snakk om statistiske sannsynligheter, der for eksempel en ufaglært arbeider har større sannsynlighet for sykefravær enn en høyere funksjonær. Det er selvsagt ikke slik at alle ufaglærte arbeidere blir sykmeldte mens ingen funksjonærer blir det, slik en kanskje kan få – feilaktig – inntrykk av når en bruker determinant-terminologien. Begrepet «sosiale determinanter» brukes heller ikke entydig. Verdenskommisjonen bruker det i hovedsak om strukturelle forhold, som sosiale stratifikasjonssystemer (inntekt, sosial klasse), og om mer overordnede makrososiale forhold, som politikk og sosiale institusjoner (arbeidsmarkedet, for eksempel). Andre lar det omfatte også de nære og umiddelbare faktorer som påvirker helsen og dens sosiale fordeling, som helseatferd og helsetjenesten (Graham 2009). En analyse av nasjonale helsepolitiske dokumenter viser at brede beskrivelser av determinantene avløses av individuelle forståelser når en nærmer seg måle-indikatorer og konkrete politiske tiltak. Vi skal komme tilbake til dette i kapitlet der vi drøfter den norske strategien (Graham 2009:473).

I denne rapporten finner vi det formålstjenlig med en forholdsvis omfattende forståelse av sosiale determinanter – dvs. både strukturelle og individuelle og atferdsorienterte. Når det er behov for det, vil vi søke å gjøre det klart hvor i årsakskjeden de er lokalisert, og på hvilket nivå de befinner seg. For eksempel: Inntak av usunn mat er en umiddelbar årsak til ulikhet i helse på individnivå. Men usunne matvaner kan ofte føres tilbake til oppveksten og har røtter i posisjon i lagdelingsstrukturen.

En annen uklarhet i litteraturen er skillet mellom sosiale faktorer som påvirker helse og sosiale faktorer som påvirker *ulikhet* i helse. En sosial determinant for helse er ikke nødvendigvis identisk med en sosial determinant for *ulikhet* i helse. En determinant som arbeidsmiljø kan bety mye for sosiale ulikheter mellom arbeidstakere i ulike yrker og sosiale klasser, men ikke nødvendigvis så mye for helsetilstanden i befolkningen. Det samme kan sies om determinanten fattigdom i land der andelen fattige er forholdsvis lav. Røykevaner kan bety mye for ulikhet i helse i ett land der de er ulikt sosialt fordelt, men lite i et annet land med en jevn fordeling. I begge land kan bruk av tobakk svare for en betydelig andel av de premature dødsfallene. Som tendens vil dødsårsaker som er vanlige i et sosialt system også «utmerke» seg med bratte sosiale gradienter (Wilkinson og Pickett 2009:27). Vi vil likevel understreke at en politikk for å bedre folkehelsen gjennom å påvirke de sosiale determinantene, ikke nødvendigvis er det samme som en politikk for å utjevne helsen mellom ulike sosiale grupper (Kelly m.fl. 2006, Graham 2009:470).

For å oppnå helseutjevning, og ikke bare en generell folkehelseforbedring, vil det være behov for å formulere relevante målsettinger, for eksempel at arbeidsmiljøet bør forbedres mer blant de dårligere stilte enn blant mer privilegerte arbeidstakere, og å sørge for at de praktiske tiltakene avspeiler disse målsettingene. Endelig må evalueringer av tiltakene inkludere ulikhetsdimensjonen, for eksempel ved at en studerer effekter for ulike yrkesgrupper (Graham 2004).

SDH-perspektivet påkaller en tett kopling mellom ulike politikkområder og mellom (folke)helsepolitikk og velferdspolitik (St. meld. 20 (2006-2007), St. meld. 30 (2008-2009)). Dette følger av at helsedeterminantene er forankret i ulike samfunnssektorer, som for eksempel utdanning, arbeidsliv, og velferd. Koordinering av politikken og samarbeid på tvers av slike sektorer er derfor av vesentlig betydning for å legge til rette for politiske tiltak som kan utjevne de sosiale helseforskjellene. I økende grad er behovet for politisk samordning på dette feltet erkjent.

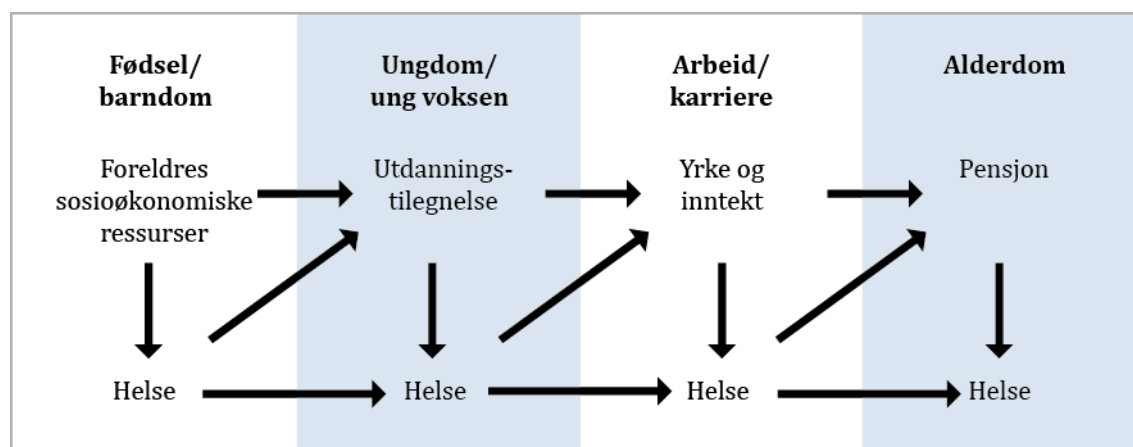
3.3 Livsløpsperspektivet

SDH-paradigmet løper sammen med livsløpsperspektivet. Når det gjelder helse innebærer livsløpsperspektivet et fokus på biologiske og sosiale omstendigheter tidlig i livet. Disse omstendighetene har betydning for individers og gruppers livssjanser generelt, og kan bidra til at sammenhengen mellom sosial ulikhet og helse i voksen alder blir bedre forstått. Det er

solid evidens for at forhold under tidlig oppvekst har en – direkte og/eller indirekte – effekt på helse og ulikhet i helse i voksen alder (Smith og Lynch 2004, Kuh og Ben-Shlomo 1997, Blane m.fl. 2013, Pillas m.fl. 2013). Som antydnet søker perspektivet å kombinere og integrere innsikter fra biologi med kunnskap fra samfunnsvitenskap og psykologi. Det retter søkelyset mot faser i menneskers liv der biologisk sårbarhet faller sammen med uheldige sosiale omstendigheter. To slike faser i menneskers liv kan skilles ut: Det er småbarnsfasen, der viktige utviklingsprosesser kan falle sammen med forhøyet risiko for fattigdom, og aldringsfasen, der fattigdom - i mange land - inntreffer samtidig som aldersrelaterte skrøpeligheter melder seg (Blane m.fl. 2013). Sosiale og biologiske faktorer spiller sammen over tid: Helsetilstand i samspill med sosiale forhold på et tidspunkt influerer på helsetilstand og sosiale forhold på et senere tidspunkt. Det er utmyntet flere supplerende analytiske modeller for å fange hvordan slike komplekse samspillsprosesser utfolder seg over tid (Kuh og Ben Shlomo 1997). Disse er nærmere omtalt i kapittel 4. Formuleringer som «ko-evolusjon av helse og sosial status» (Vågerø og Illsley 1995) og «sykdomspregede livsløp» (Lundberg 1991) er lansert for å fange opp hvordan helse og sosiale forhold spiller sammen og former ulike livsløp.

Livsløpsperspektivet kan illustreres på mange måter. Figur 3.1 er en måte å beskrive tankegangen på. Livsløpsperspektivet blir beskrevet mer inngående i kapittel 4.

Figur 3.1 Det dynamiske forholdet mellom helse og sosioøkonomisk status gjennom livsløpet.



Kilde: Adler m.fl. 2008, figur 2.

3.4 Kritikk av SDH-perspektivet

Det er reist en del kritiske innvendinger mot SDH-perspektivet og dets anvendelse i for eksempel Marmot rapporten (2010). Noen hevder at den påviste sammenhengen mellom helse og sosial posisjon (for eksempel inntekt) skyldes omvendt kausalitet, altså at helse påvirker sosial posisjon og ikke omvendt, og/eller at det er en felles bakenforliggende faktor

som påvirker både helse og sosial posisjon – en såkalt «confounder», eller tredjevariabel (Canning og Bowser 2010, Chandra og Vogl 2010). Eksempler på slike individuelle, bakenforliggende og mer eller mindre faste egenskaper er intelligens, evne til utsatt behovstilfredsstillelse, genetiske disposisjoner, sykdom under oppvekst, og latent helse (Heckman 2008). I lys av dette synet på sammenhengen mellom helse og sosial posisjon, så vil politiske implikasjoner avvike fra de som følger av SDH-perspektivet. I og med at årsakskjeden antas å løpe fra helse til sosial posisjon, og ikke omvendt, er det investeringer i helsetjenester som i første rekke trengs, og i liten grad bedring av levekårene, helsens sosiale determinanter.

Forklaringer knyttet til omvendt kausalitet og bakenforliggende årsaksfaktorer har vært diskutert i årtier (Marmot m.fl. 2010), og livsløpsperspektivet er nettopp utviklet for å fange faktorer som etableres tidlig i livet og komplekse samspill mellom helse og sosiale forhold utover i livet (se 3.1 ovenfor). I livsløpsperspektivet opphører det strenge skillet mellom kausalforklaringer, effekten av bakenforliggende faktorer, og såkalt omvendt kausalitet. Det kan reises spørsmål om hva omvendt kausalitet, eller «seleksjon», egentlig innebærer i menneskesamfunn. Seleksjon, eller mer presist, helserelatert sosial mobilitet, er også «sosialt determinert» i den forstand at prosessen finner sted innenfor sosiale rammer og påvirkes av sosiale aktører og institusjoner (Dahl og Elstad 2009). Goldthorpe (1987:374) framholder at «seleksjon» med utgangspunkt i individuelle egenskaper fundamentalt sett er en sosial prosess: «... det som dermed er viktig er ikke bare egenskapene som individer innehar, men hvordan disse egenskapene matcher seleksjonskriteriene til dem som tar de relevante beslutningene» (vår oversettelse). Senere har West (1991) utdypet dette synet. For West handler «seleksjon» om sosiale prosesser som utfolder seg i samspill mellom sosialt vurderte – positive eller negative – individuelle egenskaper og mektige aktører plassert i sosiale strukturer og institusjoner. I et slikt perspektiv blir det misvisende å si for eksempel at sykdom «forårsaker» lav sosial status målt med for eksempel lav inntekt, eller økonomisk inaktivitet, siden det er sosiale aktører og institusjoner som identifiserer, diagnostiserer, klassifiserer, reagerer og iverksetter tiltak for å reversere eller påskynde prosessen. Et eksempel er sammenhengen mellom fedme og sosial posisjon som er påvist i USA. Kawachi m.fl. (2010:59) forklarer: Årsaken er tilsynelatende omvendt kausalitet som opererer gjennom «tykk partiskhet» («fat bias») for kvinner, som innebærer at overvektige/tykke kvinner opplever større vansker i konkurransen på arbeidsmarkedet og ekteskapsmarkedet, noe som fører til lavere inntekt, lavere sannsynlighet for å bli gift, og til og med lavere inntekt for deres potensielle ektefelle» (vår oversettelse).

Poenget er at omvendt kausalitet - fedme fører til lav status - er resultatet av sosiale prosesser knyttet til fordommer og stigmatisering. Betydningen av sosiale føringer understrekes av at prosessen kun rammer kvinner, ikke menn. Et annet eksempel: At en posisjon utenfor arbeidsmarkedet er forbundet med lavere inntekt skyldes ikke «naturlig» seleksjon, men er resultatet av en ofte lang og kompleks reise ut av arbeidslivet og inn i et

trygdesystem som er designet for å dekke kun en viss prosentandel av forutgående arbeidsinntekt. Omvendt kausalitet (eller «seleksjon») er en sosial prosess som er tilgjengelig for politisk intervensjon.

Kort sagt, sosial seleksjon og påvirkning av bakenforliggende faktorer («confounders») forekommer – i varierende grad og med varierende effekt – men uten at det rokker ved SDH-perspektivet og livsløpsperspektivet. I flere av de kommende kapitlene vil vi komme tilbake til denne tematikken.

En annen type kritikk er rettet mot det politiske budskapet i SDH-perspektivet. Innvendingen er at det ikke retter søkelyset mot de grunnleggende økonomiske interesser og maktstrukturer under (sen)kapitalismen. De egentlige drivkreftene, hevdes det, bak sosial, og helsemessig ulikhet er sterke økonomiske interesser, kapitalinteresser generelt og finanskapitalinteressene spesielt, som forsyner seg av fruktene av den økonomiske veksten og som aktivt støtter en neoliberal og ulikhetskapende politikk (Coburn 2004, Lansley 2012, Mooney 2012, Navarro 2009, Stiglitz 2012).

Mens økonomisk ortodoksi leverer argumenter for at ulikhet er bra fordi den gir insentiver til å prestere og yte, får vi nå i økende grad forskning som tar for seg skyggesidene av (større) sosial ulikhet. Et eksempel er OECDs (2011b og c) rapport «Divided we stand», som dokumenterer utviklingen av ulikhet i inntekt og velstand i rike land og som har en kritisk undertone som er uvanlig for denne organisasjonen. Finanskrise, økonomisk tilbakegang og sparepolitikk har gitt ammunisjon til denne typen kritisk forskning og kunnskapsproduksjon. En ny bok om krise og folkehelse argumenterer for at det ikke er økonomiske kriser i seg selv, men sparepolitikk og kutt i helse- og velferdsprogrammer som er helseskadelig (Stuckler og Basu 2013). Stiglitz (2012), nobelprisvinner i økonomi, har studert utviklingen av ulikhet i USA og hvilke uheldige følger den har hatt ikke bare for demokrati, sosialt samhold og framtidshåp, men også for nasjonens økonomisk utvikling (se Lansley 2012 for en tilsvarende analyse av England). Det er for eksempel tankevekkende at de velstående i USA har dårligere helse og kortere levetid enn velstående i andre rike land (Woolf og Laudan 2013), et funn som samsvarer med tesen om at sosial ulikhet, direkte og/eller indirekte, bidrar til dårligere helse og høyere dødelighet hos både fattig og rik (Wilkinson og Pickett 2009).

Nærmest på motsatt ende av skalaen tjener den nordiske og norske modellen som eksempel på at sosial likhet lar seg kombinere med økonomisk vekst. I den senere tid har nettopp den nordiske modellen tiltrukket seg stor oppmerksomhet på grunn av denne evnen. I EU-sammenheng er den nordiske modellen holdt fram som et eksempel som andre land i Europa kan lære av (Giddens 2006), og i 2011 stod den norske modellen på dagsordenen på det årlige møtet i World Economic Forum i Davos (Tancau 2011). I februar 2013 hadde tidsskriftet *The Economist* en spesialreportasje om den nye nordiske «supermodellen». Tidsskriftet framhever at: «De nordiske landene samler seg i toppen av ligatabellen på alt fra

økonomisk konkurransedyktighet, til sosial helse og lykke. De har både unngått den søreuropeiske økonomiske sklerosen og den ekstreme amerikanske ulikheten» (vår oversettelse) (The Economist 2011a). Og nettopp det norske samfunnet og den norske modellen er tema for neste avsnitt.

3.5 Den norske og nordiske samfunnsmessige konteksten

Det er delte oppfatninger av hva som kjennetegner «den nordiske modellen» (Kautto m.fl. 2001, Halvorsen og Stjernø 2008, Lundberg m.fl. 2008a, Midthun og Witoszek 2011). Et viktig kjennetegn er utviklingen av sosiale institusjoner som har klart å forene økonomisk vekst med en forholdsvis jevn fordeling av velstanden (Moene 2010). En nøkkel til denne suksessen er at det er etablert et positivt samspill mellom velferd, marked og familien, med en logikk som har gjort systemet levedyktig. Noen viktige forutsetninger er institusjonalisert trepartssamarbeid mellom stat, arbeid og kapital, sentrale lønnsforhandlinger, og en sterk og ansvarlig fagbevegelse (Moene 2007, Moene m.fl. 2009).

Norge har en liten, åpen og fleksibel økonomi der «kreativ destruksjon» og økonomiske omstillinger er normen. Omstillinger lettes gjennom økonomisk trygghet som omfatter alle. Sosialpolitikken er relativt sjenerøs og aktiverende, og har karakter av sosiale investeringer, dvs. utstrakt satsing på familie, kvinners yrkesdeltakelse, barn, utdanning, aktiv arbeidsmarkedspolitikk, og livslang læring (Morel m.fl. 2012c). Velferdsstaten er tjenestetung sammenlignet med andre typer velferdsstatsregimer.

I sammenlignende perspektiv kommer Norge godt ut på mange sosiale og økonomiske indikatorer. De forente nasjoners «Human Development Index», som inkluderer utdanning, levealder, og økonomi (bruttonasjonalprodukt per innbygger) viser at Norge over flere år har tronet på toppen. Norge skårer også høyt på andre og mer sammensatte indekser, for eksempel «Legatum Prosperity Index» som bygger på åtte indikatorer, blant annet økonomi, utdanning, helse, sosial kapital, og frihet (The Legatum Prosperity Index 2013). En indeks som måler sosial rettferdighet plasserer Norge på tredje plass etter Sverige og Danmark, med Finland hakk i hæl (The Economist 2011b). Denne indeksen bygger på 25 indikatorer på tilgjengelighet til utdanning, fattigdom, arbeidsmarkedsinkludering, sosialt samhold og likhet, og intergenerasjonell rettferdighet. Når det gjelder økonomisk vekst målt i brutto nasjonalprodukt har Norge også ligget i verdenstoppen (med enkelte unntak) i flere tiår, og produktiviteten har vært høy (Midthun og Witoszek 2011).

Norge har et relativt næringslivsvennlig politisk klima. Landet rangeres på niendeplass på Verdensbankens «ease of doing business» indeks (International Finance Corporation 2013). Den økonomiske velstanden skyldes et stykke på vei oljeinntekter og oljerelatert virksomhet (Schiefløe 2010), men ikke bare, siden oljeressurser for en del «petrostater» snarere har vist seg å være en forbannelse enn en velsignelse (Karl 1997). Norge har utviklet et regime som sikrer landet petroleumsinntektene, en forstandig bruk av dem, og en anstendig fordeling av

oljerikdommen (Halvorsen og Stjernø 2008, Schiefloe 2010). Kort sagt, ulike indikatorer på sosial og økonomisk velferd viser at Norge befinner seg i tetsjiktet i verden.

Sysselsettingen er høy i Norge og i andre nordiske land (Hussain m.fl. 2012). Sammenliknet med andre land er den særlig høy i grupper som andre steder er mer marginale i forhold til arbeidsmarkedet, så som kvinner, eldre, og utsatte grupper som lavt utdannede og kronisk syke (Dahl m.fl. 2010, van der Wel m.fl. 2012b). Norske politikere viser ofte til at det er menneskeformuen snarere enn oljeformuen som er Norges virkelige økonomiske beholdning. Jobbene i Norge er jevnt over gode og arbeidsmiljøet er godt sammenliknet med andre land. (se kapittel 9 om arbeidsmiljø).

Norge, og de andre nordiske land, framheves gjerne som egalitære land, og på mange måter med rette. Likevel vedvarer ulikhet i tilfang av økonomiske ressurser (se inntektskapittelet for en fyldig gjennomgang). Etter mer enn hundre års nedgang i inntektsulikheten tok den til å øke på 1990-tallet (Aaberge m.fl. 2013). Inntektsulikheten målt med Gini-indeksen vokste fra rundt 0,20 i 1986 til rundt 0,25 i 2008 for så å stabilisere seg på dette nivået. Likevel er dette et nivå som er lavere enn i de fleste andre vestlige land. Også ulikheten i lønninger har økt, men er fortsatt forholdsvis lav i internasjonal sammenheng (OECD 2011b:87-88, Pedersen 2013). Imidlertid er fordelingen av markedsinntekter som i tillegg til bruttolønn omfatter inntekt fra selvstendig næringsvirksomhet, kapitalinntekter og renteinntekter ikke vesentlig lavere i Norge enn i land det er naturlig å sammenlikne med. I Norge ser vi de siste årene dessuten økte forskjeller i lønninger mellom ulike utdanningsgrupper og yrkesgrupper der de privilegerte gruppene er vinnerne. Formue er svært skjevt fordelt i Norge, som i andre land, og det er en klar inntektsgradient: Over halvparten av formuen befinner seg hos de 10 prosent rikeste husholdene (Epland og Kirkeberg 2012). Den relative inntektsfattigdommen i befolkningen har vært stabil de aller siste årene. Likevel opplever flere barnefamilier og enslige forsørgere fattigdom (Pedersen 2013, Seim og Larsen 2011).

Den generelle tilliten mellom mennesker er høy og sivilsamfunnet har en sterk posisjon, vurdert for eksempel som deltakelse i frivillige organisasjoner. Høy mellommenneskelig tillit henger sammen med universelle velferdsordninger og har en positiv tilbakevirkning på økonomien i form av lave transaksjonskostnader (Rothstein og Stolle 2008).

Norge har også noen sentrale utfordringer. Det er beskjeden satsing på forskning og innovasjon her til lands (Frønes og Kjølørød 2010). Frafallet fra videregående skole er stabilt og betydelig, på rundt 30 prosent, og det er stor sosial ulikhet i frafallsratene. Internasjonale sammenlikninger viser dessuten at skolerisultatene til norske elever ligger midt på treet. I tillegg er det vedvarende sosiale forskjeller i skoleprestasjoner og i rekrutteringen til høyere utdanning (Hansen og Mastekaasa 2010). En annen utfordring er knyttet til det faktum at en del innvandrergupper er svakt integrert i det norske samfunnet generelt, og i arbeidsmarkedet spesielt (NOU 2011:7). I likhet med andre post-industrielle land er andelen eldre økende i Norge, noe som sannsynligvis vil føre til en mindre arbeidsstyrke og et større

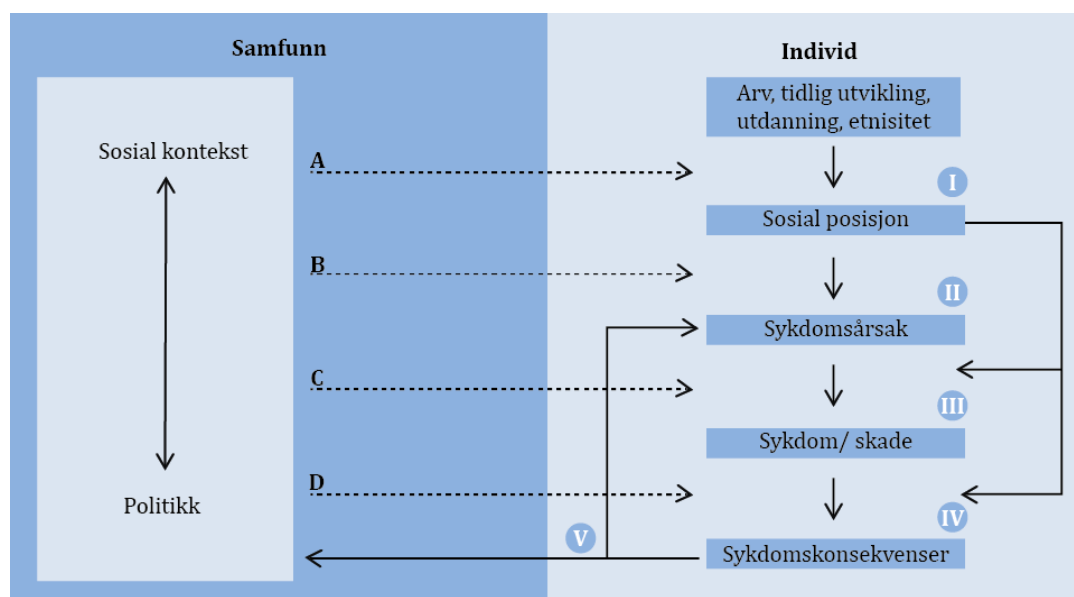
behov for pleie- og omsorgstjenester i befolkningen. Videre uttrykkes det ofte bekymring for høyt forbruk av trygdeytelser, og særlig medisinske ytelser som sykepenger og uførepensjon. At så mange til enhver tid forsørgeres av det offentlige kan synes paradoksalt all den tid sysselsettingen er så høy. Det påstås med jevne mellomrom at oljeformuen gjør oss late, tiltaksløse og kresne med hensyn til hvilke jobber vi vil ta (Frønes og Kjølørød 2010), men dette avtegner seg ikke i målinger av holdninger til arbeid (van der Wel 2013).

Sist, men ikke minst observerer vi vedvarende sosial ulikhet i helse og sykdom og en tendens til stigende sosiale forskjeller i forventet levealder. Dette er en kunnskapsutfordring som vi kommer til å komme innom i flere kapitler.

3.6 Analytisk modell

Den modellen vi anvender for å analysere det empiriske materialet i denne rapporten er illustrert i figur 3.2.

Figur 3.2 Oversikt over viktige mekanismer (I-V) og tilhørende intervensjonspunkter (A-D) i forbindelse med sosial ulikhet i helse.



Kilde: Diderichsen m.fl. 2011, figur 2.2.

Figuren skiller mellom samfunnet på den ene siden og individet på den annen. Dette skillet må ikke oppfattes som vanntett; individene sees som omgitt og påvirket av den sosiale konteksten samtidig som individene påvirker samfunnet, for eksempel gjennom pilen V, som kan indikere at mennesker med uførhet forlater arbeidslivet og blir uførepensjonister. Figuren beskriver videre formidlingskjeder (I, II, III, osv.), og mulige politiske intervensjonspunkter (A, B, osv.).

I. Posisjon i den sosiale lagdelingen. Denne er definert i termer av rikdom, makt eller anseelse der posisjonen influeres av samfunnsmessige faktorer og individuelle forutsetninger. Samfunnet kanalisere individer til slike posisjoner for eksempel gjennom kontekstuelle institusjoner som utdanningssystemet, arbeidsmarkedet eller velferdsordningene. Lagdelingsstrukturen og hvor åpen lagdelingen er, vil variere mellom land. Livsløpsperspektivet fanger opp hvordan biologiske og sosiale prosesser allerede i mors liv og i oppvekst og barndom legger grunnlaget for både helse og sosial posisjon i ungdoms- og voksenliv (Kuh og Ben-Shlomo 1997). Dette perspektivet vil gå som en rød tråd gjennom rapporten.

II. Differensiell utsatthet. En persons posisjon i samfunnet vil bestemme vedkommendes eksponering for fysiske, kjemiske, ergonomiske og psykososiale risikofaktorer for sykdom og for tidlig død. Kontekstuelle og politiske forhold som påvirker slike eksponeringer kan være arbeidsmiljølovgivning, arbeidsmarkedspolitik, boligpolitikk, og lover som regulerer tobakksbruk.

III. Differensiell sårbarhet. I hvilken grad en person blir påvirket av den helseskadelige eksponeringen han/hun utsettes for er avhengig av vedkommendes sårbarhet. Sårbarheten kan være knyttet til biologiske, psykologiske og sosiale forhold, og disse kan ha røtter tilbake til tidlig oppvekst og barndom. For mange helsetilstander vil utsatthet for flere ulike risikofaktorer kunne spille en viktig rolle. Kontekstuelle forhold, som oppvekstvilkår eller barne- og familiepolitikk, vil påvirke individers akkumulerte eksponeringer over tid, og dermed deres sårbarhet.

IV. Differensielle konsekvenser. Sykdommer og skader kan ha ulike sosiale og helsemessige konsekvenser. Kreftoverlevelse henger, for eksempel, sammen med hvor lang utdanning en person har. En person med lav utdanning og som utvikler en kronisk sykdom har mindre sannsynlighet for å fortsette i yrkeslivet enn en person med universitetsutdanning. Kontekstuelle forhold knyttet til helse- og rehabiliteringstjenester, velferdsytelser, og aktiv arbeidsmarkedspolitik vil influere på slike prosesser.

V. Effekter av konsekvenser. Sykefravær, uførepensjonering, og sysselsettingsnivå er eksempler på makroeffekter av de prosessene vi har omtalt så langt. Offentlige utgifter til sosiale og helsemessige formål er eksempler på andre typer av effekter; de økonomiske.

Figur 3.2 illustrerer også en rekke intervensjonspunkter for politisk handling som har potensial for å modifisere de mekanismer som er involvert i årsakskjedene. I prinsippet kan offentlig politikk og sosiale institusjoner påvirke hvordan ulike individer kanaliseres inn i lagdelingsstrukturen, for eksempel ved å redusere frafall i videregående skole (A), modifisere eksponeringen, for eksempel ved å bedre arbeidsmiljøet blant ufaglærte (B), påvirke sårbarheten, for eksempel ved å forhindre at risikofaktorer hopper seg opp hos de samme

individer og grupper (C), og å dempe uheldige konsekvenser av ulikhet i helse for eksempel gjennom å hindre utstøting fra arbeidsmarkedet og bidra til et inkluderende arbeidsliv (D).

Etter krigen har det norske samfunnet gjennomgått dype endringer i klasse- og lagdelingsstrukturen (Frønes og Kjølørød 2010). Den tradisjonelle arbeiderklassen er kraftig innsnevret: i dag utgjør industriarbeiderne knapt 10 prosent av de sysselsatte (SSB Statistisk årbok 2011). Dermed er også de helseskadelige arbeidsforholdene og levekårene som mange arbeidere levde under, og som for eksempel Friedrich Engels (1845) beskrev, eliminert. I tillegg er selvsagt arbeidernes kår kraftig forbedret. Denne typen strukturelle endringer må antas å ha hatt avgjørende betydning for nasjonens helsetilstand og for den sosiale fordelingen av helsa. Flere har fått lengre utdanning, og flere er i jobber som er mindre helseskadelig. Med andre ord er færre eksponert for tradisjonelle helseskadelige faktorer knyttet til manuelt og industrielt arbeid, selv om nye risikofaktorer har oppstått (se kapittel 9). Det er likevel en grense for hvor langt slik strukturell utjevning kan drives. Ikke alle kan få seg en doktorgrad, og ikke alle kan bli administrerende direktører. Det er her betydningen av alle de mellomliggende, medierende og modererende faktorene kommer inn. Disse vil bli nærmere diskutert i de enkelte kapitlene.

3.7 Rettferdig fordeling av helse

I Helseforskjellsmeldingen heter det: «Det overordnede målet ... er å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse» (St.meld. 20 (2006-2007:6)). Dette innebærer å flate ut gradienten samtidig som helsetilstanden ikke forverres for de bedre stilte. I Norge er forskjellene i forventet levealder etter utdanning økt siden 1960 tallet både blant menn og kvinner (se kapittel 5). Samtidig lever alle utdanningsgrupper lengre i dag enn på 1960- tallet. Dette er selvsagt en positiv utvikling, men innfrir likevel ikke helsemyndighetenes målsettinger om utjevning av helseforskjellene.

Som tidligere nevnt står hensynet til rettferdighet og rettferdig fordeling av helse og helsens sosiale determinanter sentralt i SDH-perspektivet og i den norske politiske strategien for å utjevne ulikhet i helse. I St.meld. 20 (2006-2007:5) lyder det: «Så lenge de systematiske forskjellene i helse skyldes ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er det fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning. Rettferdig fordeling er derfor god folkehelsepolitikk». I dette fortøttete utsagnet trer flere poenger fram. For det første konstateres det at det er en systematisk ulik fordeling av ressurser – ressurser som knytter seg til helsens sosiale determinanter. For det andre erkjennes samfunnets rolle i å påvirke ressursfordelingen. For det tredje uttrykkes et mål om en mer «rettferdig» fordeling. Det fremgår av sammenhengen at det med rettferdig forstås en jevnere fordeling av de sosiale determinantene. Dette tydeliggjøres i følgende sitat: «Folkehelsearbeid innebærer å arbeide for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsens» (St.meld. 20 (2006-2007):5).

Større likhet i helsens sosiale determinanter er således bevegelse i en «rettferdig» retning. Men hva slags likhet er det snakk om? Det er vanlig å skille mellom likhet i muligheter og likhet i resultat (Hernes 1974). Like muligheter er et ideal som flere politiske ideologier stiller seg bak (Taylor 2007), både liberalister og nyliberale, konservative og sosialdemokrater. Kravet om resultatlikhet er mer kontroversielt (Føllesdal 2000, Taylor 2007). Like muligheter kan presiseres i to retninger: Det kan forstås som likhet i ressurser, eller som like rettigheter (formallikhet). Like rettigheter vil ofte ikke være nok dersom en ønsker sosial utjevning. Ressurslikhet innebærer at det offentlige griper inn og kompenserer for manglende utgangsressurser. Det er også flere mulige tolkninger av resultatlikhet. Sjanselikhet kan innebære lik behandling for like talenter, eventuelt lik adgang til de samme posisjoner for like talenter. Et eksempel: elever med samme evner og interesser skal ha lik sjanse (eller sannsynlighet) for å ta høyere utdanning, uavhengig av innflytelsen fra for eksempel sosial bakgrunn, bosted, kjønn eller etnisitet. En annen tolkning av resultatlikhet er terskellikhet, altså at alle skal oppnå de samme grunnleggende standarder. Det er ikke et krav om at helsetilstanden skal være lik for alle, men den skal være over et nærmere bestemt nivå (Føllesdal 2000:4-6).

I 1990 publiserte Whitehead en rapport som er blitt hyppig sitert om hvordan en kan vurdere ulikhet i helse i normativ og politisk forstand. Svaret var at urettferdige ulikheter i helse foreligger når de er unødvendige, unngåelige og urimelige («unfair»). Marmot-rapporten framsetter en lignende definisjon: «Ulikheter i helse som kunne vært unngått ved hjelp av fornuftige tiltak er urettferdige. Å rette opp i det er et spørsmål om sosial rettferdighet» (vår oversettelse) (Marmot m.fl. 2010:3). Den norske begrepsbruken er i overensstemmelse med det som er forståelsen internasjonalt.

I de siste årene er det publisert en rekke arbeider om rettferdig fordeling av helsens og dens sosiale determinanter (se f.eks. Ruger 2010, Fritzell 2014). Det vil føre for langt å drøfte disse bidragene utførlig. I det følgende vil vi derfor rette oppmerksomheten mot et mindre utvalg sentrale arbeider.

Rettferdighetskriteriene nevnt ovenfor er intuitive og er ikke gitt noen dypere sosialfilosofisk begrunnelse (Daniels 2008). Større likhet i helse kan begrunnes med henvisning til begge de sosialfilosofiske skolene som i dag dominerer den sosialfilosofiske debatten om rettferdighet: Sens capability-tilnærming og Rawls primærgodetilnærming. Det hevdes at Rawls har lite å si om ulikhet i helse fordi han ser på helse som et «naturlig» gode og ikke et sosialt. Derfor inkluderer han heller ikke helse i indeksen over «sosiale primærgoder», og tar utgangspunkt i «normale» personer, og ikke personer med kronisk sykdom eller nedsatt funksjonsevne (Venkatapuram 2011).

Som vi snart skal se, treffer ikke denne kritikken for nyere utvidelser av Rawls' teori. Sen derimot har utviklet sin teori for å ta hensyn til at mange – mennesker med funksjonsnedsettelse er kroneksemplet – mangler evnen til å utnytte de muligheter de står

overfor. Et felles utgangspunkt er at alle mennesker har samme moralske verdi – at de er likeverdige. Dette innebærer at alle mennesker har de samme grunnleggende friheter. Hvilke friheter det dreier seg om er det imidlertid ikke konsensus om. Sen hevder at «alle» filosofer er for likhet. Det striden står om er «likhet i hva»? Her skiller Rawls og Sen lag. Rawls argumenterer for likhet i fordelingen av sosiale primærgoder. Sen insisterer på en alminnelig styrking og en jevnere fordeling av «capabilities», kapabiliteter. Det kan være vanskelig å finne en norsk oversettelse av kapabilitetsbegrepet. Flere har foreslått termen mulighetsbetingelser (Lid 2012:122), og vi bruker denne oversettelsen videre.

Både Rawls og Sen forsvarer et positivt frihetsbegrep (Bojer 2009). For Sen er visse grunnleggende kapabiliteter en betingelse for reell frihet og reelle valgmuligheter, frihet til å leve et liv vi har grunn til å verdsette (Sen 2009). For Sen er et negativt frihetsbegrep, det vil si frihet fra inngrep i menneskers autonomi, som står sentralt i den liberale tradisjonen, utilstrekkelig (Svendsen 2009, Fasting 2013). Dette innebærer at et rettferdig samfunn må ha institusjoner som sørger for en jevnere fordeling av helse, og dermed også en jevnere fordeling av helsens sosiale determinanter. De sosiale institusjonene må derfor ha en kompenserende fordelingsprofil.

SDH-perspektivet har påkalt Sens begrep om mulighetsbetingelser for å begrunne det normative argumentet om en mer rettferdig fordeling av helse (Marmot m.fl. 2010). Kapabiliteter, eller mulighetsbetingelser, viser til den enkeltes evne, betingelser og muligheter til å være, gjøre og oppnå det han/hun ønsker (Marmot 2005:256-57, Sen 2010). Det er ikke hva folk har eller eier som er avgjørende. Formelle rettigheter og friheter, jfr. formallikhet som vi diskuterte ovenfor, er ikke tilstrekkelig. Virkelig frihet er positiv frihet til å leve det livet en har grunn til å verdsette. Sen selv har avvist å spesifisere innholdet i begrepet om capabilities, men har understreket den sentrale rolle helsen og dens sosiale fordeling har: «Helse er blant de viktigste betingelser for menneskelig liv, og en veldig viktig bestanddel av menneskelige evner som vi har god grunn til å verdsette ... Likhet i oppnåelse og fordeling av helse blir dermed inkorporert og innebygd i en større forståelse av rettferdighet» (vår oversettelse) (Sen 2004:23).

Filosofen Martha Nussbaum som har samarbeidet med Sen, har imidlertid utviklet en liste som beskriver de grunnleggende mulighetsbetingelsene. Lista inkluderer liv, fravær av prematur død, og kroppslig helse (for en diskusjon, se Venkatapuram 2011). I samme ånd argumenterer Venkatapuram (2011:233) for at helse er en type overordnet mulighetsbetingelse («meta-capability»). Det moralske kravet om retten til helse avledes av grunnleggende verdier knyttet til menneskers frihet og verdighet. Helse er en form for frihet som har både innebygde verdier, som trivsel og velvære, og mer instrumentelle verdier, som betingelse for sosial integrasjon.

Dette innebærer at fravær av helse eller funksjonsevne krever kompensatoriske tiltak, og det følgende eksempelet kan kanskje illustrere logikken: En funksjonshemmet person kan ha like

mye penger som en person uten funksjonsnedsettelse. Likevel har ikke personen med funksjonshemming de samme capabilities - grunnleggende friheter - som en person uten funksjonshemming fordi vedkommende ikke kan omsette disse ressursene til et like godt liv (Sen 2010:258). I realiteten opplever personer med funksjonsnedsettelser to handikap, et inntektshandikap og et omdanningshandikap («conversion handicap»), det vil si vansker med å omdanne penger, tjenester og andre goder til et attraktivt liv, og dette handikappet vil forsterke inntektshandikappet. Behov for inntekt er derfor større enn for mennesker med alle funksjoner intakte, alt annet likt. Det er dermed åpenbart at friheten til de med funksjonshemming vil variere i tid og rom avhengig av hvilke kompensatoriske tiltak samfunnet stiller opp med.

Sen (og Nussbaum) krever ikke full likhet, eller større likhet i helse eller andre mulighetsbetingelser, selv om de heller ikke avviser slike krav. De krever imidlertid at tilfanget av helse og mulighetsbetingelser skal være tilstrekkelig, og at det skal gjelde for alle (Daniels 2008:69, Sen 2010:298). På lignende vis argumenterer Venkatapuram (2011:237) for at individet skal ha et «tilstrekkelig nivå» av helse. Rettferdighet innenfor dette tanke-systemet dreier seg altså om terskellikhet i mulighetsbetingelser, jevnfør diskusjonen ovenfor.

Interessant nok er det likhetstrekk mellom capability-tenkningen og den nordiske levemålsmodellen. De tre nøkkelbegrepene i den nordiske levemålsmodellen er ressurser, arenaer og utfall. Ressursene individene har til rådighet kan være individuelle eller kollektive, og kan for eksempel være levert av velferdsstaten. Ideen er at individer setter inn sine ressurser på samfunnets ulike arenaer, og derigjennom produserer ønskede materielle og immaterielle goder. Arenaer kan være utdanningssystemet, arbeidsmarkedet, eller boligmarkedet. Utfall, for eksempel lønn, vil avhenge av de ressurser en aktør setter inn for eksempel i form av utdanning og innsats, og hvordan arbeidsmarkedet og yrkeslivet er organisert. Som i Sens rammeverk vil utfallet være betinget ikke bare ressurstilfanget, men også evnen og muligheten til å omdanne disse til et godt liv slik individet selv definerer det.

Daniels (2008) har lansert et gjennomarbeidet forsøk på å utvide John Rawls sin ide om «rettferdighet som rimelighet» (justice as fairness) til også å omfatte helse, samfunnets forpliktelse til å møte folks helsebehov, og helsens sosiale determinanter. Rawls sitt utgangspunkt for rettferdighetsteorien er hvilken samfunnskontrakt mennesker plassert bak uvitenhetens slør vil velge. I sitt tankeeksperiment plasserer Rawls mennesker bak uvitenhetens slør der ingen vet hvilken posisjon de vil få i samfunnet. Rawls argumenterer for at rasjonelle aktører bak uvitenhetens slør vil velge et samfunn med institusjoner som sørger for at tilgangen til sosiale posisjoner er lik for alle, og at ulikhet skal være til det beste for de dårligst stilte for å kunne aksepteres (det såkalte «principle of difference»). Rawls definerte et sett med primærgoder som alle burde ha i et «rimelig rettferdig» samfunn. Disse er rettigheter og friheter (powers), rimelige muligheter, inntekt og formue, og sosialt grunnlag for selvrespekt (Daniels 2008:50). Primærgoder er hva frie og like personer trenger som statsborgere. Helse er altså ikke blant primærgodene. Rawls er blitt kritisert av flere,

blant annet av Sen, for ikke å ta høyde for at mange ikke har de samme forutsetningene, for eksempel på grunn av sviktende helse eller funksjonshemming, for å utnytte de friheter og muligheter de står overfor.

Daniels har som ambisjon å rette opp denne «forsømmelsen» ved å plassere helse – normal fungering for menneskearten – inn i skjemaet som en sentral betingelse for rettferdige muligheter. Muligheter, et av Rawls' primærgoder, trenger beskyttelse av samfunnets institusjoner. Daniels hevder at helse er et særskilt gode med spesiell moralsk verdi fordi den påvirker folks «livsplaner». Å beskytte helse er å beskytte bredden av muligheter, framholder Daniels (2008:30). God helse er således en sentral betingelse for rettferdig likhet i muligheter («fair equality of opportunity») (Daniels 2008:58). Samfunnet må derfor dekke en rekke helsebehov som ernæring, tilfredsstillende sanitære forhold, mosjon og hvile, helsetjenester, og sist, men ikke minst sørge for en rimelig fordeling av andre sosiale helsedeterminanter (Daniels 2008:4).

Det er verdt å merke seg at det er overensstemmelse mellom Rawls primærgoder og mange av helsens sosiale determinanter. I denne utvidelsen av Rawls kommer altså de sosiale determinantene – inntekt, utdanning, m.m. – inn som vilkår som må fordeles rettferdig fordi de affiserer helse, og dermed evnen til å fungere normalt. I sin tur er dette nødvendig for å skape rimelig rettferdige muligheter for alle. Rawls' rettferdighetsprinsipper regulerer således fordelingen av nøkkeldeterminantene for helse, inkludert det sosiale grunnlaget for selvrespekt. Av dette følger at sosiale institusjoner bør kompensere for mangel på de ressurser som primærgoder representerer. Samfunnet må sørge for større ressurslikhet for å trygge likhet i helse og dermed likhet i muligheter.

Hvor sterkt står likhetskravet i dette tankesystemet? Temmelig sterkt, i følge Daniels, idet han hevder at teorien produserer en sterk tendens til likhet: «... den type klasse-privilegium vi er vitne til selv i egalitære velferdsstater, ville i stor grad bli redusert» (vår oversettelse) (Daniels 2008:55). Daniels (2008:96) mener videre at: «... det kreves sterke virkemidler for å moderere effektene av sosioøkonomisk ulikhet på muligheter» (vår oversettelse), men at Rawls idealsamfunn vil bidra til å utjevne helsens sosiale determinanter ved å sørge for institusjoner som fremmer politisk deltakelse, demokratisk likhet, forbud mot diskriminering, lik rett til utdanning, barneomsorg og intervensjoner i tidlig oppvekst.

Rawls rettferdighetsprinsipper har ikke bare konsekvenser for vurderingen av helsetilstanden blant de dårligst stilte; de har også noe å si om den sosiale gradienten i helse gjennom ideen om sammenkjeding («chain connectedness»): Så snart de dårligst stilte er kommet så godt ut som mulig (og ikke bare oppnådd et anstendig/adekvat minimum), er turen kommet til å forbedre vilkårene for dem som er nest dårligst stilt, og deretter neste lag, og så videre (Daniels 2008:93). Når tanken om sammenkjeding anvendes på helsens sosiale determinanter vil det føre til en flatere gradient og til bedre helse langt inn i middelklassen. Daniels (2008:97) hevder sågar: «... ulikheter som tilpasses forskjells-

prinsippet ville produsert en flatere gradient for ulikhet i helse enn det vi nå observerer selv i de mer omfattende velferdssystemene i Nord-Europa» (vår oversettelse). Daniels mener altså at anvendelse av Rawls rettferdighetsprinsipper på et allerede egalitært land som Norge vil føre til ytterligere sosial og dermed helsemessig utjevning.

Det som er viktig her er at begge disse framtrede sosialfilosofiske retningene gir systematiske, normative begrunnelser for hvorfor ulikheter i helse er et problem og hvorfor de bør reduseres for å skape et mer rettferdig samfunn. Og for å få det til, er det nødvendig å intervensjonere overfor helsens sosiale determinanter. Begge tilnærminger anviser en jevnere fordeling av helsens sosiale determinanter og i sin tur av helse enn det vi observerer i dag. Det er imidlertid vanskelig å si hvilken av tilnærmingene som vil gi den jevneste fordelingen av helse dersom de ble implementert i det virkelige liv.

3.8 Hva er god nok kunnskap?

For å gi politikere råd om hvilke tiltak som vil være effektive, og som de derfor bør satse på, må en ha en begrunnet oppfatning av de kausalsammenhenger som gjelder, altså av hva som påvirker hva (årsak og virkning). I dette arbeidet søker vi forskningsbasert kunnskap på to områder: Kunnskap om hvordan determinantene påvirker ulikhet i helse, og kunnskap om tiltak som kan ha en utjevnende effekt på determinantene og i sin tur på helse (Mackenbach m.fl. 2002).

Det er etter hvert produsert mye kunnskap om sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og helse, mens det er langt mer sparsomt med kunnskap om hvilke tiltak som kan ha en utjevnende effekt på ulikhet i helse (Mackenbach m.fl. 2002, White m.fl. 2009). Samtidig er det slik at på mange områder, både innen medisin, utdanning, kriminalpolitikk, barnevern, og sosialpolitikk, har såkalt evidensbasert praksis og politikk vind i seilene. Dette er en omfattende debatt som vi bare kan berøre en liten flik av. Her vil vi ta opp noen utvalgte problemer som er særlig relevante for å vurdere den forskningsbaserte kunnskapen som er produsert på (folke)helsefeltet av samfunns- og sosialepidemiologisk forskning.

Det praktiske og politiske spørsmålet er ofte formulert slik: Hva virker? Randomiserte og kontrollerte eksperimenter (RCT) er regnet som den beste vitenskapelige metoden til å besvare dette spørsmålet. Evidensbevegelsen, eksemplifisert ved Cochrane collaboration innen medisin og Campbell collaboration innen samfunnsfag, har utviklet kriterier for å kvalitetsvurdere forskningsbasert kunnskap, ikke minst når det gjelder ulike metodetilnærmingers evne til å identifisere årsaksforhold.

I et typisk evidenshierarki troner det randomiserte eksperimentet (RCT) øverst og er ansett som gullstandarden (Pawson 2006:49). Her plasseres individer – eller andre undersøkelsesenheter – tilfeldig i en kontroll- eller intervensjonsgruppe. Siden «alt annet» i prinsippet varierer tilfeldig, kan forskjeller i et utfall tilskrives intervensjonen. Deretter

kommer kvasi-eksperimentelle studier. De skiller seg fra førstnevnte ved at det ikke foretas noen tilfeldig tilordning av tiltaks- og kontrollgruppe. I slike studier kan det være nødvendig å korrigere for mulige systematiske skjevheter ved hjelp av statistiske metoder. I begge tilfeller ledes framgangsmåten av det kontrafaktiske spørsmålet: hva ville skjedd hvis ikke? På det tredje nivået finner vi før- og etter- studier, og på det fjerde nivået «observasjonsstudier». Denne typen omfatter studier der variasjon i intervensjon eller eksponering blir analysert for å identifisere en eventuell relasjon til et utfall. Typiske studier er multivariate analyser av helseutfall etter sosial posisjon der en kontrollerer for tredjevariable (også kjent som «confounders»). Mange studier av ulikhet i helse befinner seg på dette fjerde trinnet i hierarkiet.

Men ingen forskningsdesign er uten plett og lyte. Selv om RCT regnes som mest robust, er designet ikke ufeilbarlig. Noen standardinnvendinger er at randomiseringsprosessen kan virke inn på implementeringen av programmet; selve deltakelsen i en studie kan påvirke resultatene (den såkalte Hawthorne-effekten), programmet kan påvirke omgivelsene («displacement») slik at effektestimaterne blir skjeve; og det hender at ikke alle i eksperimentgruppen faktisk mottar intervensjonen (Bloom 2005:28). Videre kan det være uetisk å randomisere mennesker til kontroll og tiltaksgrupper, eller det lar seg rett og slett ikke gjøre, om en for eksempel ønsker å vurdere effekten av universelle ordninger. Alvorlige vansker kan også oppstå på grunn av store tidsforskyvninger, enten på grunn av komplekse intervensjoner, fordi konteksten er sammensatt og uoversiktlig, eller fordi koplingen mellom årsak og virkning går gjennom mange ledd. RCT er også kritisert for en drift mot individuelle, enkle og ukompliserte tiltak - for eksempel helseatferd - snarere enn å rette oppmerksomheten mot strukturelle og institusjonelle forhold i samfunnet (Milton m.fl. 2011). RCTs styrke er den interne validiteten - at en med relativt stor grad av sikkerhet kan knytte virkningen til intervensjonen (årsaken), mens den eksterne validiteten ved RCT - hvilken overføringsverdi eksperimentet har til andre settinger, kontekster og tidsrom - kan være usikker. Til slutt kan vi føye til at evalueringer av tiltak der en ser etter differensielle effekter for ulike sosiale grupper er spesielt utfordrende i et RCT-design, fordi de krever store utvalg, noe som kan være arbeidskrevende og/eller dyrt å få til (Mackenbach m.fl. 2002:32).

Disse generelle innvendingene mot RCT innebærer selvsagt ingen avvisning av metoden, men peker heller mot at også «gullstandarden» har metodiske svakheter. På folkehelsefeltet er den heller ikke alltid gjennomførbart. Dette gjelder særlig befolkningsrettede, sammensatte intervensjoner, og når det går lang tid mellom tiltak/eksponering og utfall. Det er ikke mulig, av praktiske og etiske grunner, å basere folkehelsekunnskap og folkehelsepolitikk utelukkende på evidens frambrakt av randomiserte studier. En må derfor utnytte også andre typer forskningstilnæringer.

I en del tilfeller er det mulig å basere seg på såkalte naturlige eksperimenter, slik som reformer i skole- eller sosialpolitikk som implementeres gradvis og mer eller mindre tilfeldig over tid i ulike kommuner, for eksempel. En annen vei å gå er å anvende observasjons data –

der forskeren ikke har kontroll over fordelingsprosessen - til å konstruere kvasi-eksperimentelle design som søker å etterligne randomiserte eksperimenter (Bloom 2005, Rubin 2007). Det er gode muligheter til å foreta slike kvasi-eksperimenter når en har registerdata som omfatter hele befolkningen, som vi har i Norge.

Det er etter hvert utviklet en rekke statistiske teknikker som søker å kontrollere for observerbare og uobserverbare kjennetegn mellom individer som eksponeres for en intervensjon og individer som ikke eksponeres, slik at forskjeller i effekt med større grad av sikkerhet kan tilskrives intervensjonen og ikke at individene er forskjellige. Noen eksempler på slike statistiske teknikker er bruk av instrumentvariable, propensity skårer, faste effekter, Heckmans to-steps-korreksjon, og forskjell-mellom-forskjells-tilnærmingen (Bloom 2005, Kotsadam og Finseraas 2013, Morgan og Winship 2007, Tufta 2013a og 2013b). Disse og andre teknikker bygger imidlertid på forutsetninger som det kan være vanskelige å innfri i praksis (Bloom 2005, Medical Research Council udatert, Morgan og Winship 2007). Metodene er derfor ikke fri for teoretiske forutsetninger, og gir i den forstand ikke like «sikker» kunnskap som RCT-designet (Keane 2010a og 2010b). Slike innvendinger til tross, det er liten tvil om at bruk av naturlige eksperimenter og kvasi-eksperimenter for å etterligne RCT er et skritt i riktig retning.

Sosialepidemiologisk forskning er blitt kritisert for i for liten grad å benytte seg av kvasi-eksperimentelle metoder og tilhørende statistiske teknikker (Harpera og Strumpf 2012):

Styrken til eksperimentelle og kvasi-eksperimentelle design ligger i deres robusthet mot uobservert konfundering. Slike design har også begrepsmessige fortrinn som springer ut av det å stille spesifikke kausale spørsmål. Forsøk har sine egne begrensninger og vil aldri kunne besvare alle sosialepidemiologiske hypoteser, men å forsøke å etterligne det randomiserte eksperimentet som en hypotetisk sett hadde villet gjennomføre for å besvare et viktig spørsmål, ser ut til å være et bra sted å begynne (vår oversettelse).

Sosialepidemiologien anklages ofte for å stille feil spørsmål. Den stiller, for eksempel, spørsmål om hvorvidt mennesker med lav utdanning har en overdødelighet. Det spørsmålet som politikerne er opptatt av, og som burde vært stilt, er heller: Hva er effekten på dødelighet av å tilføre en person mer utdanning? (Harpera og Strumpf 2012). Problemet med vanlige observasjonsstudier der en anvender multippel regresjonsanalyse for å kontrollere for bakenforliggende faktorer («confounders»/ «tredjevariable») er at de ikke kan besvare slike spørsmål, hevder Harpera og Strumpf (2012).

Det finnes allerede en rekke kvasi-eksperimentelle studier og naturlige eksperimenter i sosialepidemiologien og i folkehelseforskningen (Medical Research Council udatert, Kawachi m.fl. 2010), men påpekingen er uansett verdt å ta alvorlig: Regresjonsanalyser der en kontrollerer for antatt viktige tredjevariable kan ikke kontrollere for alt. Likevel er det et empirisk spørsmål hvor ofte og i hvilken grad resultater fra studier med ulike design avviker

fra hverandre. Det finnes noen studier av dette. Heller (2005:51) viser til systematiske oversikter som demonstrerer at det ofte er overensstemmelse mellom funn fra RCT og funn fra observasjonsstudier. En annen systematisk oversikt sammenliknet funn fra observasjonsstudier med funn fra RCT om 19 ulike medisinske behandlinger og konkluderte kort og godt: «Det er lite evidens for at behandlingseffektene i observasjonsstudier ... er enten konsistent høyere eller kvalitativt forskjellige fra dem som frambringes i RCT» (vår oversettelse) (Benson og Artz 2000). Disse litteraturoversiktene antyder at observasjonsstudier også gir grunnlag for å trekke årsaksslutninger på linje med eksperimentelle studier. Denne konklusjonen, sammenholdt med at også RCT og teknikker for analyser av kvasi-eksperimentelle data har sine begrensninger, taler for metodemangfold. Det vil si at vi baserer vår kunnskap på studier med forskjellige metodiske og designmessige tilnærminger.

På et dypere plan berører disse kontroversene om metode og design også ulike forståelser av årsaksbegrepet. Tre forståelser av årsaksbegrepet kan identifiseres (Cox 2012, Goldthorpe 2001): årsak som *robust avhengighet*, årsak som *manipulasjon*, og årsak som *generativ prosess*. De to første svarer til det vi foran kalte hhv. observasjons/korrelasjonsstudier og eksperimenter/kvasi-eksperimenter. Årsak som robust avhengighet henspiller dermed på statistiske sammenhenger som for eksempel er etablert mellom x (sosial posisjon) og y (helse), og som forblir signifikante også etter kontroll for relevante tredjevariable, confounders. Årsak som manipulasjon viser til sammenlikning av utfall (effekt), mellom en «tiltaksgruppe» og en «kontrollgruppe». Deltakerne kan være tilfeldig fordelt som i et randomisert eksperiment, eller de kan være systematisk fordelt som i et kvasi-eksperiment. Utgangspunktet er i begge tilfelle de «praktiske» vitenskapers forståelse av årsaksbegrepet, som innebærer å fastslå et årsaksforhold ved å gjennomføre en intervensjon og studere resultatet under så kontrollerte betingelser som mulig. Av dette følger at intervensjonen, altså årsaken, er manipulerbar. En kan legge merke til at hensikten er å etablere «effekten av årsaken». Effekten, ikke årsaken, står altså i fokus i manipuleringsparadigmet. Dette skiller denne forståelsen fra robust avhengighets-tradisjonen, der en søker å etablere årsaken(e) til effekten (Heckman 2008:7).

Årsak som manipulasjon er et spesialtilfelle av en oppfatning av årsak som kontrafaktisitet, at en hendelse er årsak til et fenomen hvis og bare hvis fenomenet ikke hadde inntruffet dersom hendelsen ikke hadde funnet sted (Tuftte 2013b:346). Ett problem med den kontrafaktiske årsaksforståelsen er at en faktor mister sin kausale virkning hvis andre årsaker inntreffer først. For eksempel svikter den kontrafaktiske logikken i tilfeller der en pasient får medisin mot en dødelig sykdom som kurerer sykdommen, men som samtidig tar livet av pasienten (Tuftte 2013b:347).

Kravet om at årsakene skal være manipulerbare inviterer også til noen kritiske spørsmål. Studier av kjønn eller hudfarge/rase faller bort som «årsaker» siden de ikke kan endres av eksperimentatoren. Men viktigere i et samfunnsforskningsperspektiv er at aktørers egne oppfatninger, ønsker, intensjoner og handlinger ikke teller (Goldthorpe 2001:7). Paradigmet

overser det grunnleggende poeng at mennesker som utsettes for et eksperiment reagerer annerledes enn andre «forskningsobjekter». Mennesker kan handle for å komme tiltak i forkjøpet, også selv om tiltaket ikke blir iverksatt. Et paradoks er innebygget i manipuleringsparadigmet: bare eksperimentatoren tilskrives handlingsevne («agency») og kausal kraft, mens intensjonene og handlingene til de eksperimenterte helt og holdent avskrives, og dermed berøves sin kausale kraft. Å begrense kausalitetsforståelsen kun til årsak som manipulasjon vil derfor stenge for innsikt.

Av slike grunner forkaster enkelte årsak som manipulasjon som årsaksbegrep både for samfunnsvitenskap og for folkehelseforskning (Lieberson 1985:228). Pawson (2006:51) hevder sågar at RCT ikke gir den beste evidensen for å trekke årsaksslutninger når det gjelder sosiale intervensjoner. Det er alltid nødvendig å vite hva som skjer inne i den «svarte boksen» (intervensjonen), herunder hvorfor deltakerne handler som de gjør, for å forstå effektene. Andre mener at manipuleringsparadigmet er fruktbart (sammen med årsak som robust sammenheng), men at de begge trenger et supplement. Goldthorpe (2001) argumenterer for et begrep om «årsak som generativ prosess», som innebærer et tillegg og et korrektiv til de to førstnevnte forståelsene ved at den bidrar med en fortelling: en teori om de mekanismer som frambringer en statistisk sammenheng eller et utfall. Statistisk robust avhengighet og manipulering av en intervensjon sier i seg selv lite eller ingenting om hvilken mekanisme som er den virksomme kraften. Dette er spesielt viktig for manipuleringsparadigmet siden dette har fokus på effektene og henviser årsakene til den «svarte boksen». Også innenfor biomedisinen uttrykkes misnøye med manipuleringsparadigmet, og det tas til orde for mekanismeforklaringer for å forstå hvordan effekter frambringes (Aalen m.fl. 2012). Her er det imidlertid snakk om biologiske mekanismer og ikke sosiale mekanismer relatert til intensjoner og handlinger, som vi drøftet ovenfor.

For å oppsummere: Alle metodiske tilnærminger har begrensninger og svakheter, også «gullstandarden»: det randomiserte, kontrollerte forsøket (RCT). RCT er dessuten ofte ugjennomførbart på folkehelseområdet. Litteraturoversikter viser at resultater fra observasjonsstudier stemmer overens med resultatene fra studier som anvender (kvasi-)eksperimentelle design. Årsak som kontrafaktisitet og manipulasjon, som ligger til grunn for RCT og kvasi-eksperimenter, gir en snever og teoretisk utilfredsstillende forståelse av årsaksbegrepet. Vi trenger også innsikt i de mekanismene som frambringer de observerte effektene. Disse momentene gir ammunisjon til argumentet om å bruke forskningsbasert kunnskap som er frambrakt gjennom et mangfold av metoder. Argumentet for metodemangfold bygger på den erkjennelse at all forskning, uansett metodisk tilnærming, har begrenset gyldighetsområde. Vi er ikke alene om denne erkjennelsen. Tro på at bestemte typer forskning gir den hele og fulle sannhet er omtalt som en «fundamental fallacy» (Milton m.fl. 2011:17).

Kunnskapsnettverket for Verdenskommisjonen for helsens sosiale determinanter argumenterte for en tilnærming basert på nettopp kunnskapsmangfold: «Et mangfold av

kunnskap og viten vil bli viktig. En pluralistisk tilnærming vil derfor være nødvendig» (vår oversettelse) (Kelly m.fl. 2006:8). I en kritisk diskusjon av evidensbasert kunnskap framholder Nutley m.fl. (2013:13,19) at: «All evidens er delvis, provisorisk og betinget og må derfor bli brukt som del av en pågående prosess av evaluering, læring, tilpasning og fornyelse» (vår oversettelse). Shadish, Cook og Campell (2002:28), de kanskje mest fremtredende forsvarerne av RCT som metode, har uttalt: «... Intet eksperiment er fullstendig sikkert ... Blant forskere er troen på eksperimentet som det *eneste* middel for å avgjøre uenigheter om kausalitet på, borte» (vår oversettelse).

3.9 Oppsummering og diskusjon

I dette kapitlet har vi gjort rede for noen viktige begreper og perspektiver som ligger til grunn for det faglige utgangspunktet for rapporten. Vi har beskrevet perspektivet om helsens sosiale determinanter, herunder livsløpsperspektivet, og drøftet noen av de innvendingene som er reist mot dette. Deretter har vi redegjort for den analysemodellen som vi har anlagt for å strukturere framstillingen og for å identifisere mekanismer og hvor i årsakskjedene politikk og intervensjoner kan settes inn. For å sette de kommende kapitlene inn i en samfunnsmessig kontekst har vi også grovtegnet et portrett av det norske samfunnet og pekt på noen styrker, men også noen utfordringer. Sosial ulikhet har naturlig nok vært et omdreiningspunkt i denne framstillingen. Vi har drøftet bidrag fra to sentrale rettferdighetsteoretikere, John Rawls og Amartya Sen. Vår konklusjon er at begge gir støtte til et normativt krav om en jevnere fordeling av helsens sosiale determinanter og dermed helse: Et rettferdig samfunn innebærer mindre sosial ulikhet i helse. Til slutt drøftet vi spørsmålet om hva slags kunnskap vi trenger, spesielt i lys av ulike forståelser av årsaksbegrepet. Konklusjonen er at vi trenger forskningsbasert kunnskap basert på et mangfold av metodiske tilnærminger. For å kunne forklare de årsakssammenhenger og hvorfor noen tiltak virker og andre ikke, trenger vi i tillegg teoretiske innsikter.

4 Å måle og forklare sosiale helseulikheter

4.1 Innledning

Formålet med dette kapittelet er å forklare viktige begreper som sosioøkonomisk posisjon og helse, gjøre leseren kjent med noen av de vanlige statistiske målene på ulikhet, og å gjøre rede for noen av de sentrale teorimodellene som er lansert for å forklare hvordan sosiale ulikheter i helse oppstår og opprettholdes.

4.2 Hvordan måle sosioøkonomisk posisjon?

Sosial ulikhet kan begrepsfestes og måles på ulike måter, som har forskjellige teoretiske utgangspunkt og formål. Som regel benyttes informasjon om yrke, utdanning eller inntekt i slike klassifikasjoner av sosioøkonomisk posisjon. I denne rapporten benytter vi «sosioøkonomisk posisjon» eller «sosial posisjon» som en samlebetegnelse for sosial klasse og sosial status – det vil si kategoriseringer av sosiale lag ut i fra maktrelasjoner, livssjanser eller prestisje/«sosial ære». «Sosial klasse» viser til hvordan materielle, økonomiske, sosiale og psykososiale ressurser er ulikt fordelt etter yrkesposisjon, mens «sosial status» viser til den anseelse, prestisje eller ære som er forbundet med ulike sosiale posisjoner (Goldthorpe 2012). Inntekt og formue kan også sies å betegne sosioøkonomisk posisjon ved at de gir grunnlag for ulikhet i prestisje, materielle omstendigheter, makt og autonomi.

En vesentlig skillelinje innenfor sosiologiens lagdelingsteorier går mellom teorier som springer ut av henholdsvis en marxistisk eller en weberiansk tradisjon (Grusky 1994:14-15; Bartley 2004). Den marxistiske tradisjonen betoner maktrelasjonene og eierskapsforholdene innenfor det kapitalistiske industrisamfunnet som de strukturerende kreftene bak klasseformasjonen. Klassemotsetningen mellom kapitalister (de som eier produksjonsmidlene) og arbeidere (som tilbyr sin arbeidskraft) består i at arbeiderne «utbyttes»: at overskuddet av arbeidet tilfaller kapitalisten og ikke arbeiderne selv. I mer moderne innpakning, som søker å overskride den dualistiske klassestrukturen til Marx gjennom å inkludere middelklassen, innebærer det marxistiske perspektivet at utdanning («credentials») blir vekslet inn på arbeidsmarkedet i mer eller mindre maktutøvende posisjoner (Wright og Wright 1985). Jo mer makt en har over andres arbeid, jo høyere klasseposisjon.

Weberiansk orienterte lagdelingsteorier, på den annen side, definerer en klasse som de som har nærstående markedsposisjoner eller livssjanser, det vil si likt utgangspunkt for å konkurrere om jobber og andre goder (Grusky 1994:15). Weber benyttet også et statusbegrep som handler om individenes subjektive opplevelser av hvem som er ens like. Slike statusgrupper gir opphav til sosial interaksjon (inkludert familieformasjon), solidaritet og felles livsstil. I weberiansk lagdelingsteori klassifiseres yrkesstrukturen etter ulike

dimensjoner, som inntektsnivå, eierskap, jobbtrygghet, muligheter for karriereutvikling, autoritet og kontroll, etc. (Erikson og Goldthorpe 1992). Det er her et viktig skille mellom «service»-kontrakter og arbeiderkontrakter, der de første viser til arbeidsoppgaver som ikke lett lar seg overvåke og kontrollere. De som har slike jobber er tilgodesett høyere lønn, høyere trygghet mot å miste jobben og mer autonomi og autoritet, i bytte mot sin lojalitet. Arbeidstagerne med arbeidskontrakt er derimot lettere å kontrollere og er lettere utskiftbare. De kan derfor tilbys lavere lønn, lavere trygghet og underlegges strengere tids- og kontrollregimer (Bartley 2004:26). Mens neo-marxistisk klasseteori vektlegger utbyttingen som følger av asymmetriske maktrelasjoner er neo-weberiansk teori mer opptatt av arbeidskontrakten og arbeidsforhold som uttrykk for relativ markedsposisjon og livssjanser.

Sosial status, i betydningen prestisje, sosial ære, eller sosial verdsetting kan operasjonaliseres på flere måter. Klassifikasjoner basert på lekfolks rangeringer av ulike yrker eller kombinasjoner av variabler som inntekt og utdanning har vært benyttet i slike forsøk. En slik klassifisering er Treimans yrkesprestisjeskala som baserer seg på hvordan folk flest rangerer yrker etter den prestisje eller den sosiale stilling de mener yrkene har. Disse rangeringene gir opphav til et yrkesprestisjehierarki som viser seg å være bemerkelsesverdig likt på tvers av land og kulturer (Treiman 1994). En annen tilnærming er å studere i hvilken grad individer med ulike yrker omgås hverandre som venner og inngår ekteskap. Det er funnet tydelige klynger av yrkesgrupper som oftere interagerer med hverandre. Disse klyngene lar seg ordne hierarkisk etter hvilke økonomiske og sosiale ressurser yrkene er forbundet med (Bartley 2004). Lignende studier som er gjort i de senere år finner at sosial status er langt fra identisk med klasse (Chan og Goldthorpe 2004, Chan m.fl. 2011).

I valg av indikator for sosioøkonomisk posisjon er det viktig å tenke på at ulike mål betoner ulike dimensjoner ved den sosiale lagdelingen. Delvis er de overlappende, men hvert mål bidrar også med noe eget. Ulike mål bør benyttes avhengig av hvilke mekanismer en mener er sentrale for sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og helse. Valg av indikator kan også være avhengig av hvilken livsfase det er snakk om, og om en er interessert i å klassifisere også de som ikke har et yrke. Inntekt, utdanning og klasse har ulik effekt på ulike helsemål, og har alle en nettoeffekt på helse når de er kontrollert for hverandre (Geyer m.fl. 2006). Under følger en kort oversikt over de vanligste indikatorene, og litt om hvilke mekanismer de kan sies å representere (Galobardes m.fl. 2006).

Yrkesklasse. Som vi så over benyttes yrkesklasse ofte som en indikator på sosial klasse. Yrkesklasse som mål kan sies å fange opp arbeidsrelasjoner, inntektsforskjeller og ferdigheter. Yrkesklasse kan også indikere sosial status. Klasseposisjon antas imidlertid å ha mer vidtrekkende konsekvenser for livssjanser enn for eksempel plassering i inntektsfordelingen alene (Goldthorpe 2012:204). Yrkesklasse kan tenkes å påvirke helsen gjennom materiell levestandard og tilgang på tjenester, sosiale privilegier (for eksempel yrkesbaserte velferdsgoder), tilgang til videreutdanning, psykososiale dimensjoner (som

høyere autonomi og kontroll), og gjennom sosiale nettverk. Sist, men ikke minst viser yrkesklassene til ulike arbeidsmiljøbelastninger.

Utdanning er en hyppig brukt indikator i folkehelseforskningen/ sosialepidemiologien som har weberianske røtter. Utdanning antas å måle blant annet kunnskapstilfang og kognitive ressurser hos en person, og evnen til å oppfatte helseinformasjon. Utdanning henger i tillegg sammen med familiens sosioøkonomiske bakgrunn, og kan i et livsløpsperspektiv betraktes som en indikator som delvis fanger opp sosial posisjon i oppveksten. Utdanning vil også ha en sterk innflytelse på senere yrke og inntekt. I et sosiologisk perspektiv er utdanning å regne som en indikator på sosial status.

Inntekt er først og fremst en «markør» for materielle goder og ressurser, og har en akkumulert effekt over livsløpet: Formue (sammen med inntekt) inkluderer summen av alle finansielle og fysiske ressurser – ikke minst bolig – og gjenspeiler de økonomiske ressursene i sin totalitet, om enn langt fra perfekt. Effekten av inntekt på helse går antakelig gjennom psykososiale stier («pathways») som kronisk stress og følelser som overlegenhet/ underlegenhet, og gjennom mer materielle stier, som muligheten til å kjøpe seg helsebringende goder og tjenester. Inntekt vil også kunne påvirke helserelatert atferd som røyking, fysisk aktivitet og kosthold hvis individuelle valg på disse områdene har en økonomisk komponent. Det vil typisk avhenge av de strukturelle rammene, slik som prisen på tobakk, og kostnadene ved sunn mat sammenlignet med den usunne. I tillegg kommer det faktum at dårlig helse opplagt svekker inntektsmuligheten slik at årsaksretningen også kan være omvendt: dårlig helse gir lavere inntekt. Sent i livsløpet kan formuen tenkes å være en viktigere målestokk på økonomiske ressurser enn inntekten.

Syssesttingsstatus – hvorvidt folk i yrkesaktiv alder er i inntektsgivende arbeid eller ei – henger nært sammen med helse. Det er all grunn til å tro at dette for en stor del skyldes at personer med helseproblemer forlater arbeidsmarkedet, og må klare seg med mindre inntekter enn før, men det er også tegn til at særlig arbeidsløshet er helseskadelig.

Sosioøkonomiske karakteristika ved bostedet kan være andelen fattige, andelen arbeidsløse, andelen sosialhjelpsmottakere eller andelen som mottar uføretrygd. Ulike deprivasjonsindekser som summerer velstand, fattigdom, boligstandard, botetthet, osv. er også blitt utviklet (Galobardes m.fl. 2006). Slike mål kan benyttes i rene aggregerte studier, men også for å undersøke betydningen av sosio-geografiske forhold for individers helse.

En enkel modell for sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og helse

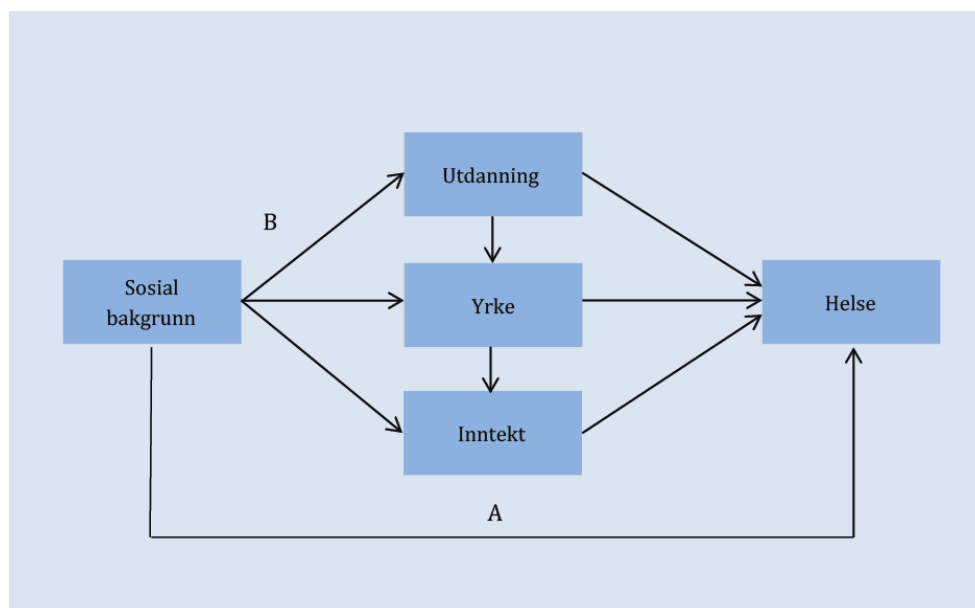
Som antydnet ovenfor kan det være ulike mekanismer som forbinder ulike indikatorer på sosioøkonomisk posisjon med helse. I tillegg vil det typisk være særskilte relasjoner mellom de ulike indikatorene på sosioøkonomisk posisjon som langt på vei bestemmes av når de etableres i tid i et livsløp. Ulike indikatorer på sosioøkonomisk posisjon og helse kan ikke løsrives fra et livsløpsperspektiv når det skal behandles teoretisk.

Nedenfor har vi tegnet opp en enkel modell (figur 4.1) som illustrerer antatte kausalforbindelser mellom ulike indikatorer på sosioøkonomisk posisjon innbyrdes, og hvordan hver av disse – direkte og/ eller indirekte – kan tenkes å påvirke helse i voksen alder. Figur 1 viser først hvordan sosial bakgrunn – det vil si sosioøkonomisk posisjon i oppveksten – virker inn på helsen direkte (kausalt A: gjennom for eksempel fosterlivet og sosialisering og materielle forhold i oppveksten) og indirekte gjennom ens egen ervervede sosioøkonomiske posisjon, her representert ved utdanning, yrke og inntekt (kausalt B).

Siden dette er en enkel kausalmodell *ser vi bevisst bort fra muligheten for at helse i voksen alder kan påvirke for eksempel yrkesdeltakelse og inntekt* (omvendt kausalitet). Det kommer vi tilbake til nedenfor.

Utdanning, yrke og inntekt står i et innbyrdes kausalt forhold, der utdanningsnivået kommer først og påvirker hvilket yrke en får, som igjen påvirker karriere- og inntektsmuligheter. Hver av disse dimensjonene av sosioøkonomisk posisjon har i sin tur en selvstendig effekt på helse, og kan derfor sies å representere ulike kausalmekanismer, i tråd med gjennomgangen over. Senere i dette kapittelet går vi grundig gjennom hvilke mekanismer og forklaringer som kan tenkes inn i (og også utenfor) denne modellen.

Figur 4.1 Teoretiske sammenhenger mellom sosial bakgrunn, egne oppnådde sosioøkonomiske posisjoner og helse.



Et viktig poeng, ikke minst når politiske tiltak for å utjevne gradienten skal vurderes, er at sosioøkonomisk posisjon ikke bare viser til ulik eksponering overfor helseskadelige faktorer (skadelig arbeidsmiljø, økonomisk stress eller røyking): Ulike sosiale posisjoner indikerer også ulik tilgang på kontroll og ressurser som gir motstandskraft mot sykdom, økt mestring av sykdomssituasjonen og raskere rehabilitering. I bunn og grunn er det her snakk om

samspill mellom eksponeringer og ressurser, eller mangel på slike, som gir økt sårbarhet. I den internasjonale litteraturen omtales imidlertid slike ressurser som «resilience» - *motstandskraft*. Slik motstandskraft kan være av psykologisk, materiell eller sosial art, i form av mestring, kunnskap, penger, nettverk, eller offentlige stønader og velferdstjenester. En kan også skille mellom kompensatorisk, beskyttende og «vaksinerende» motstandskraft (Bartley m.fl. 2010).³ Den kompensatoriske motstandskraften handler om hvordan akkumulasjonen av ulike ressurser forbedrer eller holder helsen god, uavhengig av hvilken risiko en står ovenfor. Den beskyttende motstandskraften er hvordan visse ressurser demper effekten av spesifikke risikofaktorer. «Vaksinerende» motstandskraft handler om at lav eller moderat eksponering overfor helserisikoer kan styrke helsen. Det vil si at sammenhengen mellom gitte eksponeringer og helse kan være kurvelineær, der «små doser» gjør helsen sterkere, mens «store doser» kan være skadelig.

Faktaboks 4.1 Hvordan beregne sosial helseulikheter statistisk?

Det finnes mange forskjellige statistiske teknikker for å måle helseulikheter mellom sosioøkonomiske grupper. Her har vi plukket ut noen som vi mener er sentrale, og som går igjen i de forskningsresultatene som vi presenterer. De ulike målene har sine styrker og svakheter, og ofte vil man måtte benytte flere mål for å få et nyansert bilde. Valg av mål vil også naturligvis avhenge av nøyaktig hva det er en ønsker å finne ut: en tallmessig forskjell mellom to ytterpunkter eller ulikhet på tvers av hele den sosioøkonomiske fordelingen, absolutte eller relative forskjeller, eller endringer over tid eller innen ulike grupper. Det finnes gode oppsummeringer om dette emnet som den interesserte leser henvises til for ytterligere utgreiing (Carr-Hill og Chalmers-Dixon 2005, O'Donnel m.fl. 2008, Munoz-Arroyo og Sutton 2007, Regidor 2004a, 2004b). Her redegjør vi kun for de ulikhetsmål som er brukt i denne rapporten.

Et viktig skille går mellom absolutte og relative ulikheter (se redegjørelsen om RD og RR nedenfor). Skillet er matematisk, men har også klare folkehelsepolitiske implikasjoner. Det er langt på vei allment akseptert at for folkehelsepolitiske formål er det absolutte forskjeller som teller. En dobling av en liten risiko kan være trivielt for folkehelsen, men likevel interessant for forskere, mens en dobling av en stor risiko kan være katastrofalt for folkehelsen (Rose 2008:54-55). Dette illustreres nedenfor. Relative forskjeller kan øke selv om absolutte forskjeller minker, slik tilfellet har vært for utviklingen av røykefrekvensen i ulike utdanningsgrupper i Norge de siste årene, og som vi har vist i kapittelet om helsevaner. I denne forskningsrapporten forholder vi oss hovedsakelig til foreliggende kunnskap og omtaler derfor både relative og absolutte forskjeller i helse.

Risikodifferanse (RD)

Risikodifferansen er et uttrykk for absolutte forskjeller mellom to grupper i et bestemt helseutfall. Den er simpelthen risikoen (målt i prosentandeler eller andre rater, eller indekspoeng på et samlemål) i én gruppe minus risikoen i en annen gruppe (Regidor 2004b:900). Hvis dødelighetsraten per 1000 personer er 50 for de med lavest

³ Compensatory, protective and challenge models (Bartley m.fl. 2010).

sosioøkonomisk status og 20 for de med høyest, er risikodifferansen på 30 per 1000. Fordelen med RD er at forskjellen vil kunne sammenlignes uavhengig av hvor man er på skalaen: om ratene var henholdsvis 200 og 170 er likevel overdødeligheten på 30 per 1000 i den laveste sosioøkonomiske klassen.

Relativ risiko (RR)

Det kan innvendes at en overdødelighet på 30 per 1000 må ses i sammenheng med nivået på dødeligheten, siden en forskjell på 30 ikke nødvendigvis er en stor forskjell hvis dødeligheten er veldig høy i begge gruppene. Dette kan en oppnå ved å bruke et relativt mål, det vil si at raten i den ene gruppen divideres på raten i den andre gruppen (Regidor 2004b:900). I det første eksempelet over er den relative ulikheten 2,5, mens i det andre eksempelet er den 1,18. Ut i fra relative risiko kan vi si at det i det første eksempelet foreligger en større sosial ulikhet, selv om begge er like betydningsfulle i absolutte tall (overdødeligheten er 30 per 1000 i begge tilfeller).

Samtidig kan små relative forskjeller skjule høye absolutte dødelighetsforskjeller i befolkningen. En annen måte å se dette i sammenheng på er å undersøke hvor mange dødsfall som kunne vært unngått i det hypotetiske tilfellet at alle samfunnslag hadde samme dødsrater som de med den mest fordelaktige sosiale posisjonen (Regidor 2004b:900-1). Et eksempel: Den relative overdødeligheten blant lavt utdannede av infeksjonssykdommer og karsykdommer i hjernen er begge forholdsvis lave og like (begge omtrent 2,4) (se tabell 2, kapittel 5), mens det absolutte antall døde som kunne vært unngått dersom alle hadde samme risiko som høyutdanningsgruppen er nesten seks ganger så høyt for den sistnevnte dødsårsaken (1267 versus 219).

Odds ratio (OR)

Odds er sannsynligheten for at en hendelse skal inntreffe dividert på sannsynligheten for at den ikke inntreffer. Om for eksempel sannsynligheten for å rapportere dårlig helse er 0,30 vil sannsynligheten for å rapportere god helse være 0,70 ($1 - 0,30$). Odds for å rapportere dårlig helse er da 0,43 ($0,30/0,70$). Odds ratio er odds for en gruppe dividert med odds for en sammenligningsgruppe. Om odds for de med lav utdanning var den vi nettopp fant, mens den for de som har høy utdanning er 0,18, er odds ratioen 2,4 ($0,43/0,18$). En odds-ratio kan grovt sett tolkes som en relativ risiko.

Ulempen med målene vi har presentert så lang er at nivået på ulikhetene blir avhengig av valg av referansegruppe, og at informasjon om helsen til gruppene mellom ytterpunktene ikke enkelt kan summeres. Et annet problem er at de ikke tar høyde for størrelsen på gruppene som sammenlignes, kun deres gjennomsnittlige helse. Det gjør at disse målenes anvendelse når det gjelder sammenligninger over tid og på tvers av land (eller andre grupperinger) blir svekket. De to målene nedenfor er konstruert for å bøte på disse problemene.

Slope index of inequality (SII)

Dette målet på absolutte forskjeller tar høyde for størrelsen på de sosioøkonomiske gruppene ved at de vektet etter hvor stor andel av den totale befolkningen de utgjør. På bakgrunn av denne vektingen konstrueres en ny variabel – en indeks – som går fra 0-1. Om vi har en fordeling der 15 prosent har høy utdanning, 45 prosent har middels

utdanning og 40 prosent har lav utdanning vil skåren for hver gruppe på indeksen være midtpunktet mellom hver gruppe i den kumulative fordelingen etter denne formelen: Andel med lavere enn gjeldene utdanningsnivå + halvparten av andelen med gjeldene utdanningsnivå. Den laveste gruppen vil da få skåren 0,075 ($0 + 15/2$), den neste 0,375 ($15+45/2$), og den høyeste 0,80 ($60+40/2$).

Analysert i en lineær regresjonsmodell vil koeffisienten til indeksen kunne fortolkes som absolutt ulikhet i helse mellom et hypotetisk 0-punkt og et hypotetisk 1-punkt, justert for størrelsen på alle gruppene som inngår i indeksen (Regidor 2004b:902). («Hypotetisk» fordi ingen enheter i utvalget vil ha verdiene 1 eller 0, men spre seg ut derimellom i en hierarkisk orden og etter størrelse).

Relative index of inequality (RII)

Dette målet bygger på SII og kan regnes ut ved å dele koeffisienten for SII på gjennomsnittlig helse i befolkningen eller andelen med dårlig helse. Alternativt kan man dividere konstantleddet (a) fra regresjonsmodellen med summen av konstantleddet og koeffisienten (b) for SII ($a/(b+a)$). I logistisk regresjon får man RII rett og slett ved å ta eksponenten av koeffisienten for SII ($\exp(b)$).

Fordelen med RII og SII er at de tillater sammenligninger over tid, bruker informasjon fra hele gradienten og tar høyde for de ulike gruppenes størrelse. Ulempen med målene er at de krever en hierarkisk ordning langs den sosioøkonomiske variabelen, og at de antar at sammenhengen mellom hvert sosioøkonomiske nivå og helse er lineær.

4.3 Hva er helse?

Helse er et komplekst begrep. En kjent definisjon av helse ble formulert av Verdens helseorganisasjon (WHO) i 1948. WHO forstår helse som fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare som fravær av sykdom og lyte. Dette kan karakteriseres som en positiv og holistisk sykdomsmodell som går langt videre enn den biomedisinske modellen. Det har vært reist kritikk mot den altomfattende ambisjonen som ligger i WHO's helsebegrep blant annet fordi svært mye gjennom definisjonen inkluderes i medisinsens tema. Dessuten blandes helse sammen med flere av sine determinanter. På den annen side er WHO sin utvidelse av helsebegrepet i tråd med moderne sosialmedisinsk tenking, og ikke minst med legfolks oppfatninger av hva helse er (Blaxter 1990).

Empiriske undersøkelser har vist at legfolk framhever helsebegrepets mangesidighet. Folk flest oppfatter helse som langt mer enn fravær av sykdom og plager og framhever positive aspekter som energi, lykke og velvære – altså positive aspekter som ligger tett opp til WHO's sykdomsforståelse. Et annet aspekt som betones er at god helse er å kunne gjøre ting og å ha god funksjonsevne. Endelig trekkes både subjektive og objektive sider ved helsen frem. Leg-oppfatninger omfatter både en biomedisinsk helseforståelse og en subjektiv dimensjon som inkluderer symptomer og følelser (Blaxter 1990). Den såkalte helsetriaden er en nyttig analytisk inndeling av helsefenomenet som også tar opp i seg flere av de aspekter ved helse

som legfolk trekker frem. I denne inndelingen har helse tre sentrale dimensjoner: sykdom i biomedisinsk forstand (disease) betegner forstyrrelse i fysiologiske prosesser i kroppens organer og som i siste instans kan ende med døden; sykdom i psykologisk forstand (illness) dreier seg om subjektive tilstander av smerte, plager og symptomer; sykdom i sosial forstand (sickness) knytter an til evnen til å fylle sosiale roller og til å utføre forventede sosiale aktiviteter. Eksempler på sickness er sykefravær og uførhet (Nordby m.fl. 2011). Et viktig poeng er at disse tre dimensjonene overlapper hverandre, men at graden av overlapping varierer mellom mennesker, i rom og over tid. Siden helse er et flerdimensjonalt fenomen, er det fullt mulig at dødeligheten synker i et land samtidig som sykefraværet øker, for eksempel.

Verdens helseorganisasjon har utarbeidet et omfattende klassifikasjonssystem for å fange opp kompleksiteten og flerdimensjonaliteten i helsebegrepet og funksjonsevnebegrepet: «The International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF). ICF har utviklet indikatorer på kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer, på aktivitet og deltakelse, og på omgivelsesfaktorer. ICF reflekterer på denne måten at helse og funksjonsevne er resultatet av et samspill mellom faktorer på alle nivåer: det individuelle, det sosiale, og det miljømessige nivået (WHO 2014).

I denne kunnskapsoppsummeringen er vi henvist til å klare oss med de helseindikatorer som er i bruk i den foreliggende empiriske helseforskningen. Vi vil her ikke binde oss til en eller flere definisjoner men heller innta en pragmatisk holdning. Et gjennomgående empirisk funn, som vil bli presentert i kapittel 5 (dog med enkelte unntak), er at sosial ulikhet trer frem i forekomsten av en lang rekke helseproblemer. Dette er bakgrunnen for å rette oppmerksomheten mot sosial ulikhet og folks plassering i lagdelingsstrukturen, slik vi gjør i denne rapporten. Vekten legges på sosial ulikhet og de sosiale bestemmelsesfaktorene (determinantene) fordi posisjon i den sosiale strukturen gir opphav til en rekke sykdomstilstander, helseplager og dødsfall av ulike årsaker. En utjevning av de sosiale determinantene må forventes å ha en utjevneende virkning på en lang rekke sykdommer og helseproblemer. Analysene vil altså i hovedsak være fokusert på sosial posisjon, og ikke ulike grupper av sykdommer som for eksempel hjerte- og karsykdom, kreft, eller muskel- og skjelettlidelser slik en ofte kan finne i folkehelse rapporter.

4.4 Forklaringer av helseulikheter

Vi kan skille mellom flere forklaringsmodeller for sosiale helseulikheter. Tidligere fremstillinger av disse har skilt mellom forklaringer som vi her grupperer i tre overordnede kategorier: årsaksforklaringer, alternative kausalmodeller, og integrerende perspektiver (Townsend og Davidson 1988, Elstad 2000, 2005, Bartley 2004). Den første typen tar utgangspunkt i det tradisjonelle SDH-perspektivet: at sosial posisjon påvirker helse. Den andre typen innbefatter perspektiver som betoner effekten av bakenforliggende forhold (for eksempel i oppveksten) og/ eller at helse påvirker sosial posisjon. Vi kaller disse alternative årsaksmodeller fordi slike årsaksforhold nødvendigvis også involverer sosiale prosesser, slik

vi argumenterte for i kapittel 3. Den siste typen forklaringer utvider og forener ulike perspektiver i mer komplekse modeller som trekker inn konteksten på ulikt vis; sosio-geografisk kontekst (rom), sosiale prosesser, og livsløpet (tid). I oversikten nedenfor er de ulike forklaringene presentert. Kritikk av og støtte til de ulike forklaringsmodellene er det ikke rom for å diskutere i dette avsnittet.⁴

Årsaksforklaringer

Sosiale årsaksforklaringer (SDH-perspektivet) har vært de dominerende forklaringsmodellene innenfor helseulikhetsforskningen. De viktigste årsaksforklaringene er materielle forklaringer, forklaringer som tar utgangspunkt i helserelatert atferd, psykososiale forklaringer og fundamentale årsaker. Disse blir presentert nedenfor.

Materielle forklaringer

Et materielt perspektiv tar utgangspunkt i individet som en biologisk organisme og hvordan det utsettes for biologiske, kjemiske og fysiske belastninger i sine materielle omgivelser på jobb, hjemme og i sitt nærmiljø. Tilgangen på basisressurser slik som vann, varme, hvile og adekvat næring er viktig innenfor et slikt perspektiv. I tillegg spiller de videre materielle og fysiske omgivelsene en rolle, slik som utsatthet for fukt, dårlig luftkvalitet eller dårlige sanitærforhold i hjemmet; eksponering for giftige gasser, temperatursvingninger, vibrasjoner, tunge løft, ubehagelige arbeidsstillinger eller repeterende bevegelser på arbeidsplassen; og luftforurensing, støy, manglende trafiksikkerhet og rekreasjonsmuligheter i nærområdene. Den sosiale fordelingen av de materielle faktorene anses å være bestemt av den sosiale strukturen, og individene har begrensede muligheter til å endre disse betingelsene.

Med utbyggingen av velferdsstaten, den økonomiske veksten etter krigen, og overgangen til et postindustrielt samfunn kan det materielle perspektivet virke utdatert (van der Wel og Dahl 2009). Velstandsnivået i samfunnet er blitt så høyt at knapt noen i Norge ufrivillig opplever vedvarende absolutt fattigdom. Samtidig har mange av de mest belastende industriarbeiderjobbene blitt flyttet ut av landet eller blitt erstattet av maskiner. Likevel viser studier av sosiale ulikheter i fysiske arbeidsmiljøbelastninger at det materielle perspektivet nok har en viss betydning også i dag (se kapittel 9). Enkelte materielle goder slik som det å ha råd til private helsetjenester, vaskehjelp og barnehjelp kan også tenkes å ha innvirkning på sosiale helseulikheter. Dessuten kan det materielle tenkes å påvirke helsen også via psykososiale mekanismer (se nedenfor)⁵, noe som gjør et rigid skille mellom disse to forklaringene kunstig (Kawachi m.fl. 2002:649).

⁴Kun 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-teorier-og-forklaringer/Sider/default.aspx>

⁵Dette framkommer også i klassiske beskrivelser innenfor det materielle perspektivet, slik som hos Friedrich Engels «The conditions of the working-class in England in 1844» (se van der Wel og Dahl 2009:267-268).

Helseatferdsforklaringen

Som en følge av endringer i sykdomspanoramaet – at hjerte- og karsykdommer og kreft erstattet tidligere tiders infeksjonssykdommer som viktigste dødsårsaker, og at årsakene til disse etter krigen ble overbevisende knyttet til livsstilsfaktorer som røyking, kosthold, fysisk aktivitet og alkohol- og rusbruk – økte interessen for helseatferd som en forklaring på sosial ulikhet i helse. Medvirkende til denne interessen var nok også at den materielle forklaringen virket utilstrekkelig som forklaring av helsegradienten som sådan (Bartley 2004:97, Elstad 2005:24): Hvis det å få tilfredsstilt fysiologiske basisbehov er det viktigste, hvorfor er det helseforskjeller mellom de rikeste og de nesten-rikeste, og hvorfor består helseulikhetene til tross for store forbedringer i velstanden?

Helseatferds-forklaringen hevder at helsegradienten skyldes at folk fra ulike sosiale lag har ulik livsstil og gjør ulike helse-relaterte valg, og at disse forskjellene preger hele det sosiale hierarkiet. Det finnes imidlertid ulike versjoner av denne typen forklaring alt ettersom hva man mener årsaken til forskjellene i helseatferd er. En *sosiokulturell forståelse* (Bourdieu 1984) av sosiale ulikheter i helseatferd vil ta utgangspunkt i at en stor del av atferden er formet av den sosiale strukturen. En spesifikk sosial posisjon i det sosiale feltet vil være preget av særegne kulturelt bestemte disposisjoner (hva som ses som «passende» og hva som er sedvane) og tilbøyeligheter (smak og behag). Disse disposisjonene og tilbøyelighetene («habitus») vil prege personers atferd på en oftest selvfølgelig og ureflektert måte: De blir tatt for gitt. Et element av «gruppepress» kan det nok også være til stede, ettersom det å etterleve sosiale normer i sitt miljø er viktig for å oppnå tilhørighet, og for å unngå sosiale sanksjoner og utstøting (Elstad 2005:28). Samtidig benytter ulike sosial lag også forbruk og aktiviteter som redskaper for å skille seg fra andre sosiale lag. Denne klassemarkerende adferden kan være helserelatert, enten det er høyt alkoholforbruk eller deltakelse i tid- og ressurskrevende idrettsaktiviteter. Motreaksjoner, slik som å røyke «på trass», kan fortolkes som en klassekamp om verdien av helse og helseatferd som sosiale statusmarkører. Vi diskuterer flere forklaringer på sosiale forskjeller i helseatferd i kapittelet om helsevaner.

Psykososiale forklaringer

Forklaringene som er presentert så langt har det felles at den etiologiske mekanismen er hvordan kroppen som organisme reagerer på stimuli (for eksempel trening) og eksponering i miljøet (mat, luft, vann, ulykkesrisiko, etc.) rent fysiologisk. Psykososiale forklaringer av helseulikheter har et annet utgangspunkt, nemlig at subjektive opplevelser, tanker og følelser kan påvirke kroppen. Vår oppfattelse av egen posisjon i det sosiale hierarkiet og graden av mindreverdighet eller overlegenhet knyttet til denne, samt eksponering overfor stressende livshendelser (slik som vold, bli etterforsket for kriminalitet, skilsmisser, etc.) og livsomstendigheter (kronisk fattigdom, langvarige konflikter, arbeidsledighet, etc.), tenkes å virke inn på sykdomsprosesser. Ettersom slike faktorer, så vel som viktige psykososiale ressurser for å kunne håndtere dem - *kontroll, mestring og sosial støtte* - er sosialt skjevfordelt vil de kunne påvirke helseulikhetene i samfunnet.

Den viktigste mekanismen innenfor dette perspektivet er stress. For det første kan stressfaktorer påvirke den psykiske helsen og føre til lidelser som angst og depresjon. Videre kan stress lede til kortsiktig eller voldsom atferd og overforbruk av usunn mat og rusmidler, med de konsekvenser det kan ha for helsen. Dette blir en *indirekte modell*. Men stress kan også påvirke risikoen for somatiske sykdommer *direkte*, hevdes det innenfor denne forklaringen. Varig eller gjentakende stress kan redusere kroppens evne til å balansere stresshormonene adrenalin og kortisol i kroppen. I vår «evolusjonære fortid» ville naturlige reaksjoner på stress og kriser – å flykte eller kjempe – stabilisert nivåene og effektene av disse hormonene (Bartley 2004:83). I dag, stilt ovenfor gjeldskrav, trafikk-korker eller forbrukspress har vi sjelden samme muligheter til å reagere med intense fysiske anstrengelser. Hyppig utskilling av adrenalin kan da lede til et varig forhøyet blodtrykk, mens varig eller gjentatt utskilling av kortisol, som blant annet frigjør lagret energi fra fettlagrene, kan lede til hjerte- og karlidelser.

Fundamentale årsaker

Slik det fremkommer av presentasjonen over er det uunngåelig flytende overganger mellom de ulike forklaringene. En hovedmekanisme i en forklaring er ofte innlemmet som en indirekte mekanisme i en annen forklaringsmodell. Videre er det overveiende sannsynlig at det relative bidraget til helseulikhetene av de ulike forklaringsmodellene vil variere mellom samfunn og over tid. Men det som ser ut til å stå fast er at helsen er systematisk knyttet til sosial posisjon. Dette, og at sosioøkonomisk posisjon henger sammen med helse gjennom mange ulike mekanismer og sykdommer, har ledet forskere til den innsikt at selve ulikhetsstrukturen og den systematiske skjevfordelingen av ressurser må betraktes som en fundamental eller grunnleggende årsak (Link og Phelan 1995, Freese og Lutfey 2011).

Sentrale ressurser som henger sammen med ulikheter i samfunnet, som kunnskap, penger, makt, prestisje og gunstige sosiale nettverk, gjør at individer høyere opp i det sosiale hierarkiet har større muligheter til å unngå helserisikoer, samt til å tilpasse og beskytte seg (Phelan m.fl. 2010:29). En tolkning av dette perspektivet er at siden ressurser alltid vil være ulikt fordelt i et lagdelt samfunn, er det forsvinnende lite vi kan gjøre for å redusere sosial ulikhet i helse: De ressurssterke vil alltid ha et helsemessig forsprang. En mer rimelig tolkning er imidlertid at omfordeling av de relevante ressursene på sikt også vil svekke reproduksjonen av helseulikheter. Dessuten kan en tenke seg intervensjoner som motvirker de mekanismene som teorien peker på, for eksempel universelle tiltak som når alle og som bidrar til å svekke forbindelsen mellom individuelle ressurser, eksempelvis inntekt og kunnskap, og sykdomsrisiko og helseutfall, for eksempel gratis, eller sterkt subsidierte velferdstjenester (Elstad 2012b).

Alternative kausalmodeller

Slik vi har vært inne på i kapittel 3 er det etablerte SDH-perspektivet utfordret fra flere hold (se for eksempel Mackenbach 2005, 2010). Den underliggende tankegangen er at individuelle egenskaper (gener, personlighetstrekk, helse og sykdom tidlig i livet) direkte

og/eller indirekte påvirker sosial mobilitet og dermed helse og sosial posisjon i voksen alder. En snakker derfor gjerne om omvendt kausalitet og seleksjon. I dette avsnittet skal vi drøfte disse bidragene nærmere og vurdere deres teoretiske status og empiriske støtte.

Omvendt kausalitet – direkte seleksjon

Denne forklaringen er ganske veletablert innenfor helseulikhetsfeltet (West 1991), og går ut på at det ikke er sosial posisjon som påvirker helsen, men helsen som påvirker sosial posisjon. En kan tenke seg at personer med dårlig helse har dårligere forutsetninger for å gjøre det bra i utdanningssystemet og i arbeidslivet, eller at folk med kroniske sykdommer eller funksjonshemminger blir systematisk diskriminert innenfor disse arenaene, og dermed blir gitt færre muligheter enn andre til å gjøre det bra, og oppnår derfor lavere inntekter. På samme vis kan en tenke seg at personer med ekstra god helse og mye energi vil gjøre det særlig godt innen utdanning og arbeidsliv, og bli tilsvarende rikere premiert når det gjelder status og inntekt. Om det er slik, vil folk med dårlig helse bevege seg nedover i det sosiale hierarkiet, mens folk med god helse vil kunne bevege seg oppover. Dette fenomenet benevnes gjerne som «direkte seleksjon». Mens forskning tyder på at slik seleksjon eller helserelatert sosial mobilitet forekommer, særlig når det gjelder mobilitet ut av arbeidslivet, tyder forskningen også på at bidraget til helseulikheter etter klasse og utdanning som følge av slik direkte seleksjon er lite (Mackenbach 2005:269, Dahl og Elstad 2009:261).

Indirekte seleksjon

Denne forklaringen hevder at seleksjonen til ulike sosiale lag foregår etter individuelle *hersedeterminanter* snarere enn etter helsen i seg selv. Her er det ikke snakk om sosiale determinanter, men heller trekk ved individenes personlighet. Typiske slike determinanter er kognitive evner, mestringsevne, kontroll og personlighetstype (Mackenbach 2005:269). I prinsippet kan slike faktorer være formet av sosiale forhold i svangerskapet eller i tidlige leveår, men interessen for genenes betydning (i samspill med hverandre og med sosiale forhold) har vært økende (se egen diskusjon av dette nedenfor). Tanken er at for eksempel spesielle personlighetstrekk (Nabi m.fl. 2008, Chapman m.fl. 2010), slik som å være samvittighetsfull, å ha «evne til utsatt behovstilfredsstillelse», eller intelligens, påvirker suksessen en har i utdanningssystemet og i arbeidslivet, og dermed den sosioøkonomiske posisjonen en oppnår. Den samme bakenforliggende faktoren gir også ulike disposisjoner for valg av livsstil og handlinger som påvirker helsen, slik som tilbøyeligheten til å spise usunt, oppsøke helsehjelp, ruse seg, ta risiko eller være voldelig. Et bestemt personlighetstrekk eller lav intelligens vil da kunne lede både til lav sosioøkonomisk status og dårlig helse, mens andre personlighetstrekk eller høyere intelligens vil kunne lede til høyere sosioøkonomisk status og bedre helse, og på den måten «forklare» den observerte sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og helse.

Det er imidlertid uklart hvorvidt høyere sosial mobilitet vil lede til at slike faktorer blir *mindre viktig* for helseulikheter fordi den genetiske variasjonen blir mindre isolert i bestemte samfunns lag når folk med ulik bakgrunn stifter familie, eller *mer viktig* hvis den sosiale

mobiliteten er direkte genetiske disposisjoner. Som vi drøftet i kapittel 3, er prosesser knyttet til direkte og indirekte seleksjon påvirket av sosiale føringer og mekanismer, men av en noe annen art enn dem som fremheves i de tradisjonelle årsaksforklaringene som har vært fremmet.

Det antas ofte at helserelatert sosial mobilitet kan forklare, helt eller delvis, den observerte sosiale ulikheten i helse blant voksne. Funn som viser at dårlig helse i barndommen svekker utdanningsmulighetene, og dermed yrkes- og inntektsmuligheter senere i livet tas for eksempel til inntekt for en slik forklaring (Deaton 2011:16). Det er imidlertid forhastet å trekke slike slutninger. Helserelatert sosial mobilitet kan like gjerne bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Det kan skje direkte gjennom den såkalte «sunne arbeidereffekten». Dette uttrykket betegner at yrkesaktive i hardt belastende yrker, ofte lavstatusyrker, vil forlate yrket og kanskje yrkeslivet for godt, fordi arbeidet sliter på kropp og sjel og setter helsen i fare. Kun de som tåler belastningen er i stand til å stå i yrket over tid. Denne typen sosial mobilitet vil dermed bidra til å undervurdere de helseskadelige eksponeringene og skape et inntrykk av mindre ulikheter mellom yrker og sosiale klasser enn det er grunnlag for. Det er også fullt mulig at helserelatert sosial mobilitet mellom yrker og yrkesklasser bidrar til å begrense ulikhet i helse. Dette var antatt å skje dersom personer som beveger seg oppover i det sosioøkonomiske hierarkiet har dårligere helse enn dem de slutter seg til, mens personer som beveger seg nedover har bedre helse enn dem de ender opp hos.

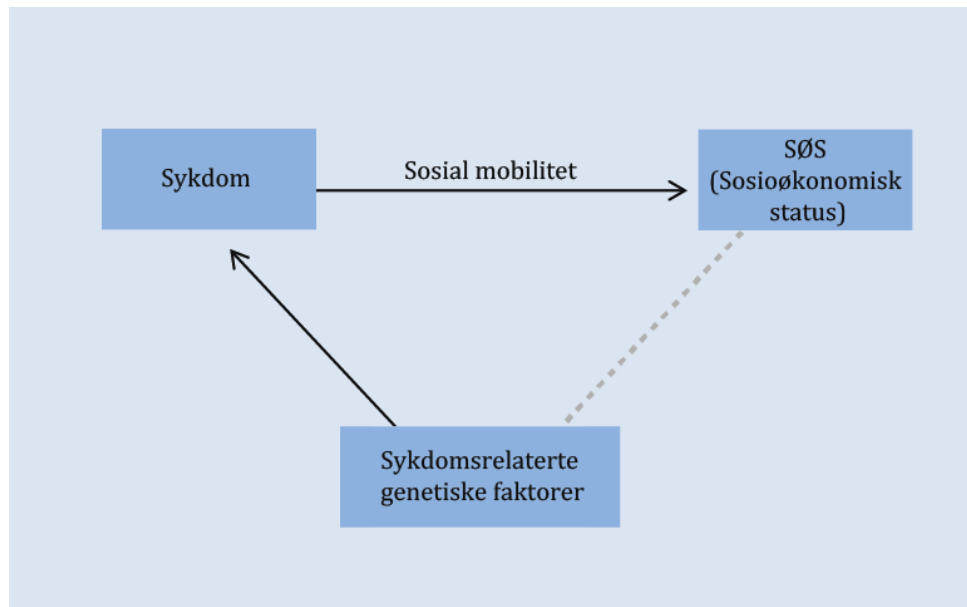
Noen empiriske undersøkelser har også funnet støtte for at sosial mobilitet bidrar til å begrense ulikhet i helse (Blane m.fl. 1999). Elstad (2001) har ved hjelp av simuleringer vist at hvorvidt sosial mobilitet øker eller minker ulikhet i helse avhenger av tre parametere: hvor mye sosial mobilitet det er i samfunnet, hvor store ulikhetene i helse er i utgangspunktet, og hvor sterkt den sosiale mobiliteten er knyttet til helse. Helserelatert sosial mobilitet vil kunne øke ulikhetene i helse dersom det er høy mobilitet, små helseforskjeller i utgangspunktet, og sterk grad av selektivitet i mobilitetsprosessen. I motsatt fall vil sosial mobilitet bidra til å redusere ulikhet i helse. Hovedpoenget er at det ikke er nok å dokumentere at helserelatert sosial mobilitet finner sted. Det må også påvises empirisk med hvilken styrke og i hvilken retning mobiliteten påvirker den observerte ulikheten i helse.

Er sosiale helseulikheter skrevet i genene?

Arvbarhetsforskningen (tvillingforskning og adopsjonsstudier for eksempel) finner at arvbarheten «forklarer» en stor del av individuell variasjon i mange menneskelige trekk og egenskaper. Arvbarheten av intelligens er for eksempel anslått til å ligge mellom 0.4 og 0.8 (Nisbett m.fl. 2012:132). Denne forskningen antyder at *genene* kan spille en viktig rolle også for sosial ulikhet i helse (Mackenbach 2005), som i så fall utfordrer sosial determinantspektivet. Vi presenterer her kort resultater av forskning som har sett på dette spørsmålet og spesielt resultater av relevante studier av det menneskelige genom, såkalte Genome-Wide Association Studies («GWAS»). Redegjørelsen er basert på en underlagsrapport som Børge Schmidt har utarbeidet for prosjektet (Schmidt 2013).

Gener kan påvirke sosial ulikhet i helse gjennom direkte og/eller indirekte effekter. En antatt direkte genetisk effekt kan gå gjennom sykdom og videre på sosial posisjon gjennom sosial mobilitet, som illustrert i figur 4.2 nedenfor. En indirekte effekt innebærer en antakelse om at genene påvirker individuelle karaktertrekk som påvirker både sykdom og sosial posisjon (se figur 4.3). I dette tilfelle er sammenhengen mellom helse og sosial posisjon forklart, «konfundert», av en bakenforliggende tredjevariabel, nemlig gener.

Figur 4.2 Direkte genetisk effekt på sosial ulikhet i helse.



Kilde: Schmidt 2013, figur 3.

Figur 4.2 impliserer at i den grad gener forårsaker en sykdom som i sin tur fører til nedadgående sosial mobilitet, representerer de en forklaring på lav sosial posisjon og dermed på sosial ulikhet i helse. Vi ser at dette er en variant av det vi ovenfor omtalte som omvendt kausalitet, eller seleksjonsforklaringen.

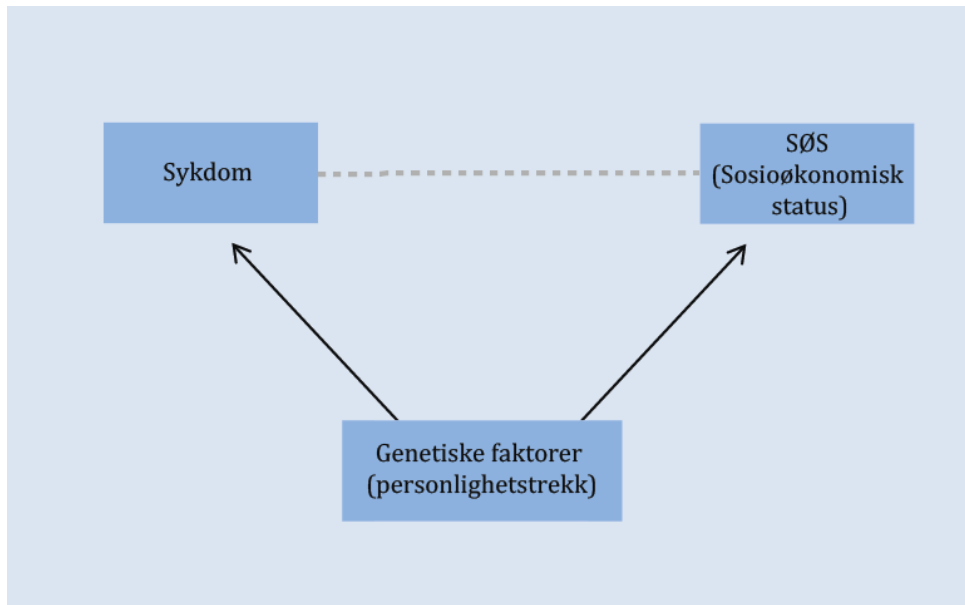
Det er imidlertid ikke holdepunkter for at gener er en viktig mekanisme for å forklare ulikhet i hyppig forekommende sykdommer og dødsårsaker i vestlige land. Vi ser bort fra sjeldne sykdommer som skyldes enkeltgener. Begrunnelsen for denne konklusjonen er som følger:

- De få studier som er gjort av risikogener for ulike typer folkesykdommer finner ingen sammenheng med sosioøkonomisk status.
- Flere empiriske studier viser at manifeste sykdommer ikke påvirker sosioøkonomisk status over generasjoner fordi komplekse folkesykdommer først opptrer i voksen alder.
- Akkumulasjon av sykdomsrelaterte genetiske kombinasjoner (såkalte alleller) må skje over flere generasjoner, og denne akkumulasjonen må foregå i en sosial struktur der individer med sykdomsgener forblir i lavere sosiale lag mens individer uten slike gener forblir i de høyere lagene. Ingen vestlige land har hatt en slik lukket sosial

struktur over de siste generasjoner. Høy oppadgående sosial mobilitet fører snarere til en utjevning/utvanning av sykdomsgener for komplekse sykdommer.

Relevant forskning, og forskning basert på GWAS gir dermed liten eller ingen støtte til hypotesen om en direkte effekt av gener på sosiale ulikheter i helse.

Figur 4.3 Indirekte genetisk effekt på sosial ulikhet i helse.



Kilde: Schmidt 2013, figur 4.

Figur 4.3 anskueliggjør at personlighetstrekk har et genetisk grunnlag og at de samme trekkene forårsaker både sykdom, for eksempel gjennom helseskadelig atferd (pil mot sykdom), og sosial posisjon for eksempel utdanning (pil mot SØS). Slike faktorer, som begynner sitt virke tidlig i livet, kan omfatte intelligens, personlighetstrekk, spisevaner, mestringsstrategier og kroppshøyde. Denne antakelsen om en indirekte effekt er regnet som mer plausibel enn tesen om en direkte effekt (Mackenbach 2005).

Det finnes GWAS undersøkelser av hvordan gener påvirker personlighet, kognitive ferdigheter/ intelligens, entreprenørskap, og utdanning. Ingen av disse viser noen robuste sammenhenger (Schmidt 2013:10,18). GWAS- studier av alvorlig psykiske lidelser, eller av komplekse somatiske sykdommer, rapporterer heller ikke om robuste funn (Schmidt 2013:18).

Hypotesen om indirekte effekter av gener på sosial ulikhet i helse får derfor liten eller ingen støtte i genforskningen så langt.

Den sammenfattende konklusjonen basert på nyere genforskning (GWAS) er at gener ikke kan forklare eksistensen av sosial ulikhet i helse, i den forstand at gener ervervet ved fødselen forutsier framtidig sosial posisjon, relevant atferd og sykdom.

Men hvordan har det seg at arvbarhetsstudiene nevnt over ofte finner en høy grad av arvbarhet for mange sykdommer og personlighetstrekk? Diskrepansen mellom resultatene fra arvbarhetsforskningen og GWAS har gitt opphav til en debatt om den manglende arvbarheten (Elstad 2014). Én logisk forklaring er at spesifikke gener for de trekk som studeres ikke finns. En slik tolkning innebærer at det settes et stort spørsmålstegn ved de forskningsmetodene som har frambrakt de høye arvbarhetsestimater, for eksempel tvillingstudier (Joseph 2012:67,70, Elstad 2014). En annen forklaring kan være at diskrepansen skyldes at teknologien som benyttes i GWAS- studiene kun identifiserer kromosom-markører for gener og ikke de egentlige genene. I tråd med dette fremholder enkelte at geneffekten er der, men at vi (enda) ikke er i stand til å se den, i likhet med «mørk materie» (Manolio m.fl. 2009). En tredje forklaring er at antallet gener som er involvert i danningen av komplekse menneskelige trekk, som for eksempel intelligens, er svært stort (Nisbett m.fl. 2012:135). Hvis et stort antall gener er nødvendig for å forklare et menneskelig trekk, er det videre blitt hevdet at slik kunnskap er forholdsvis lite verdt: ved å peke på alt, peker en ikke på noe (Goldstein 2009).

Denne diskusjonen impliserer ikke at gener ikke spiller noen rolle for å forstå fenomenet sosiale ulikheter i helse, og den utelukker spesielt ikke muligheten for at gener kan spille en viktig rolle ved at de samspiller med miljøfaktorer. Epigenetikken, utforskningen av hvordan gener slås av og på som følge av endringer i miljøfaktorer, antyder at spørsmålet om arv *eller* miljø er forkjært stilt, og at spørsmålet snarere er hvordan gener og omgivelser spiller sammen (Lindholm 2011). Dette kan illustreres med et hypotetisk eksempel hentet fra epidemiologen Geoffrey Rose (1985): I en tenkt befolkning der alle røyker er det ingen variasjon i miljøeksponeringen sigarettøyk i lungene. Det som da avgjør hvem som blir lungesyke er individuelle faktorer slik som genetisk utrustning. I en slik populasjon framstår ikke røyking som en determinant for lungekreft. Dette (riktignok ekstreme) eksemplet illustrerer at spørsmålet om arv og miljø bør begrepsfestes som et samspillsproblem (Elstad 2005, 2014).

Fordi det er miljøfaktorene vi kan gjøre noe med gjennom politisk handling blir det vesentlige i denne sammenhengen ikke om gener har betydning eller ei, men om miljøet spiller noen rolle i seg selv, eventuelt i samspill med genetiske disposisjoner. Evidensen tyder så avgjort på at dette er tilfelle. For eksempel når det gjelder intelligens, en av de faktorer som antas å ha en arvelig komponent og som i tillegg kan påvirke både sosial posisjon og helse, hevder en fersk kunnskapsoppsummering: «Vi kan være trygge på at de miljømessige forskjellene som er forbundet med sosial klasse har en stor effekt på IQ» (vår oversettelse) (Nisbett m.fl. 2012:136).

To integrerende perspektiver

Sosiale helseulikheter er ikke løsrevet fra tid og sted: de er betinget av historiske, politiske og økonomiske forhold, og endringer i disse over tid. Dette betyr at livsløpene til ulike fødselskull kan være ganske ulike, og at helseulikheter over tid og i ulike land og

verdenshjørner kan ha ulike forklaringer. To typer av integrerende perspektiver finnes, altså forklaringer som forsøker å kombinere forklaringsmodellene vi har sett på over: livsløpsperspektiver og sosial kontekst- forklaringer. Livsløpsperspektiver søker å forstå helseulikheter i konteksten av individuelle livsløp, mens sosial kontekst- forklaringer handler om hvordan materielle, psykososiale og strukturelle faktorer i omgivelsene (nabolaget, nasjonen, etc.) danner ulike rammer for utvikling av helseulikheter.

Livsløpsperspektivet

Livsløpsperspektivet vektlegger at de helseulikheter vi kan observere i den voksne befolkningen ikke bare er et resultat av samtidens fordeling av ressurser og belastninger mellom ulike sosiale posisjoner, men at de i ikke ubetydelig grad er formet av de sosiale forhold som rådet i tidlige oppvekstkår. Dette innebærer for eksempel at grunnlaget for en stor del av dagens helseulikhetsbilde kan ha blitt lagt allerede i krigsårene og i de umiddelbare etterkrigsårene. Den observasjon at sosiale helseulikheter ofte er små blant spedbarn og fram til voksen alder, for deretter å øke fram mot 60-årsalderen, er forenelig med tanken om at det tar tid før de sosiale helseulikheterne viser seg med full styrke. Livsløpsstudier er viktige bidrag ettersom kunnskap om når grunnlaget for de sosiale helseulikheterne legges er sentralt for å utforme effektive tiltak for å redusere dem. Perspektivet har også potensiale til å bringe sammen de ulike ovenfor nevnte seleksjonsforklaringene og SDH- perspektivet.

Dette er imidlertid ingen lett oppgave fordi det er mange faktorer og prosesser som må skilles fra hverandre. En sentral utfordring er å ta hensyn til hvordan *indirekte seleksjon* påvirker sosial posisjon og helse over livsløpet. Observasjonen nevnt over, at helseulikheterne øker først i voksen alder, kan også skyldes at det først er da at individer blir sosialt mobile. Det kan også være slik at helsen «programmeres» mens man ennå er foster i mors liv, for først å manifestere seg som god eller dårlig helse i voksen alder. Denne *programmeringshypotesen* er også kalt Barker/ Forsdahl- hypotesen etter to prominente forskere på feltet, og bygger blant annet på observasjoner av at i svært depriverte områder (med høy spedbarnsdødelighet) i Nord-Norge under første verdenskrig, var dødeligheten av hjerte- og karsykdommer særlig høy 40-50 år senere (Forsdahl 1977). Hypotesen blir også understøttet av studier som har fulgt mennesker over livsløpet (Barker 1994). En variant av programmeringshypotesen utvider perspektivet til tidlige leveår, og kan på denne måten innbefatte materielle, helseatferdsmessige og psykososiale påvirkninger i tillegg til de strengt biologiske. Dårlige levekår, fysisk aktivitet, etableringen av ulike helserelaterte vaner, og opplevelser av konflikt eller skam i barneårene kan påvirke helsepotensialet en tar med seg videre i livet.

Programmeringshypotesen, både i streng og mindre streng form, betoner barneårene som en *kritisk periode*. Men det kan også tenkes at det finnes andre slike kritiske perioder i livsløpet. Tanken her er at eksponering overfor en gitt helseskadelig faktor vil være mer avgjørende eller betydelig sterkere om den inntreffer på et bestemt punkt i livsløpet (Bartley

2004:104, Blane m.fl. 2013). I tillegg til fosterlivet og barneårene kan også overgangen fra utdanning til arbeid, tidspunkt for første barn, eller overgangsalderen for kvinner tjene som eksempler på kritiske perioder (Næss og Kristensen 2009:291-292).

En kan også tenke seg at en viss aktivitet eller eksponering på ett punkt i livsløpet øker risikoen for at en senere risiko skal inntreffe. Et eksempel på dette er at kvinner som tar høy utdanning (som jo har mange gunstige effekter på helsen generelt) har høyere risiko for brystkreft. Dette kommer av at de ledes inn på en sti som gjør at valget om å få barn tas senere eller aldri, noe som igjen av hormonelle grunner øker risikoen for brystkreft. En slik forklaring kan benevnes som en «*sti-forklaring*» (Bartley 2004:104-105).

Mot disse forklaringene kan en innvende at livsløp sjelden kan beskrives realistisk ut i fra episoder og faser. Mer vanlig er det at folk følger baner eller karrierer som legges tidlig i livet. Den som blir født inn i en familie i lavere sosiale sjikt vil som oftest selv følge en bane med relativt færre ressurser og flere belastninger enn den som fødes inn i høyere sosiale sjikt. Slik kan «*uheldige livskarrierer*» reprodusere sosial ulikhet over tid (Lundberg 1993). En slik fortolkning løser også opp distinksjonen mellom kausalitet og seleksjon ved at dårlig helse først kan selektere folk ut av arbeidslivet, som igjen kan bidra til fortsatt dårlig helse. Disse uheldige banene kan også medføre at sosiale problemer hopper seg opp over livsløpet og øver en multiplikativ effekt på helse der stadig færre ressurser og stadig dårligere latent helse øker risikoen for sykdom i møte med for eksempel en negativ livshendelse, et dårlig arbeidsmiljø eller dårlig ernæring. Denne varianten kalles *akkumuleringshypotesen*.

Den sosiale konteksten

Mens livsløpsperspektivet forblir en individuell forklaringsmodell søker sosial kontekstforklaringer å forstå hvordan sosiale omgivelser kan gi ulik grobunn for helseulikheter. Den sosiale konteksten handler blant annet om hvordan mennesker interagerer, holdninger og normer, utformingen av materielle omgivelser, tilgjengelig offentlige og private tjenestetilbud, regulering av kommersielle forhold, og tilgjengeligheten av kollektive ressurser. Slike populasjonseffekter vil først tre fram når en kontekst, det være seg et nabolag, en region eller et land, sammenlignes med en eller flere andre kontekster.

Men det kan også være slik at disse konteksteffektene påvirker sosiale grupper ulikt, og det er først om fremst slik de er av relevans for helseulikheter. For det første kan det tenkes at kollektive ressurser og investeringer i tjenester og infrastruktur har en utjevneende påvirkning på helseulikhetene: ofte vil lavere sosioøkonomiske grupper ha større utbytte av slike ressurser, nettopp fordi de har færre individ- og familieressurser. Eksempler på såkalte *neomaterielle* kontekstfaktorer er et vel utbygd kollektivt transportnett, regulerte lyskryss og fortau, grønne lunger, god tilgjengelig sunn mat, rimelige utleieboliger av tilstrekkelig kvalitet, og lokalt tilgjengelig helsevesen. Med tanke på at folk med mer beskjedne inntekter ofte vil ha mindre valgfrihet til å bosette seg i trygge nabolag med et godt servicetilbud og gode rekreasjonsmuligheter, kan sosiale investeringer av typen nevnt over heve kvaliteten på de dårligste nabolagene og på den måten bidra til mindre ulikhet i helse. Mange av

velferdsstatens oppgaver og tjenester kan også plasseres innenfor et slikt neomaterielt perspektiv, slik som utdanningsmuligheter, helsetjenester, og inntektssikring ved sykdom, arbeidsledighet og/ eller høy alder. I kapittel 10 kommer vi nærmere inn på hvordan sammenhengen mellom inntekt og helse kan fortolkes med utgangspunkt i ulik fordeling av forskjellige typer neo-materielle ressurser.

Psykososial kontekst kan også spille inn. Tilliten mellom folk i samfunnet, interaksjonen folk i mellom, graden av fjerne og nære relasjoner, sosiale normer, holdninger og sosial kontroll kan ha betydning for helse og helseulikheter. Det er uklare grenser mellom disse to hovedtypene av kontekstuelle forklaringer. Materielle forhold, slik som inntektsulikhet, kan påvirke helseulikheten gjennom psykososiale mekanismer for eksempel mindreverdigthetsfølelser (Wilkinson 1996), mens tillit folk i mellom kan påvirke helseulikhetene gjennom materielle mekanismer for eksempel ved at folk er mer tilbøyelig til å hjelpe hverandre med penger, mat eller varer (Putnam 2000).

4.5 Oppsummering og diskusjon

Sosial ulikhet og sosial lagdeling kan begrepsfestes og operasjonaliseres på en rekke ulike måter. Ulike begreper og mål (som utdanning, inntekt, og yrkesposisjon/status) vil også vise til ulike underliggende mekanismer som genererer helse og sykdom. Det finnes en rekke statistiske mål på sosial ulikhet. Valget av ulikhetsmål vil avhenge av hva det er en ønsker å finne ut: en statistisk forskjell mellom to ytterpunkter eller ulikhet på tvers av hele den sosioøkonomiske fordelingen, absolutte eller relative forskjeller, eller endringer over tid eller innen ulike grupper. Helse er et sammensatt begrep med i hvert fall tre dimensjoner: en biomedisinsk dimensjon som fokuserer på forstyrrelser i fysiologiske prosesser (disease), en psykologisk dimensjon som vektlegger subjektive opplevelser knyttet til symptomer som smerter og plager (illness), og en sosial dimensjon som retter oppmerksomheten mot evnen til å oppfylle rolleforpliktelser, og i særdeleshet normen om selvforsørgelse (sickness). En sentral indikator her er sykefravær fordi det måler legitimert fravær fra arbeid på grunn av sykdom og gir rett til å bli forsørget. I denne kunnskapsoppsummeringen bruker vi helseindikatorer som dekker alle tre dimensjoner.

Det er lansert en rekke forklaringsmodeller for hvorfor det finnes sosiale helseulikheter. Vi har skilt mellom tre overordnede kategorier: årsaksforklaringer, alternative kausalmodeller og mer overgripende perspektiver som trekker inn livsløp og romlig kontekst. Den første typen betoner hvordan ulike typer av helsedeterminanter (for eksempel utdanning, arbeid og inntekt) og deres sosiale fordeling innvirker på ulike helseutfall. Den andre typen av forklaringer er opptatt av sosial mobilitet og helsereelatert «seleksjon», og hvordan eventuelle bakenforliggende faktorer påvirker helse og sosial posisjon. Også i denne typen forklaringer spiller sosiale vilkår og prosesser en avgjørende rolle, selv om ideen om seleksjon ofte – noe misvisende – innebærer at det er helsen som «påvirker» sosial posisjon. Den siste typen forklaringer utvider og forener ulike perspektiver i mer komplekse modeller som trekker inn konteksten på ulikt vis: sosio-geografisk kontekst (rom), sosiale prosesser,

og livsløpet (tid). Enkelte har foreslått at direkte eller indirekte effekter av gener på korrelasjonen mellom sosioøkonomisk posisjon og helse er en mulig forklaring på ulikhet i helse. Vi finner ikke forskningsmessig støtte for at gener direkte eller indirekte er en viktig forklaring av sosiale helseulikheter. Konklusjonen på vår drøfting av dette er at det sosiale miljøet etter alt å dømme spiller en betydningsfull rolle for å forklare sosial ulikhet i helse, og at politiske intervensjoner for å endre «miljøfaktorer» som er knyttet til ulike posisjoner i den sosioøkonomiske strukturen derfor har et stort potensiale til å utjevne sosiale ulikheter i helse.

5 Sosial ulikhet i helse – mønstre og utviklingstrekk

5.1 Innledning

Formålet med dette kapittelet er å etablere hva vi vet om sosial ulikhet og helse i dag, og på den måten «sette scenen» for rapportens neste del der den empiriske støtten til ulike forklaringer av sosiale helseulikheter vurderes. For å sette ulikheten i helse i perspektiv innleder vi med omtale av den norske folkehelsen i stort, og peker på noen utfordringer ved den. En lang rekke rapporter har tidligere oppsummert hva vi vet om sosiale ulikheter i Norge (se særlig rapporter i Helsedirektoratets «gule serie» og fra Nasjonalt folkehelseinstitutt). Rapportene har presentert ulike helseutfall, slik som dødelighetsbaserte mål, selvrapportert helse, og psykisk helse, benyttet ulike indikatorer på sosioøkonomisk posisjon, studert menn og kvinner i ulike aldre og helsen blant utsatte grupper. *Omfanget* av helseulikheter i Norge må dermed sies å være ganske veldokumentert. I dette kapittelet benytter vi oss av kunnskapen som allerede er innsamlet i de nevnte rapportene, men presenterer samtidig nyere og mer oppdatert forskning. Vi legger også større vekt på et komparativt perspektiv enn tidligere oppsummeringer. Dette kapittelet beskriver det store bildet, mens de enkelte «determinant»- kapitlene 6-12 går mer detaljert til verks.

5.2 Den norske folkehelsen

Den norske folkehelsen har endret seg betraktelig det siste århundret, og forbedringer i levekår og medisinsk behandling har gitt befolkningen lengre liv, samt bedre helse og livskvalitet. Langt inn på 1900-tallet var infeksjonssykdommer det største folkehelseproblemet og den vanligste dødsårsaken i Europa. En sterk reduksjon i spedbarnsdødeligheten førte til at levealderen økte. I dag er dødelighetsratene for spedbarn i Norden blant de laveste i verden. I tillegg bidro redusert dødelighet blant voksne og eldre utover siste halvdel av 1900-tallet sterkt til økt forventet levealder i Norden. Mellom 1970 og 2007 har levealderen i Norge økt fra 71 til 78,2 år for menn, og fra 77 år til 82,7 år for kvinner. I dag vurderer så mange som 8 av 10 nordmenn helsen sin som god eller meget god. Som de andre nordiske landene har Norge hatt fordeler av å være tidlig ute med tiltak som har forbedret folkehelsen (Lundberg m.fl. 2008a).

Kanskje viktigere enn når døden inntreffer er hvor lenge en kan regne med å være fri for alvorlige helseplager. Tall fra Global Burden of Disease Study 2010 viser at med økt levealder har vi også fått flere friske år (Salomon m.fl. 2013). I Norge var forventet antall friske år 67,4 for kvinner og 62,9 for menn i 1990. I 2010 var disse tallene økt til henholdsvis 69,7 og 66,3 (se tabell 5.1 nedenfor). Men selv om vi har fått flere friske år, har vi også i gjennomsnitt fått flere syke år. Det innebærer at ikke hele veksten i forventet levealder er på grunn av flere

friske år. Økningen i forventet levealder for menn var ifølge Salomon m.fl. (2013) i denne perioden på 4,9, mens økningen i friske leveår var på 3,4 år. Tallene er ikke vesentlig forskjellig fra de andre nordiske landene, men Sverige ser ut til å ligge på et litt høyere nivå av sunne forventede leveår i både 1990 og 2010, og for begge kjønn.

Tabell 5.1 Sunne forventede leveår ved fødsel i de nordiske land.

	Kvinner		Menn	
	1990	2010	1990	2010
Danmark	67.3 (65-69.3)	69.5 (67.1-71.6)	63.3 (61.3-64.9)	66.3 (64.1-68.2)
Finland	66.5 (64-68.8)	69.6 (66.8-72)	61 (59-62.9)	65 (62.5-67.2)
Island	66.9 (64.2-69.6)	69.9 (66.7-72.7)	64.1 (61.5-66.5)	66.9 (63.7-69.6)
Norge	67.4 (65-69.6)	69.7 (67.1-72)	62.9 (60.6-65)	66.3 (63.7-68.5)
Sverige	68.8 (66.5-70.8)	71.2 (68.8-73.4)	64.9 (62.8-66.6)	68.8 (66.5-70.8)

Kilde: Salomon m.fl. 2013, utdrag fra tabell 2.

Om man avgrensner analysene til kun de eldste individene, de vil si at en unngår at unge med kroniske lidelser trekker ned snittet, blir bildet noe annerledes. Mens gjenstående forventet levealder for menn og kvinner økte mellom 1986 og 2008 med henholdsvis 2,8 og 2 år, økte forventet levealder uten funksjonsnedsettelse og uførhet mer enn dette for begge kjønn. Dette har ledet til at andelen av livet eldre lever uten slike helsebegrensinger har økt, mens andelen av alderdommen med slike begrensinger er blitt kortere (Moe og Hagen 2011).

Til tross for disse forbedringene har den norske folkehelsen nye utfordringer. Siden livsløpsperspektivet ligger til grunn for vår tilnærming til folkehelseproblemer, skal vi ta for oss helsetilstanden i aldersgrupper som befinner seg i ulike livsfaser: barn og unge, voksne, og eldre.

Barn og unges helse

Helsen til norske barn og unge er komparativt sett svært god, og ni av ti barn har i følge foreldrene sine god eller meget god helse. Selv vurderer de yngre barna helsen sin som bedre enn de eldre barna, og gutter bedre enn jenter (Nesheim og Haugland 2003). Familiens økonomi og utdannings-prospekter henger sammen med ungdoms vurdering av egen helse: jo bedre økonomi og høyere utdanningsplaner, jo bedre vurdering av helsen (Grøtvedt og Gimmetad 2002).

Mange barn og unge – rundt 30 prosent – har likevel kroniske sykdommer og plager, mens vel 10-15 prosent har en sykdom eller funksjonshemming som påvirker hverdagen. Astma og allergier er ganske utbredt blant barn, og det har vært en økning i diabetes type 1. Forekomsten av kreft er sjelden blant barn, men har likevel økt de siste 50 årene, selv om kreftdødeligheten har gått ned. Smerteplager forekommer også hyppig, og øker fra barne- til ungdomsalderen (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2010a).

Selv om norske barn har noe færre symptomer på angstlidelser og atferdsproblemer enn det som er rapportert i andre land, er psykiske lidelser et alvorlig helseproblem. Psykiske lidelser rammer rundt 70 000 norske barn, og jenter blir rammet i større grad enn gutter. Det antas at 15-20 prosent av barn og unge har nedsatt funksjonsevne på grunn av sin psykiske helse. Andelen er høyere blant ungdom og lavere blant førskolebarn. Blant barn 7-9 år er atferdsproblemer, angst, ADHD og depresjon de vanligste lidelsene, og utgjør 2/3 av lidelsene blant gutter og 1/3 blant jenter. Etter puberteten er dette bildet snudd, og de vanligste lidelsene er da angst, depresjon, atferdsproblemer og ADHD, og de utgjør 2/3 av lidelsene blant jentene og 1/3 blant guttene (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2009, 2010a, 2012b).

Helseatferden til barn og unge har også endret seg, både i positiv og negativ retning. Det er i dag færre ungdom som drikker alkohol, og det har vært en halvering av antall røykere blant 10. klassinger bare mellom 2000 og 2005, samtidig som flere bruker snus. Folkehelsepolitisk rapport (2011) dokumenterer at nedgangen i røyking har fortsatt mellom 2005 og 2009 blant ungdom fra alle sosiale lag, men mest for jenter med lavere sosioøkonomisk status. Ungdom spiser mer frukt og grønt enn før. Andelen overvektige barn og unge i Norge er sannsynligvis på europeisk nivå, og det har vært en sterk økning de siste 30 årene. Rundt 15 prosent av 8-9-åringene og 15-åringene har overvekt eller fedme. Mens barns aktivitetsnivå er tilfredsstillende, er ungdom mindre aktive enn anbefalt (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2010a). Aktivitetsnivået burde vært høyere, blant annet fordi trening i ungdomstiden viser seg å virke positivt inn på aktivitetsnivået i voksen alder.

Helsen i den voksne befolkningen

Blant 25-44-åringene vurderer 88 prosent at de har god eller meget god helse, og blant 45-66-åringene er andelen 76 prosent, og noe høyere blant menn enn blant kvinner. Rundt fire prosent i den første aldersgruppen vurderer helsen sin som dårlig eller meget dårlig, og mellom sju og ni prosent i aldersgruppen 45-66 år (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2010a).

Det er i dag flere som lever med kroniske sykdommer. Seks av ti menn og syv av ti kvinner i aldersgruppen 45-66 år oppgir å ha en kronisk sykdom (Statistisk sentralbyrå 2008). Halvparten av den voksne befolkningen oppgir å ha en langvarig sykdom eller funksjonsproblemer, noe som delvis skyldes at sykdommer som tidligere innebar høy dødelighet har blitt sykdommer som folk nå kan leve med. Dette gjelder blant annet hjerte- og karsykdommer og hjerneslag, hvor det er like mange som rammes av disse sykdommene nå som tidligere, men det er flere som overlever (Krogstad og Knudtsen 2011). I tillegg er det en økt forekomst av kreft, diabetes type 2, luftveissykdommer og fedme.

Forekomsten av kreft er nesten tredoblet på femti år, både for menn og kvinner. Kreftsykdommer er den hyppigste dødsårsaken før pensjonsalder, og mens det før femtiårsalderen er flere kvinner enn menn som utvikler sykdommen, er forekomsten blant menn høyere etter fylte femti. Dødeligheten av lungekreft går ned for menn, men øker for kvinner i takt med røykevanene (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2010a, 2012a).

Lungesykdommene astma og sykdom i nedre luftveier (KOLS) er også økende (Krogstad og Knudtsen 2011).

I Norge rammer kroniske smerter, i størst grad muskel- og skjelettlidelser, revmatiske sykdommer, ryggproblemer og andre smertesymptomer, omkring en tredjedel av den voksne befolkningen, og flere kvinner enn menn. Forekomsten av slike plager er høyere i Norge enn i andre europeiske land. Kroniske smerter gir også betydelig risiko for psykiske helseproblemer (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2010a, 2011).

I følge Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2009, 2011) rammer psykiske lidelser og plager rundt halvparten av befolkningen i løpet av livet, og rundt 1/3 i løpet av et år, noe som er ganske likt forekomsten i andre vestlige land. Andelen med større psykiske belastninger er imidlertid relativt lav, og andelen med høy livskvalitet og veldig god psykisk helse er relativt høy, sammenlignet med de fleste andre land. De mest utbredte psykiske plagene er angst, depresjon og alkoholavhengighet. Mens forekomsten av angst, depresjon og spiseforstyrrelser er mye større hos kvinner, forekommer rusrelaterte lidelser oftere hos menn. For de fleste andre psykiske lidelser er det små forskjeller mellom kjønnene. Basert på dagens forskning er det få holdepunkter for at det har vært en økning i forekomsten av psykiske lidelser de siste årtiene (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2011).

Atferdsrelaterte helserisikoer, slik som røyking, overvekt, fysisk inaktivitet, usunt kosthold og alkoholbruk, er de viktigste årsakene til sykdom og dødelighet i Europa (Helsedirektoratet 2011). I aldersgruppen 40-69 år er livsstilssykdommer mest utbredt, og det er gjerne i denne aldersgruppen at langtidseffekten av røyking gir seg utslag i sykdommer som lungekreft og KOLS (Statistisk sentralbyrå 2008). Andelen middelaldrende som røyker har gått jevnt ned, men ligger fortsatt på rundt 25 prosent (Statistisk sentralbyrå 2010b). Det norske alkoholkonsumet ligger på et lavt nivå sammenlignet med andre europeiske land. Likevel har det registrerte alkoholforbruket blitt fordoblet mellom 1950 og 1980, og det har økt mest hos (unge) kvinner (Helsedirektoratet 2011). En større andel middelaldrende, særlig menn, drikker ofte mye alkohol sammenlignet med befolkningen som helhet (Statistisk sentralbyrå 2010b). Pillemisbruk øker også i omfang (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2011).

Forekomsten av overvekt, fedme og diabetes type 2 øker i Norge, blant annet grunnet en sedat livsstil (Krogstad og Knudtsen 2011). Det har vært en tredobling i utviklingen av diabetes type 2 de siste 30 årene, mens økningen i overvekt og fedme ser ut til å avta (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2010a). Andelen overvektige i aldersgruppen 45-66 år har steget fra 19 til 26 prosent for menn, mens den har vært mer stabil på omtrent 14 prosent for kvinner (1998 - 2005). I samme periode steg andelen med fedme i denne aldersgruppen fra åtte til 12 prosent for menn, men har holdt seg konstant på rundt 10 prosent for kvinner (Statistisk sentralbyrå 2008). På den annen side har det vært en viss økning i antall mosjonister i den voksne befolkningen siden slutten av 1990- tallet, særlig blant kvinner. Inntaket av frukt, grønnsaker og fisk har økt siden 2000, men er fortsatt for lavt i henhold til

anbefalingene, samtidig som inntaket av mettet fett, salt og sukker er mye høyere enn anbefalt (Helsedirektoratet 2011).

Sykefravær og uførepensjonering

I likhet med de øvrige nordiske landene, Nederland og Sveits, skiller Norge seg fra andre OECD- land ved en høy grad av yrkesdeltakelse. Samtidig har Norge en stor andel uførepensjonister, en økning i offentlige stønader, og lav overgangsrate til arbeid for uføretrygdede (OECD 2006, Schreiner 2012). Fattigdomsnivået for personer med kroniske helseproblemer og uførhet er forholdsvis lavt i Norge: 11 prosent i 2007, mens OECD-gjennomsnittet var 22 prosent (OECD 2010).

Det er imidlertid uklart om Norge har et veldig høyt sykefravær sammenliknet med andre land (Ose 2010). Sykefraværet på 2000- tallet lå rimelig stabilt på ca. 7,5 prosent, men kvinners sykefravær har økt kraftig siden 1979 (Statistisk sentralbyrå 2010a). Størst andel sykefravær skyldes muskel/ skjelettlidelser, etterfulgt av psykiske lidelser, med en økning i sistnevnte.

De nordiske landene står overfor særlige utfordringer innen uførhet, og her skiller Norden seg fra resten av Europa. I Norden utgjør kostnader til uførepensjon, som del av de sosiale utgiftene, fra 12,7 prosent (Finland) til 18,8 prosent (Norge) (tall for 2006), mens det ikke i noe annet europeisk land overstiger 10 prosent (Statistisk sentralbyrå 2010b). Mot slutten av 2012 mottok nesten 310 000 nordmenn uførepensjon, og andelen økte fra 8,2 prosent i 1995 til vel 11 prosent i 2009 (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2010b). Kvinner utgjør 57 prosent av alle uførepensjonister, og økningen i kvinners uførhet er en viktig del av utviklingen (Ravndal Kostøl og Telle 2011, Ellingsen 2012a, 2012b).⁶

Det totale antallet uførepensjonister øker, men andelen i forhold til befolkningen 18-66 år har vært konstant siden 2009. En del av årsaken til økningen er flere eldre i befolkningen. Kvinners inntreden på arbeidsmarkedet bidrar også til økningen ved at flere har opparbeidet seg rettigheter i Folketrygden. En utvikling de siste tiårene er derfor at flere kvinner i dag mottar offentlig forsørgelse heller enn familieforsørgelse når de ikke er i arbeid (Dahl m.fl. 2010). Det er blant de yngste uføretrygdmottakerne at den relative økningen har vært størst de siste årene (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2010b, Bragstad m.fl. 2012), men denne økningen har liten innvirkning på totalt antall uførepensjonister. Rundt 1/3 av alle uførepensjoner skyldes psykiske lidelser, og her ligger Norge på OECD- gjennomsnittet (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2010b). Blant de unge uføre skyldes 59 prosent psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Nedsatt psykisk helse er en viktig medisinsk årsak til uførhet i alle nordiske land.

⁶ Mens kjønnsforskjellen er på 2,7 prosent i Norge, er den relativt liten i Sverige, og nesten fraværende i Finland (Statistisk sentralbyrå 2010b).

Helse blant eldre

Risikoen for sykdom og funksjonshemminger øker med alderen. Det vil sannsynligvis bli flere friske eldre i fremtiden, men på grunn av en aldrende befolkning vil det også være en større gruppe som har kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse. I dag oppgir to av tre eldre opp til 80 år god helse, og det er flere enn for 20 år siden (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2012c). Alvorlige helseplager og funksjonstap inntreffer spesielt etter 80-85 års alder. Dessuten akkumuleres ofte sykdommer med alderen (Statistisk sentralbyrå 2010c).

Siden midten av 1980- tallet er det færre eldre med funksjonsvansker. I 75- årsalderen har omtrent en av fem begrenset funksjon og behov for hjelp, og ved 80- årsalder gjelder dette en av tre. Eldre kvinner har dårligere helse enn eldre menn, både når det gjelder antall helseproblemer og egenvurdert helse (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2010a).

Risikoen for kreft øker sterkt med alderen, men kreftrisikoen for eldre er ikke høyere i dag enn for 30-40 år siden. Dødeligheten har derimot blitt redusert totalt sett for menn, mens det har vært mindre endringer for kvinner. Antall kreftsyke øker fordi flere personer oppnår en levealder der kreftrisikoen er forhøyet (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2012c). I løpet av de siste tiårene har dødeligheten hos eldre gått ned både for hjertesykdom og hjerneslag, og mange lever lenge med disse sykdommene. Hjerte- og karsykdommer er likevel fortsatt den viktigste dødsårsaken hos eldre, men da primært etter 80- årsalderen. Mange lever også med muskel- eller skjelettsykdommer: 45 prosent av kvinnene og 26 prosent av mennene i aldersgruppen over 67 år (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2010a, 2012c).

Omtrent 66 000 personer har i dag en demenssykdom, og forekomsten stiger med alderen. Etersom antall personer særlig over 80 år øker, vil antall personer med demens fordobles i løpet av 30-40 år, gitt at forekomsten forblir på dagens nivå (Sosial- og Helsedirektoratet 2007). De hyppigste psykiske lidelsene blant eldre er depresjon og angst, og den førstnevnte øker med alderen. Til tross for en positiv utvikling det siste tiåret, rammes fem prosent av eldre i gruppen 65-74 år, og rundt tre av ti eldre føler seg ensomme. Forekomsten av selvmord blant personer over 65 år er, i likhet med i de andre nordiske landene, høyere enn i andre aldersgrupper. Forekomsten av selvmord er imidlertid generelt lav, og selvmordstallet har dessuten gått ned i denne aldersgruppen etter 1995 (Statistisk sentralbyrå 2010b).

Livsstilsykdommer blant eldre er ennå ikke så utbredt, og her vil vi sannsynligvis se endringer. Det er fortsatt en del røykere i den eldre garde: 18 prosent av mennene og 13 prosent av kvinnene i gruppen 65-74 år røyker daglig. Dagens og tidligere røykevaner innebærer at forekomsten av KOLS og lungekreft vil øke. Høyt alkoholinntak blant de eldre er i dag lite utbredt, men her vil endringer sannsynligvis komme i takt med alkoholinntaket i den voksne befolkningen (Statistisk sentralbyrå 2010b, Nasjonalt folkehelseinstitutt 2012c).

Nesten en av fire 60- åringer har fedme, noe som reduseres med økt alder. Cirka fem prosent av 60- åringer og åtte prosent av 75- åringer oppgir at de har diabetes. Økt diabetesforekomst kan innebære økning i utviklingen av hjerte- og karsykdommer, med flere

under 70 og 80 som igjen utvikler disse sykdommene. Den fysiske aktiviteten blant 67-79-åringene er nesten på nivå med de middelaldrende (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2012c).

Oppsummering: noen utfordringer i den norske folkehelsen

Hovedbildet er at den norske folkehelsen har blitt forbedret, og vi kan glede oss over økt levealder og lav spedbarnsdødelighet. Likevel er dagens folkehelse preget av enkelte paradokser. Bedre helsetjenester har gitt lavere dødelighet, men som følge av dette har dødelige sykdommer i økende grad blitt transformert til kroniske sykdommer. I tillegg har det vært en forverring av folkehelsen på områder slik som diabetes, fedme og demens. Andelen som røyker har gått ned, men alkoholinntaket har gått opp. Det totale alkoholforbruket økte med nærmere 50 prosent mellom 1993 og 2009. Til tross for en viss økning i mosjonsbasert aktivitet de siste 20 årene, er mindre enn hver femte nordmann i regelmessig fysisk aktivitet, det vil si som rapporterer å mosjonere eller trene minst én gang per 14. dag (Ommundsen og Aadland 2009). Lite variert kosthold, stress og lav fysisk aktivitet øker i utbredelse. En annen utfordring for helsevesenet, som vanligvis responderer på og behandler enkeltlidelser, er multimorbiditet – det at en del mennesker har flere sykdommer samtidig (Shadmi 2013).

Disse utfordringene er felles for de fleste vestlige land. Men noen interessante forskjeller finnes også. Den mentale helsen er noe bedre i Norge enn i andre land, men flere i Norge rammes av ulike smertetilstander. I tillegg er andelen uføre spesielt høy i Norge (og Norden) sammenlignet med andre europeiske land.

5.3 Sosial ulikhet i helse i forskjellige livsfaser

Dette avsnittet presenterer sosial ulikhet i helse i tre livsfaser: tidlige leveår, voksenliv og alderdom. Vi kommer her til å referere til en rekke statistiske mål (slik som odds ratio, relative index of inequality osv.) på sosial ulikhet. Disse målene er beskrevet og redegjort for i kapittel 4, der vi også diskuterer hva som kan forklare mønstrene i sosiale helseulikheter.

Spedbarn, barn og unge

Allerede ved livets begynnelse manifesterer sosiale ulikheter i helse seg. Barn født av foreldre med lav utdanning er oftere dødfødte (Jørgensen m.fl. 2008), og har oftere lavere fødselsvekt (Arntzen m.fl. 1994, Mortensen m.fl. 2008). Risikoen for å bli født for tidlig varierer også med mors utdanningsnivå (Petersen m.fl. 2009). For eksempel var «veldig premature» fødsler dobbelt så vanlig blant kvinner med lav utdanning sammenlignet med de som hadde høy utdanning i perioden 1996-2000: Mens 0,86 prosent av alle fødsler blant høyt utdannede kvinner fant sted før 32. svangerskapsuke gjaldt dette for 1,55 prosent av alle fødsler blant mødre med kort utdanning (odds ratio for forskjellen: 1,84). Premature fødsler i uke 32-36 var også ulikt fordelt mellom mødre med kort og lang utdanning (6,5 prosent versus 4,6 prosent). Den relative ulikheten (odds ratio) her var dermed noe lavere, nemlig 1,45.

Næss m.fl. (2007a:28-30) peker på at det er en tendens til at tidligere tiders infeksjonssykdommer blant barn er blitt erstattet med kroniske sykdommer. Forskning viser at kroniske plager, hvorav astma, eksem og allergi er de vanligste, er mer utbredt blant barn av foreldre med lavere sosioøkonomisk status enn blant barn med foreldre med høyere sosioøkonomisk status, uavhengig av om dette ble målt ved hjelp av inntekt, utdanning eller yrkesklasse (Grøholt m.fl. 2001). Videre er opplevelsen av smerter konsekvent skjevfordelt blant barn etter foreldrenes sosioøkonomiske status (Grøholt m.fl. 2003). Fedme (Andersen m.fl. 2005) og psykiske lidelser (Ytrehus 2004, Tvetene 2006) er også mer utbredt blant barn av foreldre med lavere sosioøkonomisk status.

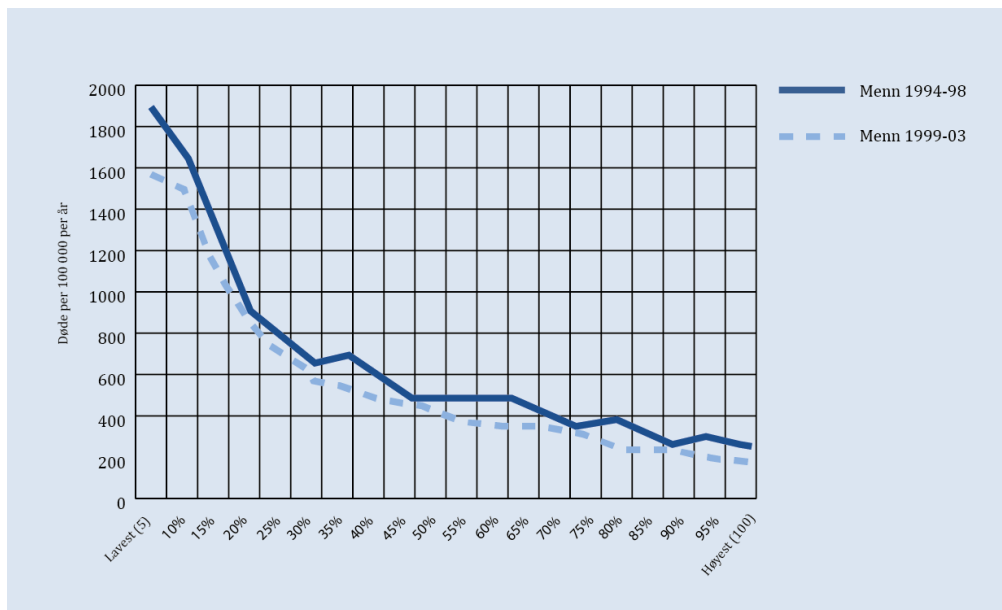
Blant litt eldre barn og ungdom er også den sosiale gradienten tydelig. Andelen 11-, 12- og 15- åringer som opplevde minst to fysiske eller psykiske symptomer daglig i 2005/2006 var høyere blant barn fra mindre velstående familier i Norge og ellers i Europa (Holstein m.fl. 2009). Overvekt blant 10. klassinger i Oslo rundt år 2000 hang tydelig sammen med foreldrenes utdanningsnivå (Lien m.fl. 2007). I kapittel 6 går vi grundigere inn på ulikhet i helse blant barn og ungdom.

Voksne

Sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og helse blant voksne er veletablert, og er nærmest en universell observasjon: den er funnet nesten alle steder der den har blitt undersøkt, og gjelder for de aller fleste helsemål og dødsårsaker, og i de fleste (men ikke alle) tidsepoker (Deaton 2013). Figur 5.1 nedenfor viser sammenhengen mellom inntekt og dødelighet for middelaldrende menn. Sammenhengen er kurvelineær: betydningen for dødeligheten av å øke inntekten med en enhet er størst for de med lavere inntekter. Forskjellene avtar omtrent ved midten av inntektsfordelingen, men henger klart sammen med lavere dødelighet helt opp til de høyeste inntektene. Ulikhetene for kvinner har tilnærmet samme mønster, men er forskjellene er betydelig mindre (Næss m.fl. 2007a:18). Dette skyldes nok delvis at inntekt er en mindre treffsikker indikator på sosioøkonomisk posisjon blant kvinner enn hos menn.

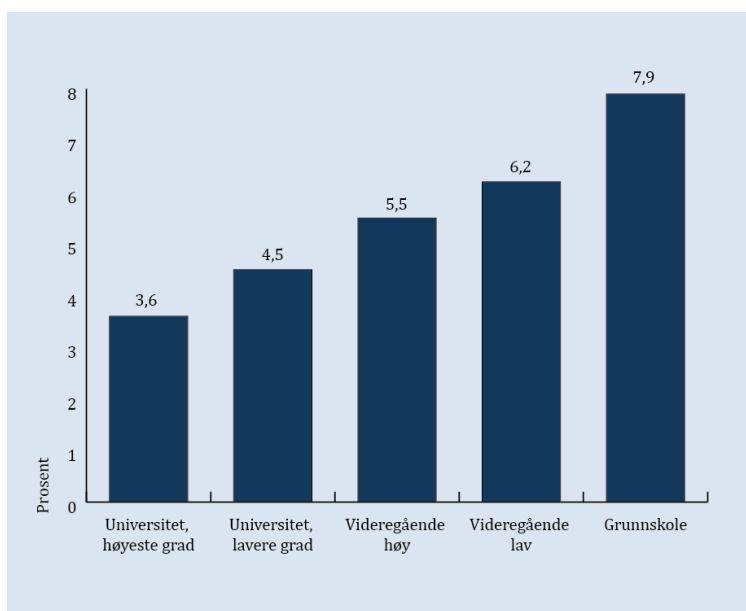
Dødelighetsforskjeller finner vi også mellom folk med ulikt utdanningsnivå. Figur 5.2 viser aldersstandardiserte dødelighetsrater (1993-1999) etter utdanningsnivå for menn som var 40-66 år i 1992 (Elstad 2005). Figuren viser en noe jevnere «trappetrinns-sammenheng», men også her er forskjellen størst nederst i hierarkiet, i dette tilfellet mellom gruppen som har kun grunnskole og gruppen som har lavere videregående utdanning.

Figur 5.1 Dødelighet etter inntektsnivå i to tidsperioder. Menn 45-59 år.



Kilde: Næss m.fl. 2007a:18.

Figur 5.2 Prosent døde 1993–1999 blant menn, alder 40–66 i 1992 og bosatt i Norge, etter utdanning. Aldersstandardisert.



Kilde: Elstad 2005:8-9.

En god illustrasjon på omfanget av de sosiale helseulikhetene er å regne ut hvor mange dødsfall som kunne vært unngått om de øvrige utdanningsgruppene hadde samme dødelighet som den høyeste utdanningsgruppen. Dette er vist i tabell 5.2 med tall hentet fra Elstad m.fl. (2007). Tabellen viser også den relative risikoen for hver dødsårsak for lavutdanningsgruppen sammenlignet med gruppen som hadde høyere

universitetsutdanning: Den relative dødeligheten av alle årsaker er 2,63 blant menn. Tabellen viser videre at 28031 dødsfall totalt blant menn kunne vært unngått i perioden på ni år om alle utdanningsgruppene hadde hatt samme dødelighet som dem med høyere universitetsutdannelse. Kolonne to viser at regnet som prosent av alle dødsfallene som kunne vært unngått var ischemisk hjertesykdom, lungekreft og andre sirkulasjonsorganer de viktigste, med henholdsvis 25,6, 12,5 og 8,2 prosent. Den *relative* risikoen for å dø av disse årsakene blant lavt utdannede sammenlignet med de høyest utdannede (kolonne tre) var imidlertid ikke blant de største. De største relative forskjellene – eller de dødsårsakene der lavt utdannede er forholdsvis mest overrepresentert – var stoffavhengighet, kronisk lungesykdom og alkoholbetingede psykoser. Tabellen viser at det ikke nødvendigvis er tiltak rettet mot de mest skjevfordelte helseproblemene som vil ha størst innflytelse kvantitativt sett. Elstad m.fl. (2007) studerte også kvinner, og totalt antall dødsfall som kunne vært unngått var 15101 for kvinner, mens den relative overdødeligheten i lavutdanningsgruppen var 2,21. De dødsårsakene som sto for det prosentvis høyeste antallet dødsfall som kunne vært unngått var ischemisk hjertesykdom (19,7 prosent), annen kreft (16,6 prosent) og lungekreft (12,6 prosent). De største relative forskjellene fant man for stoffavhengighet, kronisk lungesykdom, leversykdommer og ischemisk hjertesykdom.

Tabell 5.2 Fordeling av antall dødsfall som ville vært unngått om prosentandel døde 1994-2003 i alle utdanningskategorier hadde vært identisk med prosentandel døde blant dem med høyere universitetsutdanning, og relativ dødelighet (odds ratio) for den laveste utdanningsgruppen sammenlignet med den høyeste. Menn, alder 25-66 år i 1993.

Dødsårsaksgruppe	Antall dødsfall som ville vært unngått	Fordeling (%) av dødsfallene som ville vært unngått	Relativ dødelighet Lav/høy utdanning
Alle årsaker	28031	100	2,63
Infeksjonssykdommer	219	0,8	2,4
Magekreft	434	1,5	2,21
Kreft i tykktarm, endetarm	345	1,2	1,26
Lungekreft	3503	12,5	4,09
Annen kreft	1836	6,5	1,44
Alkoholbetingete psykoser mv	913	3,3	5,82
Stoffavhengighet mv	1061	3,8	45,58
Ischemisk hjertesykdom	7180	25,6	3,22
Karsykdommer i hjernen	1267	4,5	2,39
Andre sirkulasjonsorganer	2307	8,2	2,86
Kronisk lungesykdom	1644	5,9	7,65
Annen åndedrettsykdom	426	1,5	3,04
Leversykdommer	683	2,4	4,08
Symptomer, ubestemt	1209	4,3	2,64
Transportulykker	605	2,2	2,73
Andre ulykker	1080	3,9	3,14
Selvmord	823	2,9	2,15

Kilde: Elstad m.fl. 2007, tabell 2 og 5.

Enkelte kreftformer viser imidlertid liten (for eksempel prostatakreft) eller til og med omvendt sammenheng (slik som brystkreft) med sosioøkonomisk status (Elstad m.fl. 2012).

Om vi i stedet undersøker sosiale ulikheter i tapte leveår, det vil si de summerte forskjellene mellom alder ved død for hvert døde individ og forventet levealder (kjønnsspesifikk), får vi et estimat på omfanget av for tidlig død i ulike sosioøkonomiske grupper (Elstad 2013a). Tabell 5.3 viser at et langt høyere antall år går tapt blant de som har kun grunnskole (71 510) enn blant de som har utdanning på masternivå (13 812). Disse tallene er naturligvis påvirket av både størrelsen på utdanningsgruppene og alderssammensetningen. Om dette kontrolleres for (gjennom aldersstandardiserte rater) ser vi at tallene nå er 135 per 1000 mot 51 per 1000. Det er altså nesten tre ganger så mange tapte leveår i den utdanningsgruppen med kortest utdanning sammenlignet med dem som har lengst utdanning. Ratene viser ikke minst at antall tapte leveår faller systematisk med lengre utdanning.

Tabell 5.3 Tapte leveår på grunn av dødsfallene i 2010 i befolkningen født 1969 og tidligere, i live ved inngangen til 2010. Fem utdanningsnivåer, aldersspennet 40-79 (menn) og 40-83 (kvinner). Absolutte tall, rater uten aldersstandardisering, og aldersstandardiserte rater.

	Grunns- kole	VKI	VKII	Bachelor	Master	Alle
Antall i live ved utgangen av 2009	549.572	593.270	592.217	240.178	262.290	2.237.527
Antall døde i 2010	19.173	10.472	5716	2572	1816	39.749
Antall tapte leveår	71.510	61.649	41.819	15.633	13.812	204.423
Ujustert rate, pr.1000	130,1	103,9	70,6	65,1	52,7	91,4
Aldersstandardisert rate pr. 1000	135,2	103,1	80,1	64,7	51,3	94,7

Kilde: Elstad, 2013a, tabell 1.

Også i *selvrapporterte helsemål* kommer de sosiale ulikhetene til syne.⁷ I befolkningen mellom 25 og 66 år var det i 2005 17 prosent av de med høyere utdanning som rapporterte at de hadde en langvarig begrensende sykdom eller plage, mens det blant dem med grunnskoleutdanning var nesten dobbelt så mange: 36 prosent. Andelene som rapporterte om muskel- og skjelettlidelser var henholdsvis 16 og 39 prosent.

Ulikheten i selvrapportert generell helse mellom utdanningsgruppene er betydelige, selv etter at inntekt, helseatferd og psykososiale faktorer er tatt hensyn til (Kurtze m.fl. 2013). Disse faktorene reduserte odds ratioen for grunnskoleutdanning sammenlignet med høyere utdanning fra 3,46 til 2,43, eller med 42 prosent.

De sosiale ulikhetene i selvrapporterte psykiske plager er ikke like tydelige (Kurtze m.fl. 2013, Eikemo 2008), men likevel ser vi en gradient også her (Næss m.fl. 2007a:28). Norske studier tyder på at opplevd maktesløshet og små mestringsforventninger (Dalgard 2013), og sosial

⁷ Egne analyser av Levekårsundersøkelsen/ Helseundersøkelsen (2005).

støtte, røyking og kosthold (Eikemo 2008) er viktige mellomliggende faktorer for sammenhengen mellom yrkesklasse og psykiske plager.

Mens sannsynligheten for overgang til uføretrygd var sju prosent for de med høy utdanning, var den 25 prosent for de med kun obligatorisk grunnskole (Fevang og Røed 2006). Forskjellen mellom gruppen med høyest utdanning og de med lavere utdanningsnivåer i risikoen for å bli uføretrygdmottaker består selv etter kontroll for helse, arbeidsmiljøforhold, helseatferd og sosiale nettverk (Nilsen m.fl. 2012). Studier finner også klare klasseforskjeller i langtidssykefravær (Hansen og Ingebrigtsen 2008). Det fysiske arbeidsmiljøet, slik som ergonomiske forhold, så i denne studien ut til å være viktigere enn psykososiale arbeidsmiljøforhold.

Eldre

Sosial ulikhet i helse eksisterer inn i alderdommen. Få studier er imidlertid velegnet til å belyse hva som er de viktigste årsakene. En eldre norsk studie finner at inntekt henger sammen med helse blant kvinner i pensjonsalder (Dahl og Birkelund 1997). En ferskere studie finner at de sosiale ulikhetene i dødelighet blant eldre kvinner i Nord-Trøndelag ikke kunne forklares av biologiske forhold eller av livsstilsfaktorene røyking og fysisk aktivitet (Rostad m.fl. 2009a). Kontroll for disse faktorene påvirket nærmest ikke gradientene i det hele tatt. I en annen studie av samme datamateriale finner en igjen at livsstil og medisinske forhold spiller liten rolle for sosiale ulikheter i selvrapportert helse (Rostad m.fl. 2009b). Heller ikke sosial støtte bidro vesentlig til å forklare de sosiale ulikhetene.

Et generelt funn i forskningen på sosioøkonomisk ulikhet blant eldre er at de relative forskjellene minker med alder blant de eldste, mens de absolutte forskjellene øker (Huisman m.fl. 2004, Huisman m.fl. 2005). At de relative forskjellene minker skyldes at de sykeste i alle sosioøkonomiske lag faller fra, mens de med god helse i alle grupper lever videre. Helsemessig blir gruppene derfor likere. Årsaken til at de absolutte forskjellene øker er først og fremst at antall døde hvert år stiger med høyere alder. Små relative forskjeller kan da gi seg stort utslag i absolutte tall. Dette kan naturligvis påvirkes av hvilket mål en benytter for sosioøkonomisk posisjon. Mens utdanningsnivå kanskje fanger opp sosioøkonomisk posisjon over livsløpet best, kan det tenkes at et mål på formue eller levestandard i alderdommen ville kunne gi et annet resultat. Tall for Norge bekrefter i store trekk dette bildet, med unntak av risikodifferansen for de eldste mennene (se tabell 5.4 nedenfor).

Tabell 5.4 Utdanningsforskjeller (lav versus middels/høy) i dødelighet i perioden 1990-1995, etter alder. Relative forskjeller (rate-ratio, RR), risikodifferanse (RD) og total rate per 1000 (TR).

Alder	Menn				Kvinner			
	RR	(95%CI)	RD	TR	RR	(95%CI)	RD	TR
50-59	1.60	(1.50 - 1.71)	3.70	9.17	1.67	(1.50 - 1.87)	1.94	4.75
60-69	1.41	(1.36 - 1.48)	7.92	25.95	1.36	(1.26 - 1.47)	3.40	12.58
70-79	1.38	(1.33 - 1.43)	18.56	65.77	1.64	(1.54 - 1.75)	14.21	35.50
80-89	1.05	(1.00 - 1.09)	7.68	160.84	1.12	(1.06 - 1.18)	11.34	108.06

Kilde: Huisman m.fl. 2004:472.

Antall forventede friske leveår ved 65 år kan gi en indikasjon på kvaliteten til de siste leveårene. I Norge har dette tallet i perioden 2007-2010 økt fra rundt 13,1 til 15,7 år for kvinner, og fra 12,5 til 14,5 år for menn. Disse tallene er blant de høyeste i Europa, og er ganske like tallene for Sverige. Noen studie av sosiale ulikheter i forventede friske leveår blant eldre i Norge har vi ikke funnet, men en internasjonal studie, der blant andre Finland og Danmark var med, konkluderte med at forskjellen mellom eldre med høy og lav utdanning var omkring 3 år for menn og 1,9 år for kvinner, og at disse forskjellene ikke varierte betydelig mellom de nordeuropeiske landene (Majer m.fl. 2011). En annen internasjonal studie der tall fra Norge inngikk, så på antall friske leveår mellom 30 og 79 år (Mäki m.fl. 2012). Her var forskjellen for Norge 6,4 år mellom høyeste og laveste utdanningsnivå blant kvinner, en forskjell som kun var større i Litauen. Blant menn var forskjellen 6,5 år, et tall som var mer gjennomsnittlig i europeisk sammenheng.

Det er også til dels store forskjeller i selvrapporterte helseplager blant eldre med ulik utdanningslengde (se tabell 5.5). De fleste helseplagene har en klar utdanningsgradient, med unntak av psykiske plager og kroniske smertepager blant kvinner. Særlig store forskjeller var det for diabetes og generell helse. At generell helse har en klar utdanningsgradient viser også SBBs rapport «Seniorer i Norge» (Ugreninov 2005:113, 168), der 17 prosent av de med ungdomsskole eller kortere utdanning rapporterte dårlig eller meget dårlig helse, mens det samme bare var tilfellet for 5 prosent blant dem med høyskole- og universitetsutdanning. Tilsvarende fant rapporten at nesten dobbelt så mange med lav utdanning kunne klassifiseres med psykiske plager enn i gruppen med høy utdanning.

Tabell 5.5 Prosentandelen 75-76-åringene som rapporterer om sykdom etter utdanningslengde. n= antall svar.

Utdanning totalt år	7-9 år	10-12 år	13-16 år	17+ år
Menn				
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 smertepålegg, n=2586	3,9	2,9	3,5	1,8
Psykiske pålegg som man har søkt hjelp om, n=2610	11,1	9,5	8,9	7,3
Kvinner				
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 smertepålegg, n=3161	11,0	10,5	7,6	9,0
Psykiske pålegg som man har søkt hjelp om, n=3203	13,3	10,3	11,2	13,9

Kilde: Næss m.fl. 2007a:35.

Hva som konkret kan gjøres for å minske de sosiale ulikhetene i helse og livskvalitet blant dagens eldre er ikke et enkelt spørsmål, ettersom studiene referert til over gir få holdepunkter for samtidige årsaker. En åpenbar konklusjon som følger av dette er at det her trengs mer kunnskap.

Helse i utsatte grupper

Sosiale problemer har en tendens til å akkumuleres over livsløpet (Blane 1995, Bartley m.fl. 1997). På et gitt tidspunkt vil en derfor ofte finne en overhyppighet av helseproblemer blant utsatte grupper. Det foregår også en ikke ubetydelig sortering av folk med dårlig helse ut av arbeidslivet (van der Wel m.fl. 2010). Disse havner ikke bare på uføretrygd, men også blant arbeidsledige, og særlig blant sosialhjelpsmottakere finner vi mange med helseproblemer (van der Wel m.fl. 2006, Grebstad 2012). Blant langtidsmottakere av sosialhjelp var andelen som rapporterte symptomer på psykiske helseproblemer over en viss grenseverdi (HSCL-10 > 1.85) 58 prosent mot færre enn 10 prosent i normalbefolkningen (van der Wel m.fl. 2006:36). Sosialhjelpsmottakere har også en betydelig overdødelighet sammenlignet med befolkningen ellers, omtrent tre ganger høyere for menn og to og en halv ganger høyere for kvinner (Naper 2009). Denne overdødeligheten skyldes først og fremst rusrelaterte dødsfall, voldsomme dødsfall og andre atferds-relaterte dødsårsaker. Langtidsmottakere av sosialhjelp og andre vanskeligstilte grupper behandles mer utførlig i kapittel 13.

I dag er litt over 13 prosent av Norges befolkning innvandrere eller barn av innvandrere (Statistisk sentralbyrå 2012). I gjennomsnitt er innvandreres helse også dårligere enn i befolkningen som helhet, og ikke-vestlige innvandrere ser ut til å ha noe mer alvorlige sykdommer. Noen innvandrergupper fører en sunnere livsstil enn gjennomsnittet, noen har høyere forekomst av andre kroniske- og infeksjonssykdommer enn majoritetsbefolkningen, mens andre har økt risiko for overvekt, fedme og noen diabetestyper (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2010a). Mens det i befolkningen som helhet er 86 prosent som rapporterer at helsen er god eller meget god, er andelen 67 prosent blant ikke-vestlige innvandrere (Blom 2008). Innvandrerne fra Somalia har best generell helse (80 prosent), mens innvandrere fra Irak og Tyrkia har dårligst. Blant ikke-vestlige innvandrere er det også tre ganger så mange som rapporterer at helsen i stor grad påvirker hverdagen, sammenlignet med befolkningen ellers. Psykiske plager er også mer utbredt blant ikke-vestlige innvandrere (27 prosent mot ni prosent i befolkningen ellers) (Blom 2008:30). Migrasjon kan øke risikoen for psykiske plager, og mange har opplevd traumer.

Overhyppigheten av psykiske plager blant ikke-vestlige innvandrere kan i tillegg skyldes lavere inntekt og høyere arbeidsledighet i denne gruppen. Mangel på sosial støtte, integrasjon og følelse av kontroll over egen livssituasjon er også sentralt. Kjønnsforskjellene i helse var oftere større blant innvandrerne i studien til Blom (2008) enn i befolkningen ellers, med dårligere helse blant kvinnene som hovedmønster. Forskjellene mellom pakistanske innvandrere og etnisk norske består selv etter kontroll for utdanning, sysselsetting, yrkesklasse og inntekt, selv om disse faktorene «forklarte» drøyt halvparten av den opprinnelige forskjellen (Syed m.fl. 2006).

Som nevnt i kapittel 1 er innvandrerhelse i seg selv ikke et tema for denne rapporten. Temaet gjør krav på en separat behandling, men i den grad sosial ulikhet ligger til grunn for dårligere helse blant innvandrere enn blant etniske nordmenn, slik det i noen grad ser ut til å være, er det relevant også for det foreliggende arbeidet.

Studier viser også at multimorbiditet – at flere sykdommer opptrer samtidig – oftere forekommer i lavere sosiale lag, både blant voksne og blant ungdommer fra mindre ressurssterke nabolag (Shadmi 2013). Multimorbiditet henger også sammen med marginale livssituasjoner og andre behov som kan gjøre helsesituasjonen vanskelig. Disse gruppene representerer en særlig utfordring for tradisjonell helsetjenesteyting, som har hatt en tendens til å behandle enkeltlidelser fremfor større problemkomplekser. Norske studier med data fra åtti- og nittitallet viser også at lavere sosioøkonomiske lag har gjennomsnittlig flere diagnoser enn høyere lag (Elstad 1996, 2001).

For å oppsummere: Sosiale ulikheter i helse er et gjennomgående funn uavhengig av om sosioøkonomisk posisjon måles ved hjelp av inntekt, utdanning eller yrke. Vi har også sett at ulikheten gjenfinnes for ulike helsemål, som dødelighet (de aller fleste dødsårsaker), selvrapportert helse, kronisk sykdom, og i noe mindre grad for psykisk helse. De sosiale ulikhetene i helse kommer også klart til syne i uførhet og sykefravær. Gradienten går hele

veien gjennom det sosiale hierarkiet, men er brattere nederst. Det vil si at forskjellene er større mellom folk med lav og middels sosioøkonomisk posisjon, enn mellom de med høy og veldig høy sosioøkonomisk posisjon. Helseulikheter finnes både blant menn og kvinner. Inntektsulikheter og utdanningsulikheter i dødelighet er større blant menn enn blant kvinner (Næss m.fl. 2007a, Elstad m.fl. 2007), men dette gjelder ikke alle dødsårsaker. For eksempel er utdanningsulikheterene i dødelighet av ischemisk hjertesykdom klart høyere for kvinner (Dahl m.fl. 2007, Elstad m.fl. 2007).

Vi finner også helseulikheter i alle livets faser. Ulikhetene blant spedbarn er tydelige, men ikke like store som hos voksne. Blant ungdom er det klare forskjeller i kroniske plager, fedme og psykiske plager mellom barn fra ulike samfunnslag. Helseulikheter øker i voksen alder, mens de så avtar utover i alderdommen etter hvert som de sykeste faller fra. Vi finner også en opphopning av dårlig helse og dårlige levekår i enkelte utsatte grupper, slik som blant sosialhjelpsmottakere. Sosioøkonomiske forhold forklarer mye av forskjellene mellom etnisk norske og innvandrere, men langt fra alt.

5.4 Utvikling av helseulikheter over tid

Spørsmålet om helseulikheter har endret seg over tid er i utgangspunktet enkelt, men byr på både teoretiske og metodiske utfordringer å besvare. Valg og tilgjengelighet av helsemål og mål på sosioøkonomisk posisjon vil kunne påvirke resultatene. Dødelighet og forventet levealder (dvs. «disease»-relaterte helsemål, se kapittel 4) er meget reliable mål på helse over tid, men sier oss ikke så mye om den helsen folk *lever* med, for eksempel nedsatt funksjonsevne, smerter og arbeidsuførhet. Snarere oppsummerer dødelighetsbaserte mål på helse den akkumulerte helsen over livsløpet. Dødeligheten av en lang rekke årsaker blant dagens voksne vil derfor kanskje i minst like stor grad være formet av samfunnsforhold og levekår i tiårene etter 1930- tallet som av de siste tiår. Selvrapperte subjektive helsemål på den annen side forteller kanskje mer om helsen som et levekårsfenomen, men kan være mindre reliabelt over tid ettersom den kulturelle forståelsen av helse og sykdom i samfunnet kan ha endret seg.

En særlig utfordring i slike studier er knyttet til at sosiale kategorier endrer seg over tid, både med hensyn til sammensetning av kategorien over tid (*hvem som er i gruppen*) og med hensyn til den materielle og relative status kategorien nyter innenfor en gitt samfunnsstruktur (*levetår og ressurser som er tilgjengelig for gruppen*). Økende eller minkende helseulikheter over tid kan derfor i prinsippet skyldes endringer i samfunnsstrukturen. Eksempelvis følger det av den store økningen i befolkningens utdanningsnivå at både sammensetningen og statusen til ulike utdanningsgrupper og yrkesklasser har endret seg over tid. Inntekt er en mer fleksibel indikator ettersom denne lett kan gjøres relativ til den aktuelle inntektsfordelingen i et gitt år, for eksempel ved bruk av desiler eller kvintiler. En ulempe ved dette målet er imidlertid knyttet til at det ikke er tilfeldig hvem som til enhver tid har yrkesinntekt. Risikoen for arbeidsledighet og uføretrygd er sosialt skjevfordelt, og likeså kvinners tilbøyelighet til å arbeide og til å ta heltids- eller

deltidsarbeid. Et annet usikkerhetsmoment er hvordan den økende innvandringen påvirker de sosiale helseulikhetene. Det trengs mer forskning omkring disse spørsmålene.

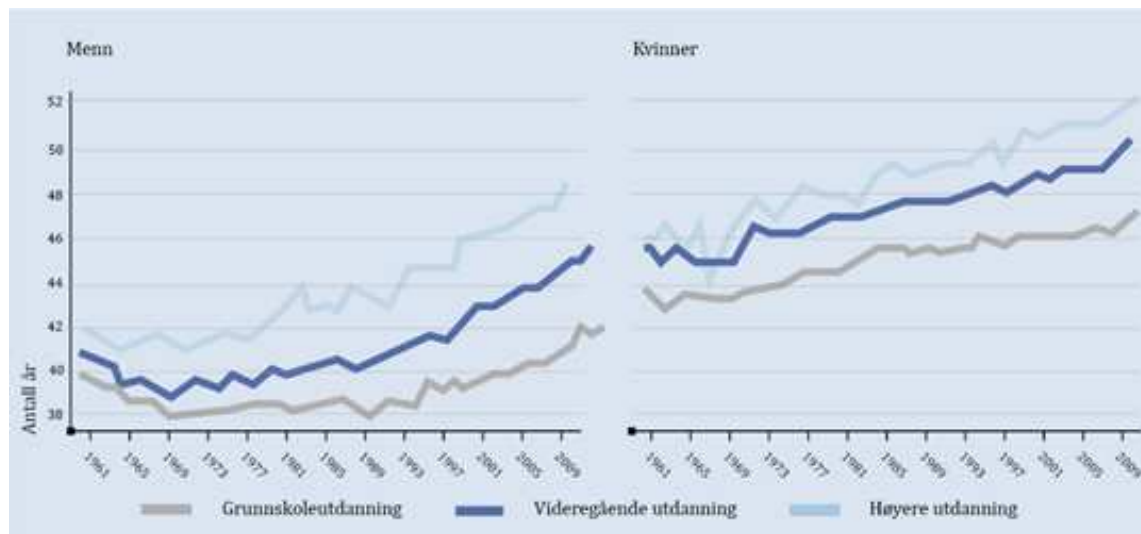
En annen utfordring går ut på hvordan ulikheten skal måles, i absolutte forskjeller eller i relative forskjeller (se kapittel 4).

Trender i sosioøkonomiske ulikheter i dødelighet

To helt nye studier har undersøkt utviklingen i forventet levealder over tid i Norge for ulike utdanningsgrupper ved hjelp av registerdata for perioden 1961 til 2009 (Moe m.fl. 2013, Steingrimsdóttir m.fl. 2012). Steingrimsdóttir m.fl. (2012) finner at de absolutte sosiale ulikhetene i gjenstående levealder blant 35-åringene økte i perioden som helhet (5,3 år for menn og 3,2 år for kvinner), men at de stagnerte etter 2000. Unntaket var forskjellen i forventet levealder mellom kvinner med middels og lav utdanning som fortsatt øker skarpt. Selv om veksten i ulikhet har stagnert ligger den likevel betydelig høyere enn på sekstitallet: forskjellen i forventet levealder mellom menn med lav og middels utdanning var tre ganger høyere på tusentallet enn på sekstitallet (1 versus 3 års forskjell). Foreløpige tall fra en ny og ikke publisert studie antyder også at veksten i helseulikhetene i total dødelighet har stagnert, men bare blant menn (Strand m.fl. 2013b). Blant både menn og kvinner var det en nedgang i de sosiale ulikhetene i dødsfall som skyldtes hjerte- og karsykdom.

Figur 5.3 nedenfor viser forventet levealder for menn og kvinner i perioden. Et interessant funn fra studien til Steingrimsdóttir m.fl. (2012) er at forventet levealder faktisk var synkende i alle utdanningsgrupper ved inngangen til sekstitallet. Dette er en utvikling som forfatterne knytter til økningen av dødelighet som følge av hjerte- og karsykdommer som toppet seg i 1971, og at tidspunktet der denne nedadgående trenden snur tydelig varierer med utdanning: den kommer senere for de med lavere utdanningsnivå. Likeledes kommer den senere utflatingen av utdanningsulikhetene først mellom menn med høy og middels utdanning (omkring 1990), deretter for de samme utdanningsgruppene blant kvinner (midten av nittitallet) og til sist mellom menn med middels og lav utdanning (ca. 2000). Mellom kvinner i disse utdanningsgruppene øker forskjellen i forventet levealder stadig. Disse funnene kan i følge forfatterne fortolkes som uttrykk for at sunnere livsstiler tas opp raskere av gruppene med høyere utdanning enn gruppene med lavere, og raskere blant menn enn blant kvinner (Steingrimsdóttir m.fl. 2012:169). Hva som faktisk er årsaken kan ikke artikkelen si noe om.

Figur 5.3 Forventet levealder ved 35 år etter utdanningsnivå.



Kilde: Steingrímisdóttir m.fl. 2012:166.

Den andre nye studien har et lignende design, og undersøker utviklingen i utdanningsforskjeller i forventet levealder for 65-åringer i perioden 1961-2009 (Moe m.fl. 2013). Studien viser at den gjennomsnittlige årlige økningen i forventet levealder er forskjellig for høyt og lavt utdannede. Menn med lav utdanning hadde halvparten så stor årlig økning som de med høy utdanning: 0,045 mot 0,106 (Moe m.fl. 2013: Figur 2). Forskjellen var betydelig mindre, men likevel statistisk signifikant, mellom kvinner med ulikt utdanningsnivå. Det var ingen statistisk signifikant endring i utdanningsforskjellen i forventet levealder for menn på seksti- eller på syttitallet (Moe m.fl. 2013: Figur 4). Denne forskjellen økte imidlertid signifikant på åtti- og nittitallet, men ikke på totusentallet. For kvinner var det heller ingen signifikant endring i forskjellen i forventet levealder mellom utdanningsgruppene på sekstitallet, men på syttitallet var det en sterk og signifikant gjennomsnittlig årlig nedgang i ulikheten. Først i det siste tiåret har det vært en signifikant økning i forskjellen mellom utdanningsgruppene for kvinner. Men i perioden sett under ett økte forskjellen i forventet levealder mellom utdanningsgruppene signifikant for både menn og kvinner.

Andre studier bekrefter bildet av økende ulikheter i dødelighet. Mackenbach m.fl. (2003) finner økende forskjeller i dødelighet i befolkningen mellom 30 og 74 år fra første halvdel av åttitallet til første halvdel av nittitallet, målt etter utdanning (for begge kjønn) og etter yrkesklasse (kun for menn). Strand m.fl. (2010) finner økende absolutte og relative forskjeller både blant middelaldrende (45-64 år gamle) menn og kvinner, men økningen i absolutt ulikhet (målt vha. slope index of inequality) var ikke signifikant blant kvinner. De totale absolutte ulikhetene blant menn hadde på 90-tallet økt til det dobbelte av ulikhetene på 1960-tallet, mens for kvinner var økningen på omtrent en tredel. Blant menn bidro dødsårsakene hjerte- og karsykdom, lungekreft og lungesykdom mest til økningen. Det samme gjaldt for kvinner, men her bidro hjerte- og karsykdom i motsatt retning. I tabell 6 nedenfor oppsummeres funnene etter dødsårsak. For absolutt ulikhet blant kvinner var det

en signifikant *nedgang* i utdanningsforskjellene i dødelighet som følge av hjerte- og karsykdommer. Blant menn, derimot, var det kun kategoriene annen kreft og andre årsaker som *ikke* økte signifikant i løpet av perioden. Den relative ulikheten økte blant kvinner, men ikke for selvmord og skader og ulykker. For relative ulikheter blant menn var det bare ulikhetene i dødeligheten av andre årsaker og skader og ulykker som *ikke* økte. En annen studie finner økende utdanningsulikheter i dødelighet av lungekreft, men ikke for seks andre kreftformer (Elstad m.fl. 2012).

Relative inntektsgrupper er, som nevnt ovenfor, et mål på sosiale ulikheter over tid som i mindre grad er sårbart for endringer i den sosiale lagdelingsstrukturen. Studier som har sett på endringer av inntektsulikheter i helse mellom 1970 og 1997 fant økende ulikhet i dødelighet. For eksempel reduserte de rikeste mennene sin dødelighet med rundt 50 prosent, mens det nesten ikke var noen reduksjon overhodet blant mennene som hadde de laveste inntektene (Pedersen 2013) (se også kapittel 10).

Tabell 5.6 Trendindikatorer for endringer i utdanningsforskjeller i ulike dødsårsaker for perioden 1960-2000¹

	Absolutt ulikhet (Slopeindex)		Relativ ulikhet (Relative index)	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Lungekreft	+	ns.	+	+
Annen kreft	ns.	ns.	+	(+)
Hjerte- og karsykdommer	+	+	-	+
Skader og ulykker	+	ns.	ns.	ns.
Selvmord	+	ns.	(+)	ns.
Kronisk lungesykdom	+	ns.	(+)	ns.
Andre årsaker	ns.	ns.	+	(+)

¹ Symboler: + = statistisk signifikant økning, - = statistisk signifikant nedgang, (+)=p<0.06, ns. = ikke signifikant trend.

Kilde: Strand m.fl. 2010, bearbeidet fra tabell 2.

Trender i sosioøkonomiske ulikheter i selvrapportert helse

Det er ikke mange studier av sosiale ulikheter i selvrapportert helse som tillater sammenligninger over like lange tidsrom som mortalitetsstudiene. Næss m.fl. (2007a:22-24) rapporterer tall fra Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser i perioden 1995-2002. De fant ingen signifikant endring for utdanningsforskjeller i egenvurdert helse i perioden, og heller ingen endring i innteksrelaterte forskjeller mellom 1998 og 2002. Heller ikke psykiske plager viste noen signifikant endring mellom 1998 og 2002. En svakhet med disse analysene er imidlertid at sammenligningsperioden er temmelig kort. Krokstad m.fl. (2002) undersøkte utviklingen i utdanningsulikheter i helse mellom den første (omkring 1985) og den andre runden (omkring 1995) av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) for tre helsemål: selvopplevd generell helse, langvarig helseproblem, og kronisk sykdom/ tilstand. Artikkelen

rapporter en tendens til reduksjon av de sosiale helseulikhetene fra midten av åttitallet til midten av nittitallet. Nedgangen i den relative ulikheten var imidlertid kun signifikant for langvarig sykdom blant menn (og nært signifikant for samme helsemål for kvinner), men også de andre helsemålene indikerer samme utvikling (se tabell 5.7 nedenfor).

Tabell 5.7 Absolutt og relativ ulikhet etter utdanning omkring 1985 og 1995.

	Absolutt ulikhet (Lav minus høy)		Relativ ulikhet (KI) (Relative index of inequality)	
	1985	1995	1985	1995
Menn				
Selv-rapportert generell helse	13.6	13.4	3.80 (3.29 - 4.38)	3.53 (3.10 - 4.02)
Langvarig sykdom	11.9	7.4	2.63 (2.31 - 2.99)	1.85 (1.64 - 2.10)
Kronisk sykdom/tilstand	2.3	2.2	2.10 (1.64 - 2.69)	1.71 (1.40 - 2.10)
Kvinner				
Selv-rapportert generell helse	11.1	12.6	3.21 (2.75 - 3.74)	2.82 (2.49 - 3.19)
Langvarig sykdom	9.0	6.4	2.32 (2.00 - 2.69)	1.81 (1.59 - 2.06)
Kronisk sykdom/tilstand	2.3	1.7	2.51(1.69 - 3.73)	2.32 (1.71 - 3.16)

Kilde: Krokstad m.fl. 2002, tabell 2-4.

Funnene til Krokstad m.fl. (2002) bekreftes av tall fra de nasjonale Helseundersøkelsene som også indikerte en ikke-signifikant reduksjon i utdanningsulikheter i selv-rapportert generell helse i Norge fra midten av åttitallet til midten av nittitallet (Kunst m.fl. 2005).

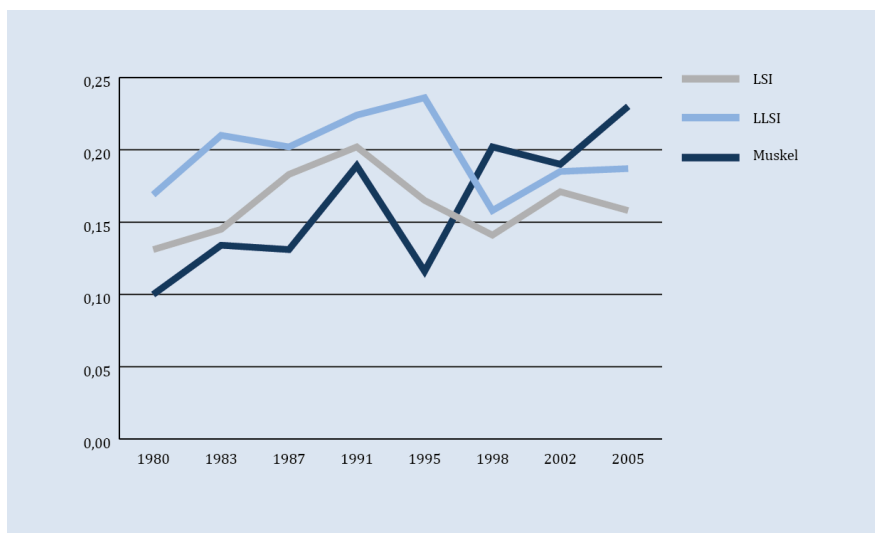
Helseulikhetene etter yrkesklasse endret seg ikke i Nord-Trøndelag fra HUNT 1 til HUNT 2 (Krokstad og Westin 2002).

Andre studier av utviklingen av sosioøkonomiske ulikheter i selv-rapporterte helsemål har vi ikke funnet. Vi har derfor benyttet et datamateriale fra 8 levekårsundersøkelser/ helseundersøkelser (se van der Wel m.fl. 2010) for å undersøke hvilke endringer som lar seg spore i perioden 1980-2005. Det er kun et begrenset antall helsemål som er sammenlignbare over tidsrommet: langvarig sykdom (LSI), langvarig begrensende sykdom (LLSI), og muskel- og skjelettlidelser (Muskel). Figur 5.4 nedenfor viser utviklingen i absolutte og relative forskjeller mellom høyeste og laveste utdanningsnivå (øverst) og mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive (nederst). Figuren viser at de absolutte utdanningsforskjellene i langvarig sykdom (LSI) og langvarig begrensende sykdom (LLSI) er blitt mindre over tid, mens ulikhetene i muskel- og skjelettlidelser (Muskel) øker over tid. De relative ulikhetene ser ut til å være mer stabile. Ulikheten mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive er imidlertid klart økende. Vi kjørte også logistiske regresjonsanalyser der vi kontrollerte for kjønn, alder, yrkesaktivitet og utdanning. For å undersøke om utviklingen over tid var statistisk signifikant la vi inn samspillsledd mellom utdanning/ yrkesaktivitet og undersøkelses-år (1-8). Funnene viser at trendene som kan observeres i figur 5.4 er statistisk signifikante, med minkende

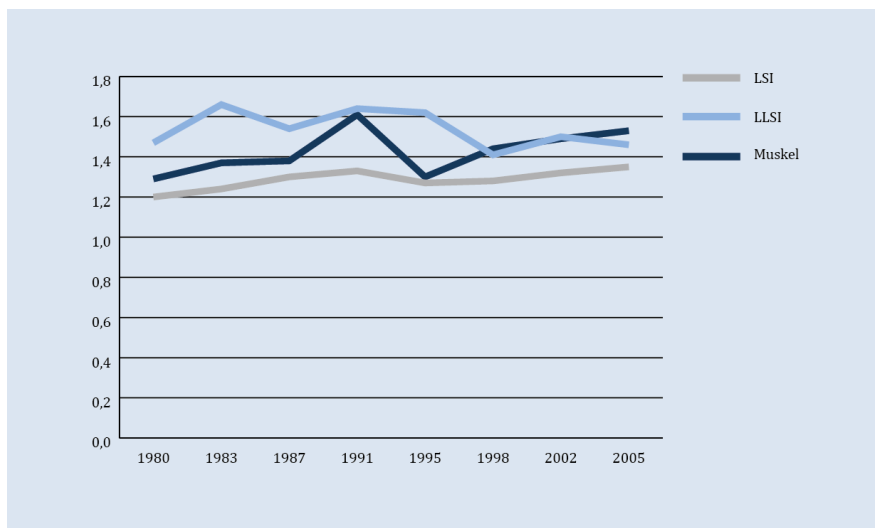
utdanningsrelatert ulikhet i langvarig og langvarig begrensende sykdom, og økende ulikhet i muskel- og skjelettlidelser.

Figur 5.4 Absolutte (over) og relative (under) utdanningsforskjeller i tre selvrapporterte helsemål i perioden 1980 til 2005. Absolutte forskjeller er differansen mellom høy og lav utdanning, mens prevalensen i den ene gruppen dividert på prevalensen i den andre.

Absolutte utdanningsforskjeller



Relative utdanningsforskjeller



Kilde: Egne analyser av Levekårsundersøkelsene.

La oss sammenfatte dette avsnittet: Vi har sett at sosiale ulikheter i dødelighet – som et hovedmønster – er økende i et langtidsperspektiv blant voksne og eldre, mens de har blitt mindre for spedbarn. Strand m.fl. (2010) viste videre at den absolutte og relative ulikheten i dødelighet for menn økte mellom 1960 og 2000 for de fleste dødsårsaker. For kvinner ble den absolutte dødeligheten av hjerte- og karsykdom *mindre*, mens den relative ulikheten av både hjerte- og karsykdom og kreftsykdommer – og særlig lungekreft – økte. De siste

studiene antyder at absolutte utdanningsulikheter i dødelighet for menn har flatet ut. For hjerte- og karsykdom gjelder dette også kvinner.

Når vi ser på selvrapportert helse er bildet mindre klart, men de få studiene som finnes kan tyde på en svak nedgang i utdanningsrelaterte sosiale helseulikheter fra 1980- til 90- tallet. Egne analyser bekrefter delvis dette bildet i perioden 1980-2005 for langvarig begrensende sykdom. I muskel- og skjelettlidelser derimot har det tilsynelatende vært økende ulikheter mellom utdanningsgruppene. Det kan således se ut til at utviklingen i helseulikheter varierer med hvilken helseindikator en studerer. Sett i lys av at helse er et flerdimensjonalt fenomen (se kapittel 4) så er ikke dette så overraskende.

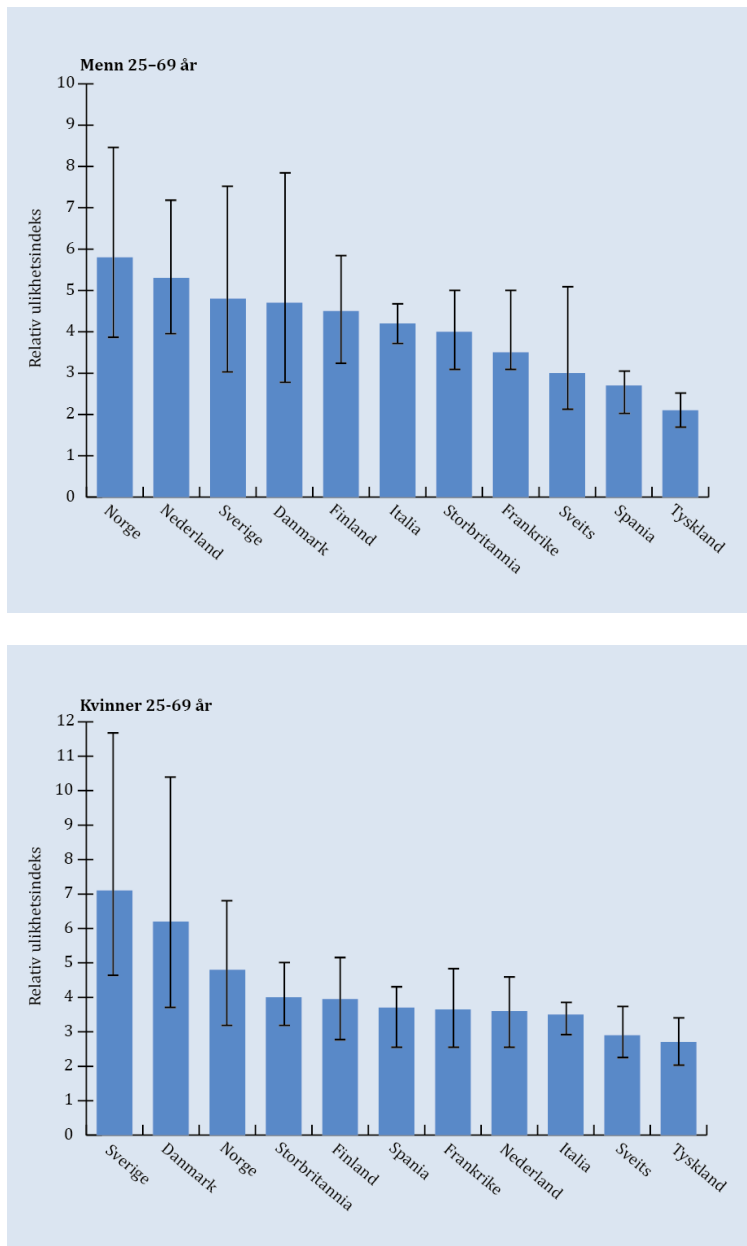
Som diskutert i kapittel 1, Kunnskapsutfordring 2, er det fremholdt som et paradoks at ulikhetene har økt i en epoke preget av mange medisinske fremskritt, velstandsøkning, utdanningsrevolusjon, og sterke sosiale sikkerhetsnett. Relatert til denne utfordringen kan vi notere fra dette avsnittet at ny forskning viser en tendens til en utflating av sosial ulikhet i den voksne befolkningen, og dette er noe vi kommer tilbake til.

5.5 Norske helseulikheter i et komparativt perspektiv

Norge og Norden skiller seg ut i Europeisk sammenheng med lange tradisjoner for en utjevne og omfordelende sosialpolitikk. Å fremme en jevnere fordeling av viktige levekår, slik som inntekt, arbeid, arbeidsmiljø og bolig, har vært en hjørnestein i den «Nordiske velferdsmodellen». Universelle, ofte arbeidsbetingede sosiale rettigheter har blitt kombinert med en målrettet politikk for å løfte samfunnets svakeste opp til et anstendig nivå. Ved blant annet å iverksette tiltak for å redusere fattigdom, tilby gratis adgang til høyere utdanning og et rikt offentlig tjenestetilbud til familier, har en ønsket å sørge for at alle får like gode muligheter til å skape sitt eget liv. Velferdsforskningen har kunnet bekrefte at de nordiske landene utmerker seg i Europa med lave fattighedsrater, lav inntektsulikheter, høy sysselsetting og få arbeidsledige, men også at sosial ulikhet har økt på noen områder og mellom visse sosiale grupper, og at økonomisk ulikhet fortsatt eksisterer (se for eksempel Kvist m.fl. (2012)). Se også kapittel 10 og 15).

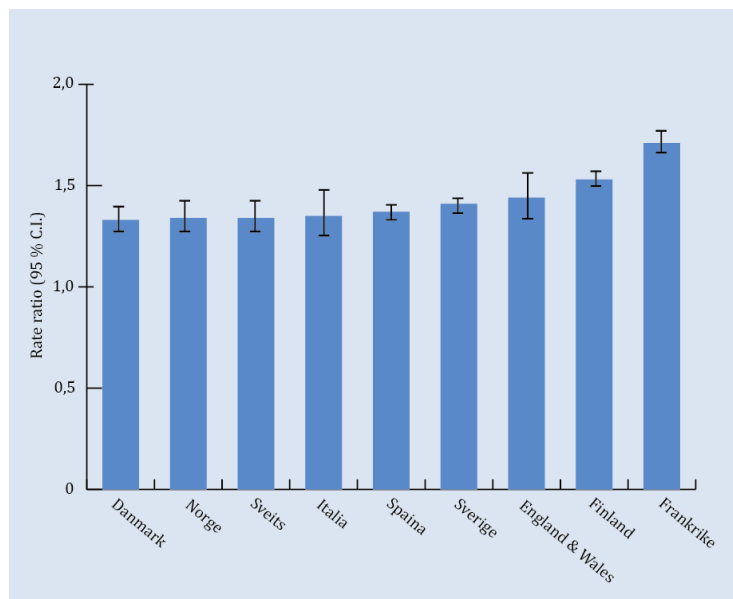
Slik vi omtaler i kapittel 1 under Kunnskapsutfordring 3, har det forbauset mange at de egalitære nordiske landene ikke ser ut til å ha oppnådd mindre sosial ulikhet i helse. Dette ble vist første gang i en artikkel av Lahelma og Arber (1994) som fant større sosiale ulikheter i langvarig begrensende sykdom i Finland, Norge og Sverige enn i Storbritannia, og senere i en bredere anlagt EU- finansiert komparativ studie av Mackenbach m.fl. (1997). Studiene sto i motstrid til tidligere studier fra 80- tallet (Valkonen 1989). Figur 5.5 nedenfor er hentet fra artikkelen til Mackenbach m.fl. (1997) og viser *relativ index of inequality* for selvopplevd helse, etter utdanningsnivå. De sosiale helseulikhetene for menn og kvinner i de nordiske landene er blant de høyeste i utvalget. Resultatene fra analysen av dødelighet etter yrkesklasse (fra samme artikkel) var langt mindre dramatisk, men kunne slå fast at ulikhetene i alle fall ikke var mindre i de nordiske landene enn ellers i Europa (se figur 5.6).

Figur 5.5 Relative index of inequality (etter utdanning) med konfidensintervaller for generell selvrapportert helse for menn (øverst) og kvinner (nederst), 25-69 år.



Kilde: Mackenbach m.fl. 1997, figur 1.

Figur 5.6 Dødelighet etter yrkesklasse for menn i manuelle vs. ikke-manuelle yrker, etter risikodifferanse.



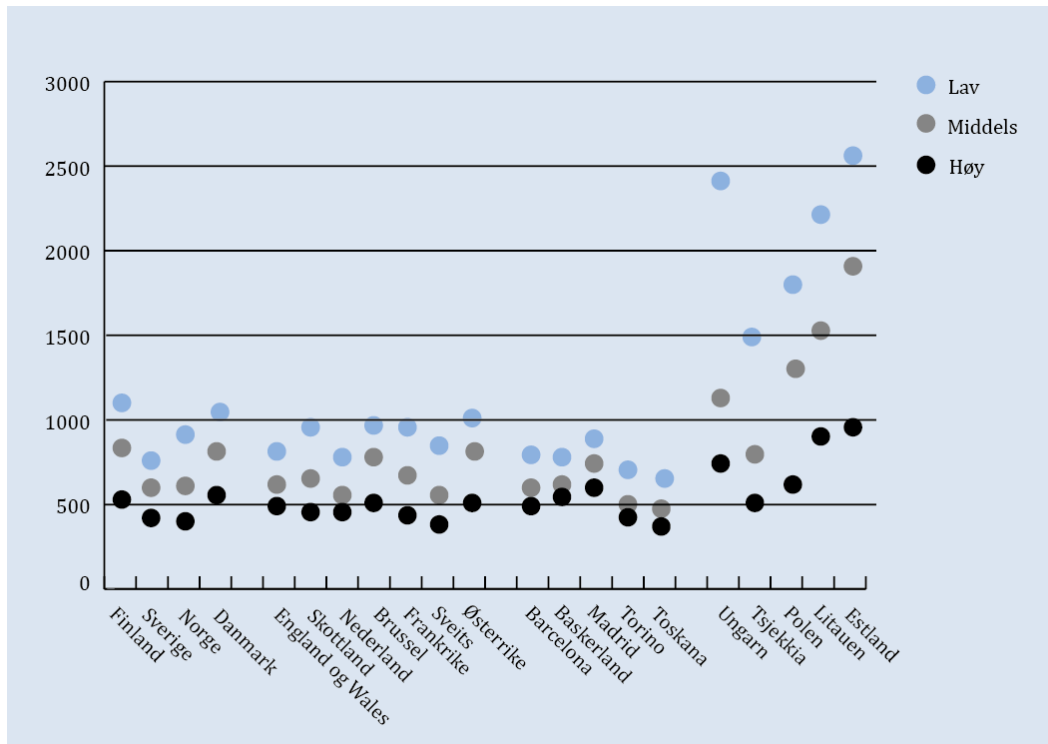
Kilde: Mackenbach m.fl. 1997, tabell 3.

Rapporten fra et nytt EU- finansiert prosjekt elleve år senere bekreftet i stor grad funnene fra den første studien (Mackenbach m.fl. 2008). Igjen er hovedbildet at ulikhetene ikke er minst i de nordiske landene, men snarere på nivå med kontinentaleuropeiske land, og høyere enn i Sør-Europa. Utdanningsulikhetene blant kvinner utviser dette mønsteret enda tydeligere. Studien presenterte også helseulikheter etter utdanning og inntekt for selvrapportert helse. Her skilte Norge og flere andre nordiske land seg ut med ulikheter over det europeiske gjennomsnittet. Heller ikke absolutte forskjeller (slope index of inequality - SII) er lavere i de nordiske landene. For menn var den på 980 for total dødelighet i Norge, mens den var på 862 i Storbritannia og mellom 384 og 662 i Sør-Europa. For kvinner var kontrasten mot Europa enda større. Sverige skilte seg riktignok ut med SII på 625 for menn og 381 for kvinner, og tenderer også til å ha lavere relative forskjeller i dødelighet enn de andre nordiske landene (Finland, Danmark og Norge). Dette gjaldt ikke for selvrapportert generell helse. De største sosiale ulikhetene i helse finner vi i Øst-Europa.

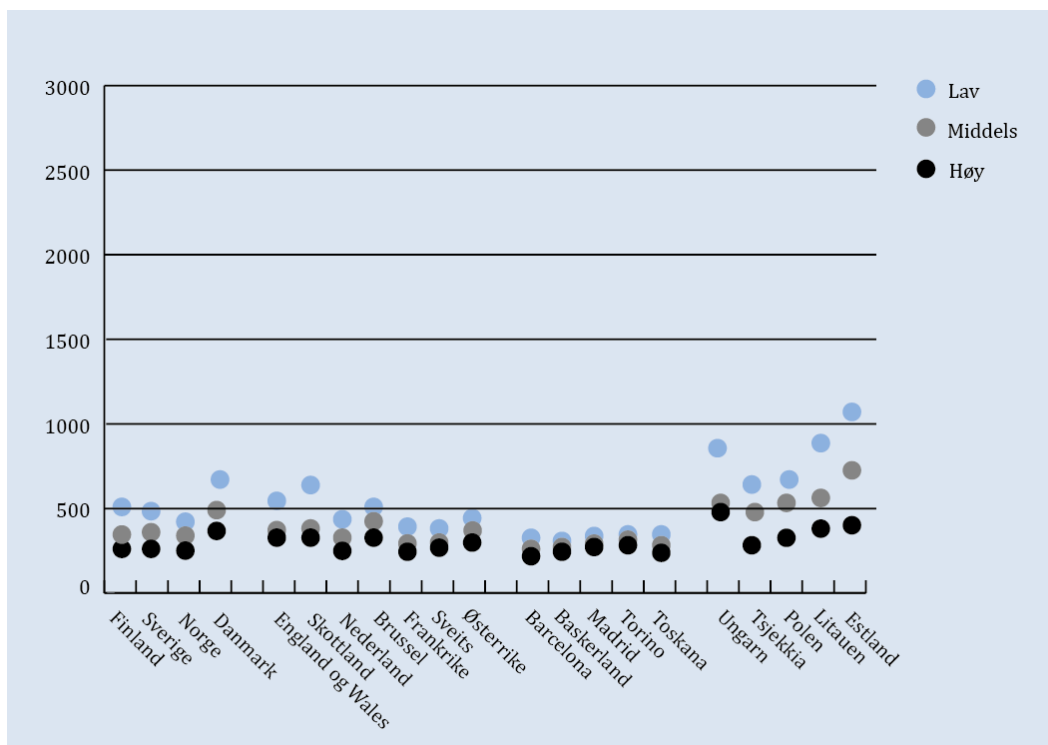
Figur 5.7 nedenfor viser dødelighetsrater for menn og kvinner etter utdanningsnivå i europeiske land tidlig på 2000- tallet (Lundberg m.fl. 2012:89). Av figuren kan vi se det samme mønsteret som er beskrevet i de ovenfor nevnte studiene: Norge og de nordiske landene skiller seg lite fra de øvrige vest-europeiske landene, og har høyere absolutte ulikheter enn mange av de sør-europeiske.

Figur 5.7 Dødelighetsrater etter utdanningsnivå for menn (øverst) og kvinner (nederst).

Menn



Kvinner



Kilde: Lundberg m.fl. 2012:89.

Velferdsstatsregimer

Studier som har gruppert europeiske land i såkalte velferdsstatsregimer (Esping-Andersen 1990, Ferrera 1996) tenderer til å bekrefte bildet fra de to EU- finansierte komparative prosjektene. Eksempelvis viser Eikemo m.fl. (2008) at nivået på de relative utdanningsulikhetene i generell selvrapportert helse og begrensende langvarig sykdom ikke er lavere i det skandinaviske (sosialdemokratiske) regimet enn i det anglo-saksiske (liberale), og høyere enn i det bismarkske (konservative) regimet. Nivåene av helseulikhetene er en ting, men for å si noe om betydningen av en nordisk velferdsstatsmodell for helseulikhetene er det også av interesse å se på hvordan ulikhetene utvikler seg over tid. I forrige avsnitt så vi at dødelighetsstudier har vist økende sosial ulikhet i Norge de siste tiårene, mens bildet er mer uavklart når det gjelder selvrapporterte helse mål. Disse utviklingstrekkene betyr ikke nødvendigvis at de nordiske velferdsstatene ikke har noen gunstig virkning på helseulikhetene. Det er også en mulighet at de nordiske velferdsstatene bremser en utvikling som foregår i enda større grad andre steder. Men la oss først se på utviklingen av de nordiske landene i sammenligning for å kunne fastslå om det er viktige forskjeller mellom disse. Shkolnikov m.fl. (2012) finner at absolutte og relative utdanningsulikheter i dødelighet i befolkningen over 40 år har økt i Finland, Norge og Sverige i perioden 1971-2000. I denne studien var det uklart om endringene var signifikant større/ mindre i enkeltland sammenlignet med de andre. Økningen i sosiale ulikheter fra begynnelsen av åttitallet til begynnelsen av nittitallet var ikke mindre i Finland, Danmark, Norge og Sverige enn i England og Wales og Torino (Italia) (Mackenbach m.fl. 2003). Reduksjonen i totaldødelighetsraten for gruppen med manuelle yrker var 17 (per 1000) i Norge, 13 i England og 19 i Italia. Reduksjonen var minst i Finland (8 per 1000). Trender for den samme perioden i utdanningsulikheter i selvrapportert helse viste stor grad av stabilitet over tid, også blant de nordiske landene som var med (Kunst m.fl. 2005).

Disse hovedtrekkene gjenfinnes også i et stort antall forskningsartikler, selv om enkelte studier også finner mindre ulikheter i nordiske land (Brennenstuhl m.fl. 2012). De siste årene er det kommet noen litteraturoppsummeringer som går gjennom funnene i dette forskningsfeltet. Dahl og kollegaer gikk gjennom litteraturen i 2006 med sikte på å avdekke hvorvidt helseulikheter var mindre i sosialdemokratiske velferdsstater og konkluderte med at «tilgjengelig forskning viser at helseulikheter ikke er konsistent, signifikant eller systematisk mindre i sosialdemokratiske land». Av 10 studier identifisert av Beckfield og Krieger⁸ (2009) om helseulikheter og velferdsstat (helsetjenester unntatt), og som sammenlignet minst to land, var det bare 3 som fant støtte for en beskyttende effekt på helseulikheter i nordiske land⁹. Konklusjonen i Bamba (2012) gikk i samme retning.

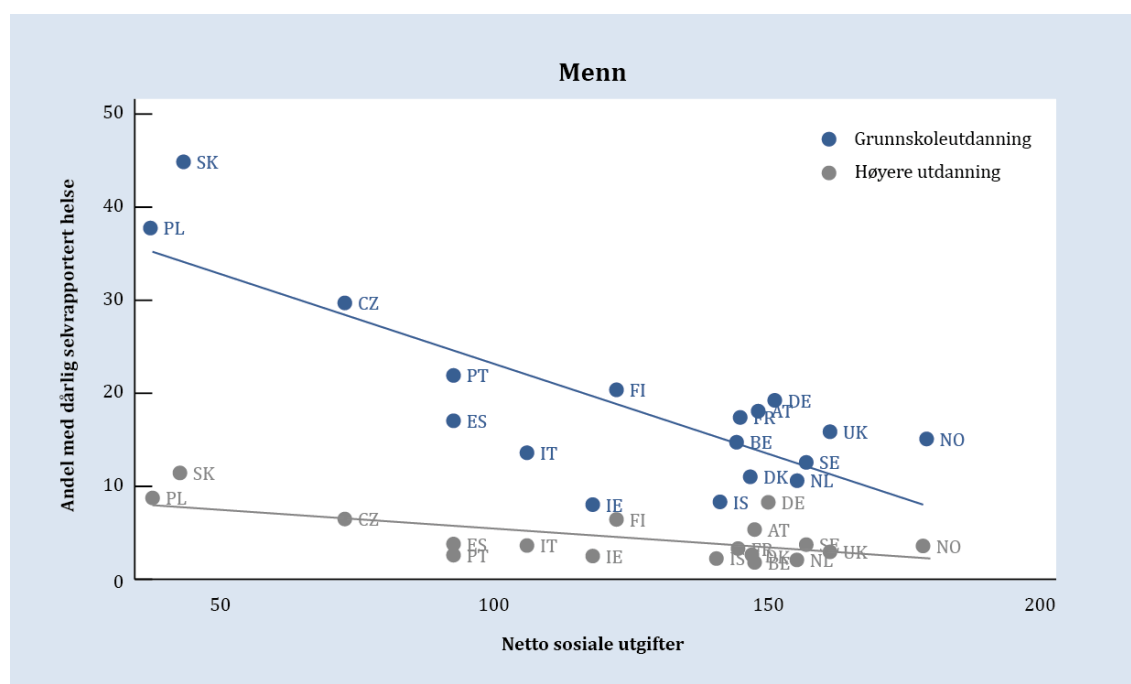
⁸ Litteraturoppsummeringen inkluderte artikler som 1) eksplisitt og empirisk testet endringer i helseulikhetstrender i relasjon til a priori hypoteser om politiske endringer, eller 2) eksplisitt og empirisk testet forskjeller mellom helseulikheter i ulike land (tverrsnitt eller over tid) knyttet til «politiske hypoteser». Rene deskriptive studier ble ekskludert. Totalt 45 studier ble inkludert i utvalget (Beckfield og Krieger, 2009:155).

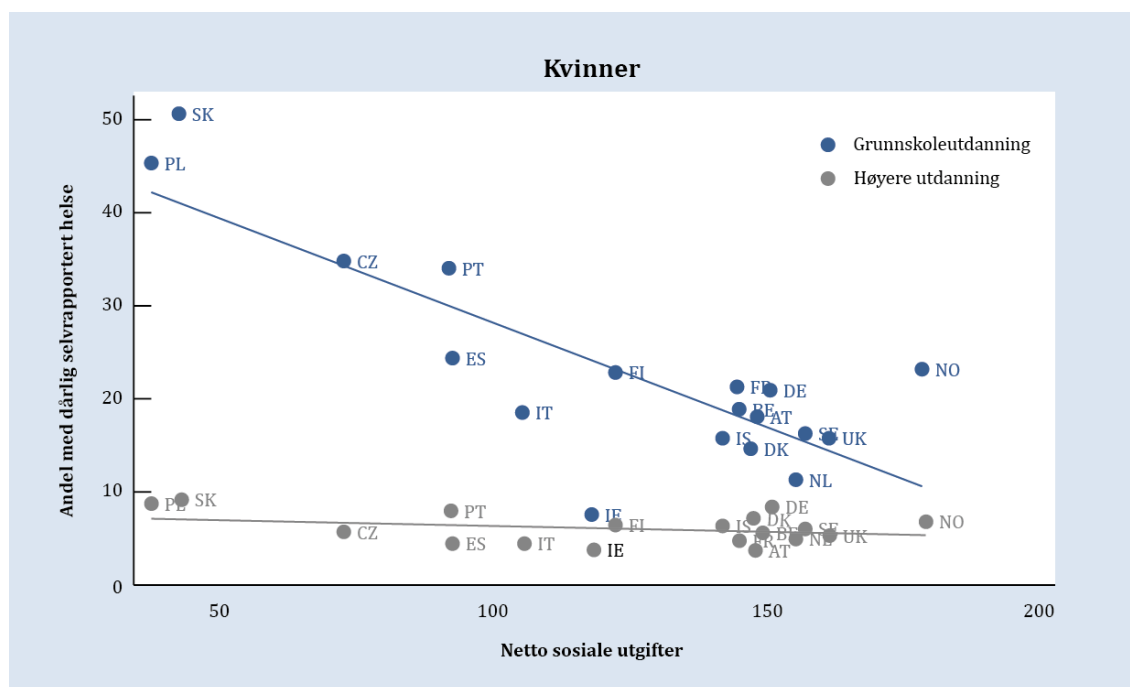
⁹ En av disse var en sammenligning av Island og USA, mens de to andre sammenlignet et større antall europeiske land.

Muntaner m.fl. (2011) fant at 65 prosent av studiene viste mindre helseulikheter i sosialdemokratiske velferdsstatsregimer. Brennenstuhl m.fl. (2012) er den siste oppsummeringen av artikler som har undersøkt sammenhengen mellom velferdsstat, helse og helseulikheter. I likhet med de foregående litteraturoppsummeringene finner også forfatterne av denne artikkelen lite støtte til teorien om at sosialdemokratiske velferdsstater har bedre folkehelse og/ eller mindre helseulikhet. Av 10 studier som hadde gruppert land i velferdsstatsregimer kunne ingen gi støtte til denne forventingen, men 4 rapporterte tvetydige resultater. Et viktig poeng fra denne oppsummeringen er at den finner langt mer konsistent støtte for en slik teori i studier som har implementert spesifikke politiktparametere i de statistiske modellene.

Eksempler på slike variable er dekommodifisering, velferdsstatssjenerøsitet, grad av to-inntektsfamiliepolitikk, og dekningsgrad. Lundberg m.fl. (2008a) prøvde i større grad å benytte slike politikvariable i analysene og kom frem til at en universell og generøs sosialpolitikk hadde positive effekter på folkehelse og ulikhet helse. Figur 5.8 viser et eksempel på resultatene fra en slik studie (Dahl og van der Wel 2013). Figuren viser at helse blant menn og kvinner med grunnskoleutdanning jevnt over blir bedre ettersom sjenerøsiteten i de sosiale utgiftene øker, mens det for dem med høyere utdanning ikke har så stor betydning hvor de bor. I likhet med i figur 7 ovenfor er de øst-europeiske landene preget av store sosiale ulikheter i helse, og disse har også de minst sjenerøse velferdsstatene. Blant de nord- og vest-europeiske landene er forskjellene mellom landene mindre, både når det gjelder velferdsstatenes sjenerøsitet og størrelsen på de sosiale helseulikhetene.

Figur 5.8 Sammenheng mellom sosiale utgifter og aggregert dårlig selvrapportert helse blant de med grunnskole- og høyere utdanning. Separate analyser for menn (øverst) og kvinner (nederst). Vektete data.





Kilde: Dahl og van der Wel 2013:64.

Som et supplement til å sammenlikne ulikhet på tvers av land er det blitt foreslått å sammenlikne helsenivået blant de dårligst stilte. Som man ser av figur 8 over vil ikke en slik sammenligning gi noe enkelt svar. Helsen til de med lav utdanning er ofte ganske lik i land med forskjellig velferdsstat (for eksempel Norge, Tyskland og Spania som tilhører hvert sitt velferdsstatsregime), og noen ganger veldig forskjellig mellom land som er ganske like med hensyn til velferdsstat (for eksempel Italia og Portugal, Danmark og Norge, Tyskland og Nederland). I det nordiske regimet skiller Norge og Finland seg ut med dårligere gjennomsnittlig helse blant lavt utdannede. Særlig blant lavt utdannede norske kvinner er det en høy andel som rapporterer dårlig helse sammenlignet med land som har tilsvarende sosiale utgifter.

Dersom vi sammenligner dødelighetsnivåene på tvers av land blant menn i manuelle yrker er bildet noe annerledes: Lundberg m.fl. (2008:57) viser at dødeligheten er lavere blant ufaglærte arbeidere i Sverige enn i andre land, men at nivåene er temmelig høye i Finland og Danmark, og høyere der enn i England og Torino (Italia). I en fersk studie ble gjennomsnittlig alder ved død sammenlignet på tvers av 11 europeiske land (van Raalte m.fl. 2012). Funnene herifra viser blant annet at norske lavutdannede menns alder ved død ikke var høyere enn i andre vest-europeiske land, og mer enn 2 år lavere enn i Sverige og Frankrike. Det samme gjaldt for kvinner. Gruppen med høy utdanning utviste mindre variasjon i gjennomsnittsalder ved død på tvers av land, og derfor var også de absolutte utdanningsforskjellene noe større i Norge enn i de fleste vest-europeiske sammenligningslandene.

Oppsummert: Mange, men ikke alle studier viser at det ikke er støtte til tesen om at Norge og de andre nordiske land har mindre helseulikheter enn vest-europeiske land, slik en

kanskje skulle forvente ut fra SDH- perspektivet. Utviklingen over tid i de nordiske landene har heller ikke vært mer fordelaktig.

5.6 Oppsummering og diskusjon

I dette kapittelet har vi sett at den norske folkehelsen i stort er god, men at det også er et stort rom for forbedringer. Angst, depresjon og ADHD er vanlige lidelser blant de yngste, og andelen barn som er overvektig øker i befolkningen. Både fedme og psykiske lidelser er sosialt skjevfordelt etter foreldrenes utdanningsnivå. Det samme gjelder premature fødsler, spedbarnsdødelighet og opplevelse av smerter. I voksen alder er kroniske sykdommer på fremmarsj, slik som diabetes 2, kreft, luftveissykdommer og fedme. I tillegg er det flere nå enn før som overlever hjerneslag, hjerteinfarkt og kreft, og som lever med helse- eller funksjonsnedsettelse som følge av dette. Muskel- og skjelettlidelser og smerter er mer utbredt i Norge enn i andre europeiske land. Økt levealder fører til en opphopning av helseproblemer hos mange eldre, og også andelen med demens øker ettersom stadig flere oppnår en høy alder.

Vi har sett at sosiale helseulikheter er et fenomen som gjenfinnes i nært sagt alle livets faser, og for de fleste helsemål og dødsårsaker. Helseulikhetene har form av en gradient som strekker seg gjennom hele det sosiale hierarkiet, men sosial posisjon er viktigere for helsen på «bunnen» enn på «toppen» av skalaen. Sosiale helseulikheter finner vi også både blant menn og kvinner. Ulikhetene er riktignok ofte mindre blant kvinner, men her vil valg av mål for sosioøkonomisk status og helse også ha betydning. I dette kapittelet har vi tegnet opp det store bildet. I de etterfølgende kapitlene vil fremstillingen bli mer detaljert, og fokuset blir snevret inn på de enkelte helsedeterminantene.

Vi har også presentert kort de observerte helseulikhetsmønstrene som ligger bak kunnskapsutfordringene for sosial determinant-perspektivet. Kunnskapsutfordring 2 handler om at helseulikhetene øker på lang sikt til tross for alle materielle, medisinske og sosiale forbedringen som har kjennetegnet siste halvdel av forrige århundre. Kunnskapsutfordring 3 viser til det paradoksale i at likhetsorienterte nordiske land, med velutbygde universelle og omfordelende velferdsstater, ikke også har mindre helseulikheter enn land med større sosial økonomisk ulikhet og mindre utbygde velferdsstater. Utviklingen over tid i de nordiske landene har heller ikke vært mer fordelaktig enn i Europa ellers. Disse utfordringene kan fortolkes på flere vis.

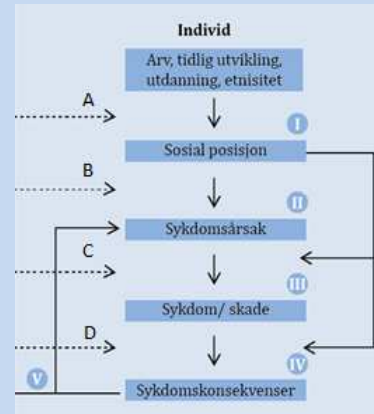
- En kan akseptere funnene og konkludere med at sosial determinant-perspektivet ikke ser ut til å være så viktig som først antatt.
- En kan argumentere for at det å endre sosiale helseulikheter tar tid, ettersom helsens viktigste determinanter er å finne i tidlig oppvekst. Reduksjonen i helseulikhetene vil i følge en slik antakelse først begynne å vise seg med minst en generasjons forsinkelse.

- En kan argumentere for at andre determinanter enn de økonomiske er viktigere, slik som endringer i helsevaner og arbeidsmiljø. Dette er faktorer som man sjelden kan statistisk kontrollere for i trendstudier og i internasjonale sammenligninger.
- Til slutt kan en argumentere for at resultatene fremkommer som følge av metodiske valg og operasjonaliseringer av variabler. Den statistiske beregningen av ulikhet, hvordan sosioøkonomisk posisjon måles, og hva slags mål på helse som benyttes kan virke inn på resultatene.

Disse kunnskapsutfordringene tar vi med oss gjennom rapporten, og vi vil i siste kapittel gi en drøfting av hvordan disse kan forstås i lys av foreliggende forklaringer og tilgjengelig kunnskap.

6 Oppvekst

Ut fra analysemodellen (figur 3.2) i kapittel 3 handler det her om mekanisme I – samspillet mellom hvordan sosial bakgrunn og samfunnsinstitusjonene påvirker barn og unges etablering i den sosioøkonomiske strukturen. Disse prosessene influeres blant annet av politiske intervensjoner som er anskueliggjort ved pil A i analysemodellen.



6.1 Innledning

I dette kapittelet diskuterer vi de første fasene i menneskers livsløp. Vi fokuserer på forholdet mellom sosial bakgrunn, levekår og helse og helsevaner i barne- og ungdomsårene, og hvordan tidlige sosiale vilkår og helsemessige forhold spiller sammen og former folks livsløp.

Vi legger vekt på fosterstadiet og fødsel, men kommer også inn på forhold senere i barne- og ungdomsår. Familie og slekt, fysisk nærmiljø, barnehage, skole, fritidsordninger/ aktiviteter, og relasjonene til jevnaldrende er alle av betydning for levekår og helse tidlig i livet. Vi skal også vende søkelyset mot helse- og velferdstjenester rettet mot barn og unge. Til grunn for valget av dette fokuset ligger livsløpsperspektivets innsikt i, og insistering på, at læring og sunn utvikling de første leveårene er avgjørende for barnets muligheter, personlige vekst og senere livssjanser. Samtidig søker vi å fastholde at individuelle livsløp formes av strukturelle og institusjonelle rammebetingelser. Neste kapittel dreier seg om utdanningsinstitusjonenes rolle. Kapittelet bygger i stor grad på underlagsrapporten skrevet av Annett Arntzen (2013).

6.2 Ulikhet i levekår blant barn og ungdom

De aller fleste barn i Norge har gode levekår. I takt med den alminnelige velstandsutviklingen har de også fått det enda bedre på de fleste levekårsområder (Statistisk sentralbyrå 2007). Når det gjelder barns velferd rangerer UNICEF (2013) Norge på andreplass, etter Nederland. Interessant nok er det særlig helse og sikkerhet som trekker resultatet noe ned. Mens Norge er ledende på materielle kår for barn og unge blant OECD-landene, rangeres landet på sekstende plass på helsemål i denne gruppen (OECD-tall fra 2009, i Lorentzen m.fl. 2011:92).

Sju prosent av norske barn lever i familier som kan defineres som vedvarende fattige (Morvik m.fl. 2012). Andre fattigdomsdefinisjoner vil gi større andeler (Seim og Larsen 2011:166, se også kapittel 10). Andelen barn som opplever langvarig inntektsfattigdom er fordoblet i tiårsperioden fra 1997–1999 til 2007–2009. Fattigdom finner vi særlig i hushold uten yrkesaktive; der hovedforsørger har lav eller ukjent utdanning; som mottar sosialhjelp eller offentlige ytelser; med ikke-vestlig innvandringsbakgrunn; med mange barn, og hushold med enslig forsørger (Nadim og Nielsen 2009, Morvik m.fl. 2012: kapittel 1). Foreldrenes yrkestilknytning er faktoren med størst effekt på risikoen for lav inntekt, særlig dersom ingen av foreldrene er yrkesaktive (Statistisk sentralbyrå 2007). Antall barn er tilsynelatende en viktig faktor: blant par med minst fire barn hadde 21 prosent vedvarende lavinntekt i treårsperioden 2005–2007, en andel som øker til 41 prosent for par med minst fem barn. Blant enslige forsørgere øker også risikoen for vedvarende lavinntekt med stigende barnetall, og det er i første rekke manglende yrkesaktivitet som har betydning (NOU 2009:10, s.65).

Sosial ulikhet blant barn kommer også til uttrykk gjennom eksponering for uheldige miljøfaktorer. Det er påvist ulikhet etter foreldrenes utdanning og inntekt når det gjelder andelen barn som plages av negative miljøeffekter slik som støv, lukt, støy og annen forurensning (Dybing og Stoltenberg 2009, Kjølvik 2012:47, 55). Forskjellene er særlig tydelige etter utdanningsnivå: 20 prosent av barn som har lavt utdannede foreldre opplever slike problemer, mens andelen er kun fem prosent blant barn hvis foreldre har høyere utdanning.

Stabil og trygg familietilknytning er en sentral forutsetning for harmonisk vekst og trivsel (Arntzen 2013:41). Omlag 25 000 barn opplever at foreldre skilles hvert år, samboerbrudd inkludert. For anslagsvis en tredjedel av disse barna får det negative følger, slik som depresjon, utagerende atferd og problemer på skolen (Morvik m.fl. 2012). Det er særlig konflikt mellom foreldrene som bidrar til dette. Et nytt trekk er at skilsmisser i økende grad skjer i familier med lavere sosioøkonomisk posisjon. Det er påvist en tydelig sosioøkonomisk gradient i andelen barn og unge (11-16 år) som lever i skilsmisefamilier: andelen minker med høyere sosioøkonomisk status (Samdal m.fl. 2012b:14). Utdanningsforskjellene i familieoppløsning er større i Norge enn i flere andre land (Lyngstad 2004).

Utover familiesituasjonen er fritidsaktiviteter viktige for en positiv utvikling for barn. Fritidsaktiviteter bidrar til muligheter for utfordrende og komplekse erfaringer, og til å utvikle relasjoner til voksne og jevnaldrende. Slike aktiviteter er forbundet med mindre problematferd og større tilbøyelighet for sunn tilpasning senere i livet (Samdal 2012b). I diskusjonen av ungdoms fritid og sosiale tilhørighet skriver Sletten i sin avhandling (2011:58) at «[u]ngdom befinner seg i en særlig overgangsfase, og det er nærliggende å anta at opplevelsen av å være anerkjent og inkludert blant jevnaldrende er med på å forme deres planer og handlingsvalg rettet mot framtiden». Hun fremhever videre at mens dette er viktig

i selve ungdomstiden, «kan opplevelsen av å være inkludert/ ekskludert blant jevnaldrende i ungdomstiden få betydning for reproduksjon av sosial ulikhet på lang sikt».

Det er dokumentert en sosial gradient i både jenters og gutters deltakelse i flere typer organiserte fritidsaktiviteter. Studier tyder på at økonomisk knapphet i barnas hjem begrenser deres muligheter til deltakelse i fritidsaktiviteter (Thorød 2012). Ungdom i familier med dårlig økonomi deltar sjeldnere i organiserte aktiviteter enn jevnaldrende fra bedrestilte familier (Stefansen 2004, Kristofersen 2008, Sletten 2011). Andel barn som deltar i organisert aktivitet stiger med høyere sosioøkonomisk bakgrunn. Det gjør også deltakelse i antall aktiviteter (Leversen 2010).¹⁰ Dette gjelder både for bruk av kulturskole og idretts- og friluftaktiviteter (Gustavsens 2011:30). Fritidsaktivitetenes pris ser i denne sammenheng ut til å ha betydning (Seippel m.fl. 2011:21), også for den lavere deltakelsen blant barn av innvandrere (Kleppe 2013).

For ungdom er fritidsklubber en institusjon hvor de kan knytte voksenkontakt, noe som er spesielt viktig for ungdom som har færre ressurser og dårligere tillitsforhold til foreldre, som kjennetegnet mange av guttene som brukte fritidsklubber i Øya sin studie (Øya 2009, i Vestel og Hydle 2009:30). Klubbledere har stor tillit blant de unge, og for mange er det også et sted hvor man holder seg unna rus og annen uønsket atferd (s.12). Klubbene er dessuten en arena for sosial kvalifisering, og kan styrke ferdigheter, holdninger og selvinnsikt; de unge kan forbedre selvbildet og endre livsretning, oppførsel og væremåte mer i tråd med samfunnsnormer. Klubbene tiltrekker seg både et mangfold av ungdom samt utsatte grupper, og dekker slik sitt politiske mål. Antall fritidsklubber har sunket betraktelig siden midten av 1980-tallet, og det har vært en tydelig nedgang i antall årsverk på 2000-tallet (NOU 2013:4, s.262).

Det er videre funnet at barn og unge med nedsatt funksjonsevne har mindre mulighet til å delta i organiserte fritidsaktiviteter enn ønsket. For å forbedre situasjonen er det blitt foreslått styrking av støttekontaktordningen, økt og gratis transporttilbud til aktivitetene, samt bedre informasjonstilgang og samarbeid mellom frivillig og kommunal sektor (Barne- og likestillingsdepartementet 2009:14-15).

6.3 Ulikhet i helse blant barn og ungdom

Påstanden om at markerte sosiale helseforskjeller i barndomsårene erstattes av en langt jevnere helsefordeling i ungdomsårene er en omdiskutert hypotese. Begrunnelsen for hypotesen er at familiens «klasseinnflytelse» avtar i betydning utover i barneåra og inn i ungdomsåra, mens en utjevne «aldersinnflytelse» tiltar, for eksempel gjennom påvirkning fra skole, jevnaldrende og ungdomskultur (West 1997). Norske analyser bekrefter

¹⁰ Samtidig er en aktiv fritid mer enn organiserte aktiviteter.

imidlertid ikke en slik hypotese (Koløen 2008:4). I dette avsnittet skiller vi derfor ikke strengt mellom sosiale helseforskjeller en finner blant barn og de en finner blant ungdom.

Generelt har norske barn og ungdom god helse (St. meld. 34 (2012-2013)). Likevel henger sosial ulikhet systematisk sammen med helsen til spedbarn, småbarn og ungdom, i Norge som i andre land (Næss m.fl. 2007a, Pillas m.fl. 2013). Vi går her grundigere inn på norske forskingsbidrag som har studert relevante helseutfall og risikofaktorer, slik som helsevaner.

Spedbarnsdødelighet og fødselsvekt

Første leveåret er en sårbar periode. Spedbarnsdødeligheten, antall barn som dør i løpet av første leveår av 1000 levendefødte, har gått markant ned etter krigen i Norge. I 2011 var den på et historisk lavt nivå: 2,4 per 1000 levendefødte. I Norge er dødsfall blant barn over ett år sjelden. I 2010 ble det registrert 133 dødsfall blant barn mellom 1 og 17 år.

Tabell 6.1 Neonatal (0-27 dager) og postneonatal (28-364 dager) dødelighet i fire tidsperioder.

Fødselsår	Neonatal død				Postneonatal død			
	1967-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2010	1967-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2010
Risiko differanser ¹	3,47	1,73	0,8	1,41	0,7	1,84	1,58	0,87
(95% konfidensintervall)	(2,92-4,02)	(1,25-2,21)	(0,40-1,20)	(1,02-1,80)	(0,34-1,06)	(1,40-2,28)	(1,26-1,90)	(0,61-1,13)
Relativ risiko ²	1,52	1,47	1,26	1,67	1,23	1,61	2,32	2,28
(95% konfidensintervall)	(1,41-1,63)	(1,32-1,63)	(1,12-1,41)	(1,47-1,90)	(1,10-1,38)	(1,43-1,81)	(1,98-2,72)	(1,86-2,80)

¹ Risikodifferanser (per 1000 levendefødte) mellom mødre med lav og høy utdanning. Hvis konfidensintervallene ikke inneholder verdien 0 er sammenhengen statistisk signifikant

² Relativ risiko (crude OR fra logistisk regresjon), referansegruppen er mødre med høy utdanning. Hvis konfidensintervallene ikke inneholder verdien 1 er sammenhengen statistisk signifikant

Kilde: Arntzen 2013, analyser gjort for dette prosjektet.¹¹

Tabell 6.1 viser at absolutte forskjeller (risikodifferansen) i *neonatal* dødelighet (0-27 dager) er statistisk signifikante for alle fire fødselskohortene (en i hvert tiår), og har blitt redusert for hver nye kohort, med unntak av den siste. Vi kan ikke fastslå om trenden har flatet ut eller om ulikhetene er i ferd med å øke, siden forskjellen i 2000-2010-kohorten ikke er signifikant forskjellig fra 1990-1999-kohorten. De relative ulikhetene i neonatal dødelighet viser en svak tendens til mindre ulikheter i de første tre kohortene, selv om kun forskjellen mellom 1967-1979 og 1990-1999 er signifikant. Fra 1990-1999 til 2000-2010 er det imidlertid en økning i de relative ulikhetene.

¹¹ Datagrunnlaget er knyttet til prosjektet «Fødsel, sosiale og etniske forskjeller, og senere dødelighet hos barn og foreldre», som tar utgangspunkt i en forskningsfil (Perinatalfilen) som kobler opplysninger fra Medisinsk fødselsregister (MFR), Dødsårsaksregisteret og demografiske data fra SSB. Fødsler i Norge registrert i MFR fra 1967-2010.

De absolutte ulikhetene i *postneonatal* dødelighet (28-364 dager) økte mellom 1970- og 1980-tallet. Deretter fulgte en signifikant reduksjon mellom 1990- og 2000-tallet. De relative forskjellene i *postneonatal* dødelighet økte fram mot 2000-tallet, og har siden flatet ut. I tillegg til å gi nye tall for 2000-tallet, samsvarer denne analysen med de tidstrendene som ble funnet i en tidligere studie av endringer i spedbarnsdødelighet for perioden 1967-1998 (Arntzen m.fl. 2004).

Fødselsvekt regnes som den viktigste determinanten for nyfødte barns overlevelse og vekst (Unicef 2013:13). Undersøkelser fra en rekke land viser at lav fødselsvekt, som ofte er korrelert med for tidlig fødsel, er forbundet med senere ugunstige utfall innen vekst, kognitiv utvikling, skolegang, fruktbarhet, arbeidsmarkedstilpasning og giftemål (se Arntzen 2013 for en utdypende diskusjon). Det er også påvist en klar sammenheng mellom foreldrenes sosioøkonomiske status og lav fødselsvekt i alle nordiske land (Mortensen m.fl. 2008, Stamnes Kjøpp m.fl. 2012). Gradienten er brattest i Danmark, etterfulgt av Norge, Sverige og Finland, hvor den sosiale gradienten i lav fødselsvekt har blitt redusert over tid (Mortensen m.fl. 2008). Det pågår imidlertid en diskusjon om hvorvidt det er lav fødselsvekt i seg selv som er årsaken til slike ugunstige tilstander på folkehelsenivå, eller om lav fødselsvekt er en markør for andre forhold som representerer årsaksmekanismen(e). Wilcox-Russel hypotesen framholder nettopp at det er en tredje faktor som påvirker både fødselsvekt og spedbarnsdødelighet (Wilcox 2001 og 2002). På befolkningsnivå er det derfor uklart om høyere fødselsvekt i seg selv vil gi bedre leveutsikter for barn.

Selvrapportert helse

Som beskrevet i kapittel 5 har de fleste barn, ifølge foreldrene, god helse, men selvvurdert helse blant ungdom følger den sosiale gradienten (Grøtvedt og Gimmestad 2002).

En studie av hvorvidt fattigdom påvirket ungdommers subjektive helseplager fant at ungdommer som vokste opp i fattige familier oftere enn andre jevnaldrende opplevde helsen sin som dårligere (Elstad og Pedersen 2012b:4726). Forfatterne oppsummerer (vår oversettelse):

Funnene indikerer at for ungdommer som bodde i relativt fattige familier hadde familiens økonomiske situasjon en negativ effekt på utviklingen av ungdommenes subjektive helse fra alderen 10-12 til alderen 16-18. Resultatene for nivået på subjektive helseplager da disse ungdommene var 16-18 år anslår også en liknende konklusjon om en viss negativ effekt av begrensede økonomiske ressurser i ungdommenes familie, skjønt denne siste effekten var svakere.

Ung i Norge 2013 finner at norske ungdomsskoleelever generelt har det godt, men at ungdom i familier med dårlig råd (fem prosent i utvalget oppga dette) oppgir dårligere helse og livskvalitet. Færre i denne gruppen oppgir dessuten å være motivert for skole eller å være med på organiserte fritidsinteresser. Det er også større risiko for rusmisbruk, vold, mobbing og kriminalitet i denne gruppen (NOVA 2013:3).

Det viser seg at ulikhet i helseatferd er av betydning for å forklare den sosioøkonomiske gradienten i selvvurdert helse blant norsk ungdom. En studie av helseatferd i et utvalg av 11- til 16-åringer undersøkte hvorvidt kosthold, fysisk aktivitet, stillesittende aktivitet/mye tv-titting, røyking og alkoholbruk kunne forklare sosial ulikhet i selvvurdert helse. Kontrollert for disse indikatorene på helseatferd var det en klar reduksjon i risikoen for dårlig selvvurdert helse (Thorsheim m.fl. 2007).

Ulykker og skader

Det er ingen vesentlige sosiale forskjeller i barns tilgang til trygge lekeområder etter foreldrenes inntekt, i motsetning til når den er målt ved foreldrenes utdanningsnivå. Mindre enn halvparten av de yngste barna med lavt utdannede foreldre hadde tilgang til trygge områder, sammenlignet med 62 prosent av barna med høyt utdannede foreldre (Kjelvik 2013:17-19). I tillegg bor nesten halvparten av de yngste barna hvis foreldre kun har grunnskoleutdanning i et trafikkfarlig område. Blant barna hvis foreldre har videregående eller høyere utdanning er andelen på henholdsvis 26 og 28 prosent.

Ulykker og skader forekommer oftere blant barn og ungdom i familier med lavere sosioøkonomisk posisjon. En systematisk litteraturoversikt rapporterer sosiale gradienter etter de fleste former for ulykker, slik som for fall, trafikk, brann og forgiftning (WHO 2010a). Det er imidlertid forskjeller mellom aldersgruppene i oppvekstårene. En svensk studie av fall, trafikk, vold og selvpåførte skader i aldersgrupper fra 0 til 19 år fant at absolutte sosioøkonomiske forskjeller øker og er størst i de eldste aldersgruppene (Engström m.fl. 2002, se også Alver m.fl. 2009) En norsk studie finner at barn som fikk skader som krevde sykehusbehandling oftere kom fra familier som opplevde økonomiske problemer (Myhre m.fl. 2012). Denne sammenhengen med familiens økonomi forble signifikant etter statistisk kontroll for en rekke andre familieforhold og egenskaper ved barnet.

Barn og ungdom i alderen 10-20 år skader seg hyppigst, og unge gutter topper ulykkesratene (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2004/2013). I vestlige land er trafikkulykker den viktigste dødsårsaken blant barn og ungdom. Her finner vi den sterkeste sosiale gradienten, og det er høyere ulykkestall oppover aldersgruppene (Laflamme og Diderichsen 2000, WHO 2010a). Gradienten varierer likevel etter kjønn og ulykkestype. En svensk kohortstudie fant gradienter i alle formene for trafikkulykker, men at den var mest markant for ulykker som involverte motoriserte kjøretøy (Hasselberg m.fl. 2001). Det har vært en stor reduksjon i antall alvorlige trafikkulykker blant barn og unge siden slutten av 1970-tallet, men i de ulykkene som forekommer ser vi at unge gutter har større ulykkesrisiko jo lengre opp i tenårene de kommer (Kjelvik 2012:23). I en norsk registerbasert studie av unge (16-20 år) og ulykker med motoriserte kjøretøy var gradienten tydeligere etter foreldrenes utdanningsnivå enn etter fars inntektsnivå (Kristensen m.fl. 2012). Europeiske studier rapporterer at mer depriverte boligområder utgjør en større risiko for alle typer trafikkulykker, og i en studie fra England var det sågar større risiko for barn enn for voksne (WHO 2010a). En studie fra Stockholm-regionen fant signifikante sosioøkonomiske nabolageffekter for ulykker blant

sjåfører av motoriserte kjøretøy, men lave og relativt små sosiale gradienter for sykkel- og fotgjengerulykker (Laflamme m.fl. 2009). I norsk sammenheng har vi ikke funnet studier av sosiale gradienter i ulike trafikkgrupper.

Vi vet lite om den sosiale fordelingen av risiko for selvmord blant norsk ungdom, men en registerbasert studie av unge (10-21 år) som hadde begått selvmord i Danmark mellom 1981 og 1997 (n=496) finner at den største risikofaktoren var psykiske problemer blant ungdommene, og at den høye relative risikoen ved å ha foreldre med lav sosioøkonomisk status ble redusert ved kontroll for familiens psykiske helse og selvmord i familien (Agerbo m.fl. 2002).

Vold mot barn og ungdom

Forskning på vold finner en tydelig sosial gradient i risikoen for villet skade, så også blant ungdom (Engström og Laflamme 2002). Anslagsvis 8 000 – 22 000 barn observerer eller utsettes for vold i nære relasjoner årlig i Norge (Rasmussen m.fl. 2012). Både fysisk og psykisk helse er signifikant dårligere blant personer utsatt for vold og overgrep som barn (Hjemdal m.fl. 2012:10-11). Disse har også større risiko for å utsettes for vold som voksne, og utsatthet for en type vold og overgrep øker risikoen for å bli utsatt også for andre typer vold. Barn og unge med høy risiko for å utvikle psykiske plager er overrepresentert i familier hvor foreldrene har psykiske lidelser, er rusmisbrukere eller voldelige (Mathiesen m.fl. 2007, Kristofersen og Sverdrup 2013). Barn som vokser opp i fattige familier har statistisk sett høyere risiko for å oppleve vold og misbruk, dårlig helse, overdødelighet, selvmord, skoleproblemer, tenåringsgraviditet og rus (Sandbæk m.fl. 2008).

Rundt 22 prosent av norske 15-16-åring er utsatt for vold og/eller seksuelle overgrep fra jevnaldrende eller voksne i løpet av et år (Schou m.fl. 2007). Forhold særlig knyttet til selvrapporterte opplevelser av vold og/eller seksuelle overgrep i studien var dårlig familieøkonomi, ikke-arbeidende foreldre, enslig forsørger, ste- eller fosterforeldre; nedsatt hørsel eller bevegelsesevne; rus; å ha blitt mobbet på skolen; lave karakterer; dårlig generell helse, psykiske helseplager, hodepine, smerter; og foreldre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn (kun for vold fra voksne). Ungdom med nedsatt funksjonsevne, særlig hørsels- og bevegelsesevne, var mer utsatt for alle typer vold og overgrep.

Psykisk helse

En internasjonal kunnskapsoversikt framholder at fattigdom og lav inntekt kombinert med bl.a. svak sosial støtte gir grobunn for stress og livskriser som kan framkalle psykiske lidelser (Murali og Oyebode 2004). Norske studier underbygger dette. En studie av barn i alderen 8-13 år i Akershus fant at jo høyere inntekt og utdanning blant foreldrene, jo lavere er skåren på symptomer for psykiske plager (Holmboe m.fl. 2006:46). En studie av barn i Bergen i alderen 11-13 år dokumenterte klare sosial ulikheter i flere dimensjoner på psykisk helse

(følelsesmessige problemer, atferdsproblemer, hyperaktivitet, problemer med samhandling med jevnaldrende) etter foreldrenes utdanning og familieinntekt (Bøe m.fl. 2012).

Det er også funnet en tydelig sosial gradient i barn og ungdoms rapportering av livstilfredshet og subjektive helse, og opplevelse av stress på skolen (Samdal m.fl. 2012b). En studie fra Oslo fant at sammenhengen mellom mors utdanning og barnets psykiske plager forsvant når det ble kontrollert for blant annet overvekt. En tolkning er at fedme er en faktor som formidler relasjonen mellom lav sosial status og psykisk helse (Lien m.fl. 2007). En annen studie gjennomført blant 900 ungdommer mellom 13 og 15 år fant at 13 prosent hadde symptomer på depresjon og angst, og andelen var høyere for jenter enn gutter (Helland og Mathiesen 2009). Studien viser også sammenheng mellom ungdommenes psykiske helse og foreldrenes psykiske tilstand, familiens levekår og kontakten mellom foreldrene og ungdommen.

I et utvalg med fireåringer i en studie gjennomført i Trondheim hadde 7,1 prosent av barna forstyrrelser slik som ADHD, atferdsproblemer og angst (Wichstrøm m.fl. 2012). Utbredelsen var større blant barn som bodde med én forelder og blant barn fra familier med færre ressurser. Tall fra Reseptregisteret viser at det har vært en fordobling av antallet utskrevne resepter for ADHD- medisin i perioden 2004-2011 (Dyb 2012). Hjern m.fl. (2010) finner i sin undersøkelse blant svenske barn og unge (6-19 år) at det var en tydelig sosial gradient for ADHD- medisineringsnivå. Barn oppdratt av én forelder eller foreldre som var trygdemottakere hadde høyere sannsynlighet for ADHD- medisineringsnivå. Tilsvarende funn er også gjort i en norsk studie (Duric og Elgen 2011).

Barn av foreldre med lav utdanning mobbes oftere enn barn av foreldre med lengre utdanning i Norge (Nordhagen m.fl. 2005), noe som også er vist i andre land (For en oversikt, se Samdal m.fl. 2012b). Mobbing kan gi alvorlige helsekonsekvenser på sikt, og kan dermed bidra til sosiale ulikheter i helse senere i livet (Due m.fl. 2009, Gini og Pozzoli 2009). I nordiske land er det også funnet at barn med kroniske helseproblemer oftere mobbes enn andre barn (Nordhagen m.fl. 2005).

Kroniske lidelser

En analyse av Levekårsundersøkelsen 2005 finner små ulikheter blant barn og unge 6-15 år hva gjelder langvarig sykdom og kroppshøyde (Koløen 2008:3), mens andre studier demonstrerer større ulikheter (Grøholt m.fl. 2001). Det er for eksempel påvist en klar gradient etter foreldrenes utdanning for astma blant barn (Finnvold m.fl. 1997, Grøholt 2003). Undersøkelsen av barn i Akershus finner en svak sammenheng mellom foreldrenes utdanning og forekomst av astma, allergi eller eksem, men ingen sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og epilepsi og diabetes (Holmboe m.fl. 2006:41). En amerikansk studie har dokumentert en sammenheng mellom kronisk ørebetennelse blant barn og lav sosioøkonomisk status (Vakharia m.fl. 2010) slik en også har funnet i Norge (Karlsholm 2011).

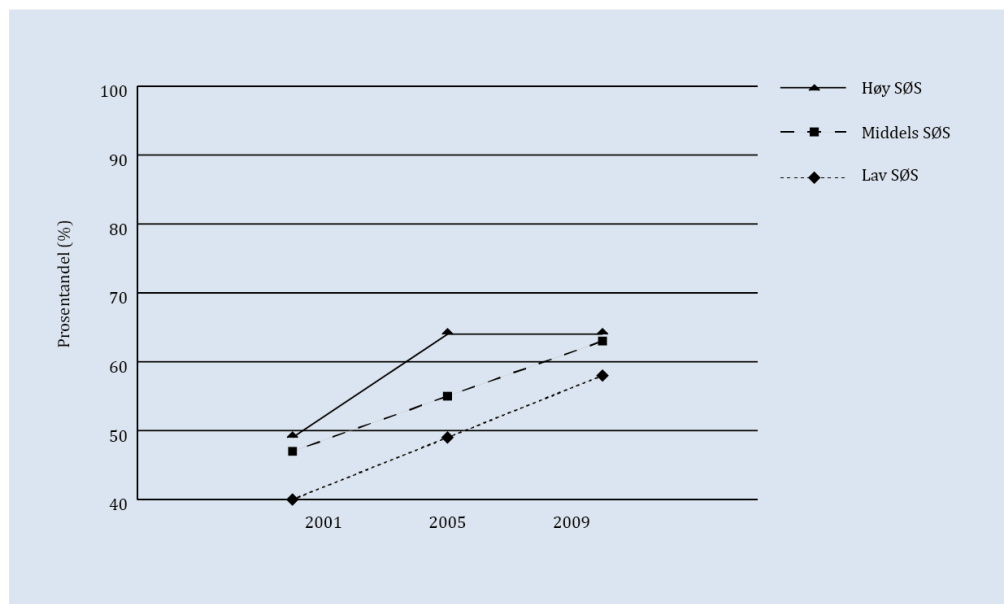
Helsevaner

Helseatferdsmønstre slik som fysisk aktivitet og spise- og kostvaner etableres ofte i ung alder og har en tendens til å vedvare inn i voksenlivet (Lynch m.fl. 1997, Samdal m.fl. 2012b). Studier av helsevaner blant barn og ungdom er derfor viktige også fordi de kan forutsi sosial ulikhet i helse også senere i livet (Reading 1997).

En studie finner at barn og ungdom (11-15 år) med lav sosioøkonomisk status, målt ved indikatorene foreldrenes yrke og FAS (multiple affluence scale),¹² har lavere inntak av frukt og grønt, høyere konsum av godteri og sukkerholdig drikke og lavere tannpussfrekvens enn ungdom med høy sosioøkonomisk status (Samdal m.fl. 2012a). For inntak av sukkerholdig brus og av søtsaker er disse mindre tydelige, og helt fraværende blant gutter for inntak av søtsaker (Holmboe m.fl. 2006, Folkehelsepolitisk rapport 2011, Samdal m.fl. 2012a). Folkehelsepolitisk rapport (2011) viser reduserte sosioøkonomiske forskjeller i inntak av grønnsaker og sukkerholdig brus mellom 2005 og 2009. Blant jenter er det også reduserte forskjeller i inntak av søtsaker. Øverbye m.fl. (2012) finner at skolefrukttilbudet er assosiert med lavere inntak av usunn snacks, og at innføringen av tilbudet hadde langtidseffekter (se også Bere m.fl. 2007).

For inntak av frukt var det en statistisk sikker økning i forskjellene mellom de sosioøkonomiske gruppene fra 2001 til 2005, og deretter en tilbakegang til 2001-nivået i 2009, slik figur 6.1 illustrerer.

Figur 6.1 Inntak av frukt blant 11, 13 og 15 åringer ved tre tidspunkt etter sosioøkonomisk bakgrunn. Prosentandeler.

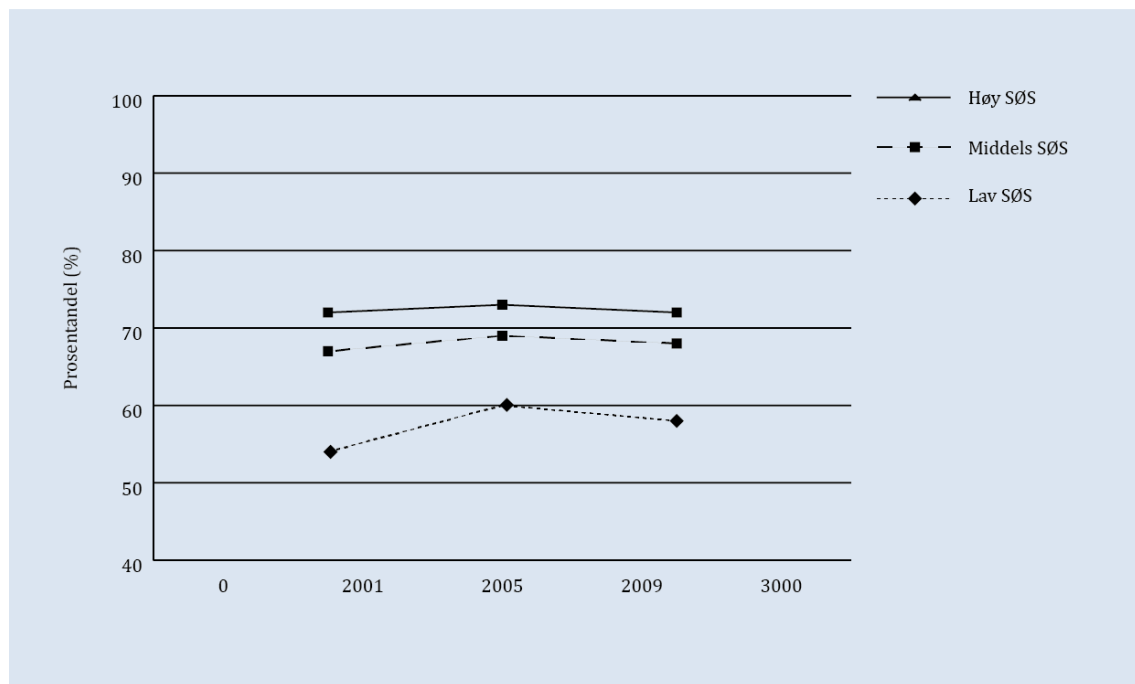


Kilde: Samdal m.fl. 2012a, figur 2.

¹² En revidert versjon av FAS II er brukt i denne studien, der antall biler, datamaskiner, ferier og det å ha eget soverom er inkludert som indikatorer.

Høyintensiv fysisk aktivitet var vanligere blant elever fra familier med høy sosioøkonomisk status enn blant elever fra familier med lav sosioøkonomisk status på 2000-tallet. Andelen fysisk aktive ungdom var noe større i 2005 og 2009 enn i 2001 (Samdal 2012a), vist i figur 6.2. Statistiske tester gir imidlertid ikke grunnlag for å si at forskjellene mellom de sosioøkonomiske gruppene har endret seg i observasjonsperioden.

Figur 6.2 Fysisk aktivitet blant 11, 13 og 15 åringer ved tre tidspunkt etter sosioøkonomisk bakgrunn. Prosentandeler.



Kilde: Samdal m.fl. 2012a, figur 3.

Fysisk aktivitet blant 9- og 15- åringer registrert med aktivitetsmåler viser ingen forskjell etter foreldrenes utdanningsnivå, noe som indikerer at det er viktig å skille mellom all fysisk aktivitet og intens fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2008), og mellom selvrapportert versus registrert måling.

Andelen ungdom som røyker daglig reduseres i alle grupper. Men mens de sosioøkonomiske forskjellene i daglig røyking reduseres blant jenter, øker de blant gutter. Denne forskjellen mellom kjønnene skyldes en kraftig reduksjon i røyking blant jenter med lav sosioøkonomisk bakgrunn, mens andelen bare er marginalt redusert blant gutter med lav sosioøkonomisk bakgrunn (Folkehelsepolitisk rapport 2011). Mens røykegradienten er markert blant førsteklasse i den videregående skolen, er ikke bruk av alkohol og snus systematisk relatert til familiens sosioøkonomiske status (Samdal m.fl. 2012b:36).

Overvekt og fedme

Når fedme og overvekt først er etablert, kan den være vanskelig å behandle, og overvektige barn blir ofte overvektige i voksen alder. Det er derfor viktig med forebygging (Júlíusson m.fl.

2010:2). Selv om det har vært en signifikant økning hva gjelder andel barn med overvekt og fedme de siste tiårene, er det tegn til at økningen har stoppet opp: Mens det fant sted en økning mellom 2008 og 2010, tyder tallene fra 2012 på en reduksjon tilbake til det samme nivået som i 2008 (St. meld. 34 (2012-2013): 33).

De fleste studier viser at overvekt og fedme har en klar utdanningsgradient (Lien m.fl. 2007, Helsedirektoratet 2008, Bjelland m.fl. 2010). En tilsvarende gradient kan gjenfinnes etter barnas egne utdanningsplaner og foreldrenes økonomiske situasjon (Grøholt m.fl. 2008). Et unntak fra disse funnene er en studie fra Oslo, som ikke finner en sammenheng mellom familiens sosioøkonomiske status og kroppsmasseindeks (BMI) (Helsedirektoratet 2008). Et annet funn er at skolebarn har større sannsynlighet for fedme enn førskolebarn og ungdom (Júlíusson m.fl. 2010). En fersk studie av objektive mål på fedme og overvekt fant at barn som vokser opp på landet og barn av lavt utdannede mødre hadde høyere BMI og midjemål enn barn oppvokst i bystrøk og barn av mødre med høyere utdanning (Biehl m.fl. 2013).

Tannhelse

Det er også påvist at barns *tannhelse* er knyttet til foreldrenes sosioøkonomiske posisjon. Karies forekommer oftere blant barn (opptil fem år) av foreldre med lavere utdanning (Wigen m.fl. 2009, Wigen og Wang 2010 og 2011).

Utsatte grupper barn og unge

Familier som får hjelpe- eller omsorgstiltak fra barnevernet har ofte komplekse problemer (Helgeland 2008:171). For gruppen som helhet er sannsynligheten stor for at foreldrene har lav utdanning og inntekt, står uten arbeid, har dårlig bostandard og hyppige flyttinger, og ikke minst dårlig psykisk og fysisk helse. Mange barnevernsbarn befinner seg i en utsatt posisjon både som barn og voksen, med vedvarende dårlig helsetilstand (Helgeland 2008: 171). For barn som har vært under omsorg av barnevernet har det foreligget lite kunnskap om deres helsesituasjon. Kristofersen (2005, i Helgeland 2008:180) fant imidlertid at blant 1300 personer som hadde vært i barnevernstiltak i over 13 år fikk en andel på 13 prosent uførestønad. Det er også langt større dødelighet blant barn som har vært i barnevernstiltak, og en betydelig høyere andel dør av selvmord, overdoser, ulykker og drap enn i populasjonen ellers.

Det har foreligget lite kunnskap om situasjonen til barn med funksjonsnedsettelse i barnevernet. En kvalitativ studie fra 2011 konkluderer at denne gruppen har en rekke utfordringer grunnet manglende kompetanse og lite fokus på funksjonsnedsettelse i barnevernet (Gundersen m.fl. 2011). Zewdu (2010) finner også at kroniske lidelser som gir støtteberettigelse var mer utbredt blant barn i barnevernet enn blant barn generelt.

Oppsummering

Som vi har sett har absolutte utdanningsforskjeller i neonatal dødelighet blitt redusert over de siste tiår fram til 2000-tallet. Deretter er det ingen signifikant endring. De absolutte

ulikhetene i postneonatal dødelighet økte mellom 1970- og 1980-tallet, fulgt av en signifikant reduksjon mellom 1990- og 2000-tallet. Ulikhet i fødselsvekt vedvarer. Det er påvist til dels markerte sosioøkonomiske ulikheter i risikofaktorer slik som miljøeksponeringer, overvekt/fedme og røyking, og i helseutfall slik som skader og ulykker, psykisk helse, tannhelse og selvrapporterte helseplager. Utsatthet for mobbing har også en sosioøkonomisk gradient. Den sosiale fordelingen av helsevaner viser et mer komplekst mønster. De sosiale ulikhetene i inntak av sukkerholdig brus og søtsaker synes ikke å være store. Heller ikke ulikhetene i inntak av frukt er dramatiske. Ulikhet i fysisk aktivitet er ganske klare når en baserer seg på egenrapportering, men er fraværende når den registreres med aktivitetsmåler.

6.4 Barndommens konsekvenser for helse i voksen alder

En sentral tese i livsløpsperspektivet er at mange trekk ved tidlig oppvekst (selv i mors liv) vil ha både direkte og indirekte betydning for livssjansene, det vil si hvordan helse, sykdom, livsutsikter og levekår i bred forstand utvikles over tid. Det er solid forskningsmessig dokumentasjon på at individuelle og personlige egenskaper formes i de tidlige leveårene, at de systematisk henger sammen med familiens sosioøkonomiske status, og at de influerer på livssjansene. Kunnskapsoppsummeringer viser at dette gjelder ulike helsedimensjoner, og både fysiske, kognitive og sosio-emosjonelle egenskaper er involvert (Heckman 2006, Knudsen m.fl. 2006, Pillas m.fl. 2013:10-12). Lav utdanning blant foreldrene er forbundet med forsinket språkutvikling, nedsatt språkforståelse og oppmerksomhetsvikt (Ribeiro m.fl. 2011, Schjølberg m.fl. 2011, Zambrana m.fl. 2012). Samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer er på sitt viktigste i de første leveårene når det gjelder påvirkningen av individets fremtidige helse (Blane m.fl. 2013). Ernæring i barne- og ungdomsårene (Kaati 2002) og mors ernæring under svangerskapet påvirker barns helse både på kort og lang sikt. Lav fødselsvekt og barnets vekt ved ettårsalder henger sammen med kroniske sykdommer (Barker 1995, 2002), hørselshemminger (Nafstad m.fl. 2002), og nedsatt fruktbarhet i voksen alder (Jensen m.fl. 2004, Main 2006). Mødre med lav sosioøkonomisk status har økt risiko for en tidlig fødsel og for å få barn med lav fødselsvekt (Mortensen m.fl. 2008, Petersen m.fl. 2009). Livshendelser og sosioøkonomiske forhold kan modifisere påvirkninger fra fosterlivet (Kuh og Ben-Shlomo 1997). Sammenhengen mellom fødselsvekt og senere hjerte- og karsykdom kan eksempelvis modifiseres av sosioøkonomiske forhold i voksen alder (Arntzen 2013).

6.5 Forklaringer

Det vil føre alt for langt å drøfte mulige forklaringer på de mange enkeltfunn som vi har presentert ovenfor. Arntzen (2013) gir en mer omfattende drøfting av mulige forklaringer. Som for voksne er det sammensatte forklaringer på ulikhet i helse blant spedbarn, barn og ungdom, som må søkes på flere nivåer. Generelt vil forklaringsmodellene som drøftes i

kapittel 4 være relevante, men med ulik tyngde avhengig av barnas utviklingsnivå, alder/livsfase og helseutfall.

Uten med sikkerhet å kunne peke på spesifikke mekanismer, kan vi si at de sosioøkonomiske kår som kjennetegner familien som barn og unge vokser opp i har stor betydning for deres helse. Familiens ulike sosiale, økonomiske og utdanningsmessige ressurser spiller en stor rolle. Disse ressursene kan, gjennom å påvirke oppvekst- og omsorgsmiljøet, fremme eller hemme den sosiale, emosjonelle og kognitive utviklingen til barnet. Også her er det et spørsmål om sammenhengen mellom barns sosioøkonomiske bakgrunn og deres helse er kausal (se også kapittel 10). Alt i alt er det overbevisende forskningsmessig støtte for at oppvekstvilkårene påvirker barns helse på kort og på lang sikt, jfr. den litteraturen vi har referert ovenfor. Av spesiell interesse i denne sammenhengen er undersøkelsen til Elstad og Pedersen (2012b) som har sannsynliggjort at fattigdom skaper helseplager blant ungdom. Undersøkelsen sier lite om mekanismene, men det er rimelig å tro at økonomisk knapphet i seg selv representerer en vedvarende bekymring og belastning for ungdommene. I tillegg peker forfatterne på at fattige familier ofte kjennetegnes av en rekke andre forhold som utgjør en helse risiko, for eksempel konflikt eller samlivsbrudd, og forhold som indikerer mangel på beskyttelsesfaktorer, både sosiale og psykologiske. Generelt forekommer risikofaktorer for dårlig mental helse særlig i familier hvor foreldrene har lite utdanning, lav inntekt og svak tilknytning til arbeidslivet. Slike risikofaktorer er psykososialt stress, mangel på sosial støtte og nettverk og opplevelse av kontroll. Andre viktige risikofaktorer for sviktende psykisk helse blant barn og unge er foreldre som er rusmisbrukere eller voldelige; flyktninger som har opplevd traumatiske erfaringer fra krig, tortur, vold og tap av familie og venner i hjemlandet; barn som er marginaliserte eller sosialt isolerte, dårlig integrert i nabolaget, eller mobbes på skolen; barn som har blitt utsatt for overgrep, mishandling eller omsorgssvikt (Major m.fl. 2011:19).

I tillegg er det holdepunkter for å anta at familiens sosioøkonomiske posisjon kan påvirkes av barnas helsetilstand. En nyere norsk studie finner at mødre med barn med særskilte behov har dårligere arbeidstilknytning, og dermed også større risiko for en begrenset økonomi (Hauge m.fl. 2013).

6.6 Politikken på feltet

Norske myndigheter vektlegger at alle barn og unge skal ha gode levekår og like muligheter. Stortingsmeldingen *Resept for et sunnere Norge* uttrykte særlig bekymring for at også barns helse viser sammenheng med sosioøkonomiske forhold (St. meld. 16 (2002-2003):139), mens Stortingsmeldingen *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (St. meld. 20 (2006-2007): s.34) vektlegger målet om at «[a]lle barn skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldres økonomi, utdanning, etniske og geografiske tilhørighet».

Offentlig politikk påvirker barns levekår og helse på flere måter, både indirekte ved å påvirke familiens levekår og fungering, men også direkte gjennom de offentlige institusjonene som

barn tilbringer mye tid i, og som i stor grad bidrar til å forme barna. Helt sentralt er velferdsordninger, inntektsmuligheter, sysselsetting og arbeidsliv, og institusjonene som regulerer dem. Disse er behandlet i egne kapitler og vil i liten grad drøftes her. Vi vil se nærmere på et strategisk utvalg politikkområder og institusjoner som enkeltvis og samlet har betydning for førskolebarns liv og helse, også i et lengre tidsperspektiv. Dette er institusjoner som det offentlige styrer og kan endre. Vi tar for oss helsestasjoner, barnehager og kontantstøtteordningen.

Helsestasjoner

En viktig funksjon ved helsestasjonen er å bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller (Helsedirektoratet 2010a). I løpet av barnets første leveår skal helsestasjonen tilby ti konsultasjoner/ hjemmebesøk, deretter ytterligere fire konsultasjoner frem til fylte fire år. Tjenesten gis til alle barn og unge fra 0–20 år og deres foreldre, samt til gravide. Nær 100 prosent av målgruppen benytter tilbudet (Grydeland Ersvik 2012). Konsultasjonene i sped- og småbarnsalderen er viet observasjon og oppfølging av barnets utvikling og foreldreveiledning. Studier viser imidlertid at helsepersonell kvier seg for å spørre om «uheldige ting» eller gripe inn, selv om de opplever at behovet er der (Arntzen og Wahl Sandvol 2010, Langballe m.fl. 2010, Sundt 2013). Helsesøstre har lenge tilbudt hjemmebesøk til foreldre med nyfødte barn i Norden, i motsetning til andre høyinntektsland. Besøk til nyfødte er en lovpålagt oppgave, og den første kontakten helsestasjonen har med familien.

Studier av universelle hjemmebesøk har vist at det ga mødre bedre ammeveiledning, større trygghet, samt at helsesøstre var mer personlige og hadde bedre tid, sammenlignet med mødre som bare møtte på helsestasjonen (Hjälmhult 2009). Mødre med lav sosioøkonomisk status og utenlandskfødte mødre var mindre tilfredse med helsesøster, uansett kontekst. Helsesøstre anser hjemmebesøk som viktig for en god barnehelsetjeneste, hvor de får et bedre grunnlag for den videre kontakten med familien. Antall hjemmebesøk har imidlertid gått ned de siste årene, samtidig som liggetiden på sykehus etter fødselen er redusert til et minimum (Hjälmhult og Økland 2012). Helsesøstre ønsker i langt større grad mer hjemmebesøk enn i dag, også som metode for å nå noe eldre barn (Glavin 2005, 2012).

I noen familier har både barn og foreldre store (og til dels svært store) utfordringer, som følge av forhold hos barnet, hos foreldrene eller på grunn av vanskelige livshendelser. Problemene er gjerne av en slik karakter at det må iverksettes flere tiltak slik som avlastning, hjelp i hjemmet, økonomisk bistand og helsehjelp. Helsestasjonen har en unik mulighet til å observere, gi veiledning og råd, samt følge opp utsatte gravide, barn og unge. Helsestasjonen har et tett tverrfaglig samarbeid med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, og henviser videre til det øvrige hjelpeapparat ved behov.

Helsestasjonen har en stor målgruppe og et omfattende mandat, men er liten hva gjelder bemanning, bevilgninger og oppmerksomhet blant beslutningstakere (Grydeland Ersvik 2012). Helsestasjonens arbeidsområde er helsefremmende og forebyggende arbeid blant

barn og unge, men stasjonen har opplevd nedskjæringer og kutt i stillinger i perioder med dårlig kommuneøkonomi. En grunn til dette kan være at arbeidsfeltet blir «usynlig» dersom arbeidsoppgavene blir godt utført, noe som er et av forebyggingsarbeidets paradokser (Erdal 2005). Folkehelsemeldingens forslag om å styrke helsestasjonen med friske midler fremstår derfor som en fornuftig anbefaling (St. meld. 34 (2012-2013)).

Det er god evidens for at hjemmebesøk hos gravide og småbarnsforeldre har god effekt både for mor og barn (Olds 2006). Studier av et slikt program fant en reduksjon av fysisk mishandling og stressende livshendelser i småbarnsfamilier, forebygging av senere utvikling av rusmisbruk, psykiske vansker og kriminalitet i ungdomsalder (Izzo m.fl. 2005, Olds 2006, Donelan-McCall m.fl. 2009), samt økt fullføring av utdanning og deltakelse i arbeidslivet for mødrene (Goodman 2006). Mer generelt er det evidens for at god svangerskapsomsorg kan ha en positiv innvirkning på ulikhet i spedbarnsdødelighet: En norsk studie viser at det var små forskjeller i spedbarnsdødelighet etter mors utdanning rett rundt fødselstidspunktet, men at utdanningsforskjellene er mer markante i tiden før og etter fødselen inntreffer (Carlsen m.fl. 2013). Forfatterne tolker dette som et resultat av at god og tett svangerskapsomsorg kan forhindre at spedbarn dør, spesielt blant mødre med lavere utdanning.

Barnehager

Barnehagedekningen i Norge har økt kraftig siden 1970-tallet. I 2009 ble individuell *rett til barnehageplass* innført, og i 2010 gikk 78,8 prosent av alle ett- og toåringer og 96,5 prosent av alle tre- til femåringer i barnehage. I barnehageforliket av 2003 ble det vedtatt en maksimalpris for heltidstilbud i barnehage, som i 2012-tall var på 2 330 kroner i måneden. Av kommunene har 88 prosent av dem en sats som er lik maksimalprisen (Lian m.fl. 2012:9-10).

De siste ti årene har det vært en markant økning i andelen yngre barn i barnehage. Økningen har vært om lag like stor i alle utdannings- og inntektslag for barn i alderen 1-5 år. For barn i alderen 1-2 år har økningen vært noe større for foreldre i laveste inntektskategori, noe som betyr at det har funnet sted en svak utjevning i barnehagebruk mellom dem lav og høy inntekt. Det må likevel legges til at systematiske sosiale forskjeller i bruk består. I 2008 var det for eksempel 65 prosent blant barna i alderen 1-5 år fra familier med lavest inntekt som gikk i barnehage. Blant barn i familier med høyest inntekt var andelen 86 prosent (Sæther 2010:15). Tabell 6.2 viser ulikhetene etter mors utdanningsnivå. Vi ser at forskjellene i barnehagebruk etter mors utdanning er på samme nivå i 2004 som i 2008, drøyt ti prosentpoeng.

Tabell 6.2 Andel barn i barnehage (1 time eller mer per uke) etter mors høyeste fullførte utdanning, barn i alderen 1-5 år. Prosent og antall barn.

		2004	2005	2006	2007	2008
Andel barn i barnehage, 1-5 år	Videregående opplæring	61	61	68	71	75
	Høyere utdanning	73	80	81	85	86
Antall barn 1-5 år i alt		983	974	846	880	863

Kilde: Sæther 2010:16.

Pilotstudier gjennomført i utvalgte bydeler i Oslo med gratis kjernetid, det vil si 20 timer per uke, finner økt sannsynlighet for at flere barn med innvandrerbakgrunn går i barnehagen, også i treårsalderen, i disse bydelene, sammenlignet med dem som ikke hadde gratis kjernetid (Bogen og Drange 2012). Nergård (i Giæver 2013:19-20) sine studier av gratis kjernetid i forsøksbarnehager i en bydel i Oslo finner at tiltaket hadde god effekt i form av stor deltakelse, spesielt blant innvandrerbarn, økt yrkesdeltakelse blant mødrene, og en god overgang til skolen for barna. Når vi vet at innføringen av skolestart for seksåringer hadde en gunstig effekt på språkutviklingen til barn med innvandrerbakgrunn (Bakken 2010), er det også grunn til å tro at økt barnehagebruk vil medvirke positivt.

Betydningen av barnehagebruk

Studier som har sett på korttidseffekter av barnehageplass finner redusert risiko for sen språkutvikling i både høy- og lavrisikogrupper, og ingen sammenheng med problematisk atferd (Lekhal m.fl. 2011, Lekhal 2012, se også Schjølberg m.fl. 2011). Mogstad og Rege (2009:308) viser til at det finnes noe dokumentasjon på at førskoletiltak kan være positivt for ett- og toåringer fra vanskeligstilte familier.

Når det gjelder langsiktige konsekvenser av dagens norske barnehagepolitikk advares det tidvis om at de først vil merkes om et par tiår (Engelien 2009). Det hersker også uenighet om langtidsvirkningene av tidlig start i barnehagen. I litteraturoppsummeringen «Bedre før var...» fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt er konklusjonen at barnehager er viktig for å fremme psykisk helse (Major m.fl. 2011). Rapporten ble imidlertid kritisert for sin «barnehagebegeistring», særlig fordi vi ikke vet nok om langtidsvirkninger av tidlig start og lange dager i barnehagen for de aller minste (Nord 2011). En annen kunnskapsoppsummering konkluderer med at «[d]et er liten grunn til å anta at tidlig barnehagedebut har store negative konsekvenser for barn flest. Barnehager av god kvalitet kan påvirke barns utvikling positivt, men å starte i barnehagen allerede ved ettårsalder gir trolig liten gevinst» (Zachrisson m.fl. 2011:578). Denne oppsummeringen finner positive effekter på kognitive evner slik som språk, ingen målbar effekt på atferdsproblemer og andre sosio-emosjonelle vansker, ingen klar effekt på tilknytning, og en usikker, ugunstig effekt på

stress og stressregulering. Den stiller på denne bakgrunn spørsmål ved om (tilnærmet) full barnehagedekning fører til sosial utjevning.

Flere studier indikerer at barnehagen har stor betydning for barns læring, selv mange år etter at de sluttet i barnehagen (Haugan 2013). Et ofte sitert eksempel er «The Perry Preschool Study». Her ble 123 barn i førskolealder fra fattige familier i USA tilbudt et daglig pedagogisk tilbud, og familiene fikk ukentlige hjemmebesøk (Arntzen 2013). De samme barna ble fulgt gjennom ungdomstiden og helt frem til 40-årsalderen. Resultatene viste entydig at barna som fikk det pedagogiske tilbudet i førskolealder oppnådde høyere lønn og mindre arbeidsledighet, og de begikk færre kriminelle handlinger enn barn fra samme bakgrunn som ikke mottok tilbudet. Det amerikanske, føderale programmet «Head Start», rettet mot fattige førskolebarn for å forberede dem på ordinær skolegang, peker i samme retning. Man har funnet positive langtidseffekter på kognitive og ikke-kognitive utfall, samt på en rekke helse- og helserelevante mål, slik som fysisk helse, motoriske ferdigheter, fedme, barnedødelighet, ernæring, røykeatferd og tannlegevisitter (Anderson m.fl. 2010).

En intervensjon gjennomført i to bydeler i Oslo, der fem år gamle barn ble tilbudt gratis førskole fire timer om dagen, viste beskjedne effekter på skoleprestasjoner ti år senere. Studien påviste en viss effekt hos jentene, men ingen vesentlig endring i guttenes prestasjoner, og ingen støtte for ugunstige effekter på ikke-kognitive utfall (Drange og Telle 2010 og 2011). En norsk analyse fant i så måte at det å gå i barnehage generelt hadde sterk positiv effekt på barnas fremtidige utdanningsnivå og yrkesdeltakelse, og indirekte førte det også til redusert mottak av velferdsytelser. Studien finner at 17 500 nye barnehageplasser produserte rundt 6 200 ekstra år med utdanning. I tråd med dette utsatte barnehagebarn egne barnefødsler og familiedanning som voksne (Havnes og Mogstad 2009). Et godt førskoletilbud til vanskeligstilte barn kan videre forventes å øke barnas sannsynlighet for kompetanseoppnåelse på videregående utdanningsnivå, universitetsutdanning, og integrasjon i arbeidsmarkedet (Mogstad og Rege 2009:323).

En litteraturgjennomgang understreker at førskoletiltak kan skape sosial utjevning (Mogstad og Rege 2009:308, se også Persson 2012). Den viser til internasjonal forskning som indikerer at førskoletiltak rettet mot vanskeligstilte barn i tre- til femårsalderen kan være av spesielt stor betydning for barnas utvikling. Søkelys på læring, høyt kvalifiserte førskolelærere, og få elever per lærer er tiltak som ser ut til å ha størst effekt.

Kvalitet i barnehagen

Høy kvalitet i barnehagene synes å være viktig for en god utvikling. Det gjelder både for språkutvikling og barns helse (psykisk og for andre helsemål, f.eks. fedme), og barnehager av kvalitet kan potensielt bidra til å redusere risikofaktorer, slik som sosial utstøting og segregering (Lekhal 2012, Flaten 2013). En kvalitetsbarnehage kjennetegnes av tilstrekkelig faglært personale, ikke for store barnegrupper, velutstyrte og tilpassede lekerom og uteområder, samt at barn og voksne samhandling preges av omsorg, lek og stimulering til læring (Zachrisson 2010).

Norske barnehager har jevnt over god kvalitet, spesielt når det gjelder antall voksne per barn og utdanningsnivået hos pedagogisk leder (Schjølberg m.fl. 2011, Lekhal 2012, Gulbrandsen og Eliassen 2013, Zachrisson m.fl. 2013). Lovverket som regulerer ulike typer barnetilsyn varierer betydelig mellom land. Derfor er det sannsynlig at effektene også varierer etter nasjonal kontekst. Norsk foreldrepermisjon gjør det mulig for barna å være hjemme med en av foreldrene det første leveåret. De starter derfor ikke i barnehage før tidligst ved ettårsalder, og ikke ved noen måneders alder, slik praksis er i en del land. Det er grunn til å anta at barnehager av god kvalitet for alle barn vil bidra til å utjevne sosiale ulikheter på flere områder, også i helse. Det er all grunn til å tro at det er mange av de barna som i dag ikke går i barnehage som har størst behov og som vil ha størst utbytte (NOU 2011:4, s.185).

Barnehagetilbud av høy kvalitet har spesielt stor effekt på skrive- og leseferdighetene til barn med lavere sosioøkonomisk bakgrunn. Barnehagen - målt i antall år og kvalitet – er i en studie funnet å ha like stor effekt som kvaliteten på elevenes skole, selv syv år etter at elevene sluttet i barnehagen. Denne trenden vedvarte langt inn i tenårene (Haugan 2013).

Nyere norsk forskning viser store forskjeller i barns kognitive utvikling, og at de øker med alderen. «Stavangerprosjektet - det lærende barnet» følger tusen barn fra to- til tiårsalder fra barnehage og utover i skolen for å kartlegge barnas språklige, tallmessige, motoriske og sosiale utvikling i barnehagen, og deretter lese-, skrive- og regneutvikling. Prosjektet konkluderer at læring er mindre vektlagt i norske barnehager enn i andre land, og at det er store forskjeller i ferdighetsnivå blant barnehagebarn, ikke minst blant toåringene. Forskerne anbefaler at barnehagene tilrettelegger bedre for læring slik at forskjellene kan jevnes ut før skolestart (Hovland 2013). I dette ligger at språkmiljøet bør tillegges vekt, og at kvaliteten på tilbudet prioriteres (Hernes 2010:39).

Kontantstøtte

I 1998 ble det innført kontantstøtte til foreldre med barn i ett- til toårsalder som ikke benytter offentlig subsidiert barnehage. Intensjonen var å bedre småbarnsfamiliens muligheter til god barneomsorg uten økonomisk tap (St.prp. nr. 53 (1997-98)). Målet var at familier skulle få mer tid til selv å ta ansvar for barna, foreldrene skulle gis reelle valg, og den skulle være et bidrag til større likhet i statlige overføringer uavhengig av omsorgsordninger. Det eneste kravet som stilles for å få kontantstøtte er at barnet ikke har barnehageplass. Satsene fram til august 2012 var 5000 kroner per måned for barn i alderen 13-18 måneder, og 3303 kroner for barn mellom 19-23 måneder. I august 2012 ble støtten for to-åringer fjernet og satsene endret (NAV 2013a).

Kontantstøtten har vært kontroversiell siden den ble innført. Den har særlig vært kritisert av to grunner: Kontantstøtten holder innvandrerkvinner borte fra arbeidslivet, og innvandrerbarn får ikke viktig språklig og sosial stimulering ved å gå i barnehagen (Prop. 1 S (2011-2012): 92). Da kontantstøtten ble innført stoppet veksten i yrkesaktivitet opp (Rønsen og Kitterød 2010). Den kraftige barnehageutbyggingen de siste årene har igjen ført til økt yrkesaktivitet blant mødre med ett- og to-åringer, uten at kontantstøtten er fjernet.

Andelen som mottar kontantstøtte har falt kraftig. I 1999 mottok 75 prosent av foreldre med barn i målgruppen (ett- og toåringer) kontantstøtte. I 2011 var andelen falt til 25 prosent (Bakken og Myklebø 2010). Per desember 2013 ble det bevilget kontantstøtte til i alt 16 450 barn, en andel på 29 prosent av alle ettåringer (NAV 2013b).

Det er et poeng å se kontantstøtte og barnetrygd i sammenheng. Fordelingsutvalget (NOU 2009:10, s.70) skriver:

Etter 2002 har den reduserte realverdien av barnetrygden hatt større betydning for lavinntektsfamilier enn den positive virkningen av kontantstøtten. Det er videre forskjellige grupper barn/barnefamilier som hhv. løftes over lavinntektsgrensen gjennom kontantstøtten og som havner under lavinntektsgrensen som følge av redusert realverdi av barnetrygden. De som løftes opp er barn i familier som mottar kontantstøtte, dvs. primært barn i aldersgruppen ett til tre år, mens de som har tapt er først og fremst de litt eldre barna, barn i store familier og barn av enslige forsørgere.

Fra å være en heterogen gruppe er mottakerne av kontantstøtte nå blitt langt mer homogen: Foreldre med innvandrerbakgrunn, med lav utdanning og inntekt, og de bosatt i mindre sentrale strøk er overrepresentert. Andelen barn med kontantstøtte synker med økt utdanningsnivå hos både mor og far. Andelen er høy blant mødre som har mottatt engangsstønad ved fødselen og som har få eller ingen år med pensjonsgivende arbeid før fødsel. Mors tilknytning til arbeidsmarkedet har likevel mindre betydning enn økonomi (mors inntekt og boligpriser) (Bakken og Myklebø 2010). En av tre mødre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn kombinerer kontantstøtte og lønnsarbeid, noe som gjelder for to av tre uten innvandrerbakgrunn (NOU 2011:4).

Det er et spørsmål om ikke-yrkesaktive mødre som i dag velger kontantstøtte ville valgt arbeid dersom kontantstøtten ble fjernet. For mødre som står langt unna arbeidsmarkedet er inntektsgivende arbeid lite realistisk, i hvert fall på kort sikt. For disse kan kontantstøtten tjene som et verdifullt tilskudd til en skranten økonomi, og dermed virke inntektsutjevne (Schøne m.fl. 2009). På lengre sikt kan likevel avvikling av kontantstøtten tenkes å føre til høyere yrkesaktivitet blant kvinner som står langt fra arbeidsmarkedet, men det vil antakelig forutsette omfattende hjelpetiltak. Når det gjelder hensynet til barns læring og integrasjon kan de ovenfor nevnte studiene av effektene av barnehage på barns utvikling tyde på en negativ sammenheng. Det virker som om kontantstøtte gir en relativ ulempe for barnet ved skolestart, og denne ulempen har en tendens til å forplante seg og forsterke seg over tid. En undersøkelse viser imidlertid at eldre søsken av barn som har fått kontantstøtte får bedre karakterer enn jevnaldrende, noe som kan tolkes som en positiv effekt av at mor er hjemme (Bettinger m.fl. 2013).

Flere offentlige utvalg (NOU 2009:10, NOU 2010:7, NOU 2011:14) anbefaler utfasing av kontantstøtten. Som nevnt medfører bortfall av kontantstøtte en fare for at den ikke kompenseres av lønn fra eget arbeid. Resultatet kan bli enda svakere økonomi i noen

barnefamilier, dersom ikke annen offentlig støtte blir tilgjengelig. Det kan ha uheldige følger for helsen til barna i disse familiene.

Oppsummering

Helsestasjonen tjener en viktig funksjon gjennom observasjon og oppfølging av alle barn og ungdom, og den kan bidra til å forebygge senere dårlig helse og beskytte barn mot problematiske hjemmeforhold. Forskningen indikerer at de siste års barnehagesatsing har medført en økning i bruk av tilbudet i alle sosiale lag, men at det fremdeles er forskjeller i barns bruk av barnehager etter foreldrenes utdanning. Også her finner vi sosiale gradienter. Kontantstøtten brukes ofte av barn av foreldre med innvandrerbakgrunn, lav utdanning og inntekt eller som er bosatt i mindre sentrale strøk.

6.7 Oppsummering og diskusjon

Som vi har vist i dette kapittelet er det dokumentert sosiale ulikheter og gradienter i helse blant barn og ungdom i Norge. Gradienten varierer over tid, mellom ulike typer helseutfall, og etter hvilken type sosioøkonomisk indikator vi studerer. Disse funnene synes forholdsvis robuste selv om det finnes enkelte unntak. Funnene er mindre entydige når det gjelder ulikhet i langvarige sykdommer slik som diabetes. Oppvekstvilkårene innvirker på barns helse og utvikling som i sin tur influerer på deres livssjanser enten indirekte, eller direkte, for eksempel ved at fordeler og ulemper akkumuleres over livsløpet. Små sosioøkonomiske forskjeller i ung alder kan på denne måten akkumuleres til markante sosiale, økonomiske og helsemessige forskjeller senere i livet.

Politikken på feltet bør på denne bakgrunn bestå av tiltak som motvirker dårlig helse og levekår blant barn, og som kompenserer for manglende ressurser i hjemmet. Institusjoner og ordninger som er spesielt relevante i denne sammenheng er helsestasjonen, barnehagen og kontantstøtte, som vi har diskutert ovenfor. Helsestasjonen spiller en viktig rolle for oppfølging av barn og unge, og ikke minst er hjemmebesøk viktig. Barnehager av god kvalitet og med tilrettelagt læring kan bidra til utjevning av sosiale forskjeller og å bidra til å gi barn likere muligheter på lengre sikt. Kontantstøttebarn går glipp av de fordelene som deltakelse i barnehage representerer. Tendensielt vil det svekke disse barnas utvikling og muligheter senere i livet i forhold til barnehagebarn. På den andre siden kan kontantstøtten være et viktig økonomisk bidrag for barnefamilier med beskjedne inntekter, og der mor eller far står langt fra arbeidslivet og har små sjanser for å få jobb. I verste fall og for noen familier kan fjerning av kontantstøtten derfor føre til økt fattigdom. En løsning er å kompensere for eventuelt bortfall av kontantstøtten med en kontantstønning som ikke har de uønskede konsekvensene som kontantstøtten har.

Kvalitative studier peker på at det eksisterer ulike «klassebaserte» oppfatninger av hva som kjennetegner en god barndom og barneomsorg. Man kan argumentere for at barnehagen er tilpasset middelklassens kultur heller enn arbeiderklassens (Seeberg 2010, Stefansen og Skogen 2010). Dette innebærer at arbeiderklasseforeldre som velger bort barnehage gjør det

av økonomiske grunner, men også av kulturelle og ideologiske. Arbeiderklasseforeldre tenderer kanskje mot å ha et annet syn på barneomsorg, der foreldre er de beste omsorgspersoner, barns behov har forrang foran arbeidslivets behov, og barn trenger fred og ro, og beskyttelse mot stress og påkjenninger fra «verden der ute» (Seeberg 2010:8-11). I forlengelsen av dette hevdes det at det norske familie- og barnehagepolitiske prosjektet primært tjener interessene til norske middelklasseforeldre som er velutdannet, i full jobb og med hver sin inntekt, jfr. diskusjonen om sosiale investeringer i kapittel 15. Denne politikken kan dermed bidra til å befeste sosial ulikhet basert på kjønn og sosial posisjon (Stefansen og Farstad 2008), samt etnisitet (Bakken og Myklebø 2010). Men, som påvist av Sæther (2010) har det vært en økning i barnehagebruk i alle sosiale lag, noe som indikerer at «alle» er påvirkelige overfor denne typen politiske tiltak.

6.8 Mål, anbefalinger og forskningsbehov

Mål

Målet er å redusere sosiale ulikheter i muligheter for barn og ungdom slik at alle får en best mulig start i livet, og med utsikter til gode livssjanser. Dette innebærer å utjevne barn og ungdoms muligheter til kognitiv, språklig, emosjonell og sosial utvikling og vekst.

Anbefalinger

Redusere fattigdom i barnefamilier. Fattigdom i barnefamilier gir barn dårlige oppvekstvilkår og dårligere helse i oppveksten, og har negative konsekvenser på en rekke områder inn i voksenlivet. Vi anbefaler forsterket innsats for å redusere fattigdom i barnefamilier. Et bredt spekter av virkemidler er aktuelle, både kontantytelser og ulike typer tjenester.

Styrking av helsestasjonen og skolehelsetjenesten. En oppgave for helsestasjonen og skolehelsetjenesten er å forebygge problemer og dermed bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten bør få et tydeligere ansvar for å identifisere og fange opp familier og barn som trenger det, og gi råd, støtte og hjelp i spørsmål knyttet til helse, helseatferd og sosiale problemer. På dette området kreves forsterket innsats og utstrakt samarbeid mellom etatene. Et eksempel på et aktuelt tiltak er å gjeninnføre hjemmebesøk som en universell ordning i hele landet.

Redusere sosial ulikhet i bruk av barnehage. Barnehager av god kvalitet styrker barns kognitive og sosio-emosjonelle utvikling og forbereder dem på skolen. Barn i familier med færre sosioøkonomiske ressurser og som ikke benytter seg av barnehager risikerer å starte på skolen med en ulempe sammenlignet med barn som har gått i barnehage. Det er fremdeles systematiske sosioøkonomiske forskjeller i barnehagebruk. Disse forskjellene bør reduseres ved å stimulere til bruk på den ene siden og å bygge ned barrierer på den annen.

Eksempler på aktuelle tiltak er gratis kjernetid i barnehage for alle barn fra tidlig alder og fjerning av kontantstøtten.

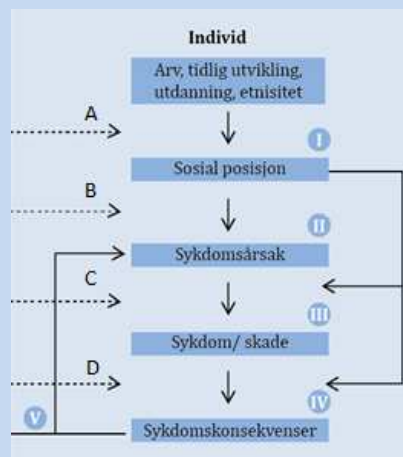
Forskningsbehov

1. *Livsløpsforskning med sosial ulikhet i levekår og helse som gjennomgående tema.* En viktig oppgave er å få mer innsikt i hvordan oppvekstvilkår og helse i barndommen påvirker livssjansene. En annen sentral oppgave er å få kunnskap om hvordan helserelatert sosial mobilitet bidrar til å forklare sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og helse i voksen alder.

2. *Utfyllende kunnskap om helsetilstanden til utsatte barn.* Det er behov for mer forskning om helsen, ikke minst den mentale helsen, til barn som vokser opp i familier med dårlige levekår. Det er også behov for mer forskning om helsetilstanden til utsatte grupper barn, som for eksempel barn som er og har vært under barnevernets omsorg.

7 Skole og utdanning

Jamfør analysemodellen (figur 3.2) i kapittel 3 handler dette kapittelet slik som det forrige kapittel om de sosiale stratifiseringsprosessene som styrer hvordan barn og unge etter hvert oppnår en posisjon i den sosioøkonomiske strukturen (mekanisme I). Disse prosessene influeres blant annet av politiske institusjoner og intervensjoner som er illustrert ved pil A i analysemodellen.



7.1 Innledning

I dette kapittelet diskuterer vi forholdet mellom kognitiv utvikling og helse i oppveksten, og utdanningens effekt på sosioøkonomisk posisjon som voksen. Som vi diskuterte i forrige kapittel legges livsjansene og mulighetene for god kognitiv utvikling tidlig i barndommen. Her skal vi spesielt se på den personlige, særlig den kognitive, utviklingen, og opplærings betydning for sosial posisjon og dermed helse. Vi tar for oss faktorer som påvirker sviktende skolegang (svake karakterer, fravær og frafall), og konsekvensene av skolegang for senere livssjanser i form av sysselsetting, inntekt, helse og bruk av offentlige ytelser. Vi behandler først og fremst hvordan sosial bakgrunn, målt ved foreldrenes utdanning, inntekt og yrke, henger sammen med skoleprestasjoner og frafall i videregående opplæring, det vil si mekanismer knyttet til reproduksjon av sosial ulikhet (NOU 1976:46). Vi vier også overgangene mellom faser oppmerksomhet. Disse kan være kritiske, spesielt mellom skoletrinn og fra skole til arbeid (Anvik og Gustavsen 2012). Kapittelet bygger blant annet på underlagsrapporten til Heidi Bergsli (2013).

Den formelle utdanningens betydning for levekår og livssjanser har økt de siste tiårene. En person som har grunnskoleopplæring som høyeste kompetansenivå har stadig færre muligheter i arbeidsmarkedet. I følge fremskrivninger vil bare 15 prosent av jobbene være ufaglærte i 2020, mot 21 prosent i 2007 (NOU 2012:6, s.31). Mennesker med beskjedne utdanningskvalifikasjoner står dermed overfor store utfordringer når det gjelder sysselsetting, yrkesvalg, jobbtrygghet og inntekt - og dermed helse - i fremtiden.

7.2 Norsk utdanning i komparativt perspektiv

I Norge, som i andre europeiske land, har utdanningsnivået vært økende de seneste årene. I 1970 hadde 7,4 prosent av den norske befolkningen høyere utdanning. Denne andelen hadde vokst til nesten 30 prosent i 2012 (Statistisk sentralbyrå 2013d). I et komparativt perspektiv er det en høy andel ungdom (15-19 år) under videregående opplæring i Norge. Nivået er på høyde med de øvrige nordiske landene, mens andelen under utdanning i aldersgruppen 20-29 år er noe lavere i Norge enn i Norden for øvrig (Hansen og Mastekaasa 2010:132). Norske elever gjør det derimot ikke spesielt bra i de internasjonale testprogrammene, men har i siste måling, det vil si i 2012, vist framgang (Utdanningsdirektoratet 2012a).

Når det gjelder fullføring av videregående opplæring er det til dels store internasjonale variasjoner, selv om det må tas forbehold om betydelige metodiske utfordringer knyttet til slike internasjonale sammenligninger. I OECD- målingen foretatt i 2010 gjør Norge det relativt dårlig målt ved normert tid¹³ for fullføring, med 57 prosent, mot et OECD-gjennomsnitt på 70 prosent. Målt som gjennomføring etter to år over normert tid fullførte 72 prosent i Norge, mens gjennomsnittet i OECD var 85 prosent. Kun Island og New Zealand har her dårligere gjennomføringsgrad enn Norge (OECD 2012). Norge skiller seg ut blant OECD- landene når det gjelder forskjellen i gjennomføringsraten mellom studieforbereende og yrkesfaglige program. Gjennomføringsraten er høyere på studieforbereende i omtrent samtlige land, men forskjellen i fullføring var på 31 prosent i Norge, mot et OECD gjennomsnitt på 16 prosent. I Sverige var denne forskjellen bare åtte prosent (OECD 2012).

Ettersom det er en stor andel av ungdomskullene som begynner i videregående opplæring i Norge (nær 98 prosent av 16-åringene som avsluttet grunnskolen våren 2011) er det viktig å ta hensyn til sammensetningseffekter; I Norge vil så godt som alle ungdommer fortsette til videregående opplæring, og det innebærer at også elever med svært svake skoleprestasjoner vil fortsette skolegangen. Det er derfor naturlig at frafallsratene er høyere i Norge sammenlignet med land der færre elever fortsetter til videregående opplæring. I disse landene er dermed elevmassen i videregående skoler sterkere selektert hva gjelder (gode) skoleprestasjoner. Som i andre nordiske land fullfører dessuten mange videregående skole som voksen (se også Solberg m.fl. 2013). På dette området ligger Norge over OECD-gjennomsnittet.

7.3 Sosial ulikhet i skolen

Kompetanseoppnåelse i videregående opplæring er utfallet av en lang prosess. Blant annet er det påvist klare forbindelser mellom tidlige barndomserfaringer og kjennetegn knyttet til barnet i dets tidlige skoleår på den ene siden, og fullføring av videregående opplæring på

¹³ Hva som regnes som normert tid varierer med opplæringsprogram, i Norge er det tre år på studiespesialiserende program og fire (til fem) år på yrkesfaglige program.

den andre (Frøseth og Markussen 2009:85-86). Vi skal her diskutere sosial ulikhet i prestasjoner i grunnskolen og i gjennomføring og frafall i videregående opplæring.

I Norge er sammenhengen mellom foreldrenes sosioøkonomiske posisjon og barnas utdanningsnivå stabile over tid, selv om utdanningsnivået for alle er hevet (Hansen og Mastekaasa 2010:123-125): Jo høyere sosial posisjon foreldrene har (målt med utdanning og inntekt), jo større er sannsynligheten for at deres barn oppnår studiekompetanse, bachelor- og mastergrad.¹⁴ Det har blitt en viss utjevning på bachelornivå, men sammenhengen mellom høy sosial posisjon og tilbøyeligheten til å velge utdanning på minst masternivå er blitt sterkere i løpet av de siste tiårene (Hansen og Mastekaasa 2010). Direkte økonomisk assistanse fra familien har imidlertid ikke lenger avgjørende betydning for barnas utdanningsnivå (Hellevik 2008). Det er også en tydelig utdanningsgradient i sysselsetting, der andel sysselsatte øker suksessivt med utdanningsnivå (Grøgaard og Aamodt 2006:23).

Grunnskolen

Idet seksåringene begynner på skolen er det allerede blitt lagt et sosialt differensiert grunnlag for ferdigheter og evne til læring, slik vi berørte i kapittel 6. Grunnskolen bidrar generelt til å videreføre forskjellene mellom elevgrupper når det gjelder kjønn, minoritetsbakgrunn og foreldrenes utdanning. Samlet sett ser det norske utdanningssystemet ut til å være relativt lite effektivt til å utjevne og høyne prestasjonsnivået, mens andre land evner i større grad å forene likhet og effektivitet i sine utdanningssystemer (Hansen og Mastekaasa 2010:134).

Foreldres utdanning har betydning for skoleprestasjoner før barna begynner på ungdomsskolen (Bonesrønning m.fl. 2005; Bonesrønning og Iversen 2008, i Bakken 2010:83). Tendensen til at barn av høyere utdannede foreldre har bedre skoleprestasjoner enn barn med foreldre med lavere utdanning forsterkes i løpet av ungdomsskolen (Bakken 2010). På ungdomsskolenivå ser det også ut til å være ulikheter i skolemotivasjon som følger familiens økonomiske situasjon og foreldrenes utdanningsnivå (Øya 2011). Videre kan familiebakgrunn, målt ved foreldrenes utdanning, inntekt, formue, tilknytning til arbeidsmarkedet, trygdeforhold, sivilstatus og familiestørrelse forklare nesten en tredel av karakterforskjellene mellom elever på grunnskolenivå, en tendens som forsterkes i den videregående skolen (Hægeland m.fl. 2010:9). I norsk kontekst ser skolens ressurser og størrelse ut til å ha begrenset påvirkning på utjevning av sosiale ulikheter i ungdomsskoleelevenes prestasjoner (Bakken 2010). På skoler hvor læringsmiljøet blir oppfattet mer positivt, er det imidlertid funnet mindre utslag av kjønn, minoritetsstatus og

¹⁴ Utdanningsforskningen diskuterer gjerne primær- og sekundæreffekter, det vil si *prestasjonenes* betydning for sosial ulikhet i utdanningsmuligheter versus ulikhet som skapes gjennom *utdanningsvalg* (Boudon 1974, Hansen 2005, Jackson 2013). Jackson og Johnson (2013) finner i denne sammenheng at sosiale ulikheter mellom land i utdanningsmuligheter er nært knyttet til størrelsen på de sekundære effektene, mens det er mindre variasjon i primæreffekter mellom land. Norge er ikke med i denne komparative studien.

foreldrenes utdanningsnivå på elevenes prestasjonsutvikling, sammenlignet med skoler med dårligere læringsmiljø (Bakken 2010:152).

Videregående skole

Etter reform 94 har andelen elever som gjennomfører videregående opplæring med studie- og yrkeskompetanse *innen fem år* i Norge ligget jevnt på rundt 70 prosent. I kullet som startet i videregående opplæring i 2006 (2006-kullet) var andelene elever fordelt mellom 56 prosent som fullførte og bestod på normert tid, 13 prosent som fullførte og bestod i løpet av fem år, fem prosent som fortsatt var i skolen, sju prosent som fullførte Vg3/ VKII eller gikk opp til fagprøve uten å bestå, og 18 prosent som sluttet underveis (Utdanningsdirektoratet 2013:19). Det er denne siste kategorien som rettmessig kan kalles frafall, samtidig som det i denne gruppen kan være personer som vender tilbake og fullfører opplæringen på et senere tidspunkt (Se underlagsrapporten til Bergsli (2013) for en utdypende diskusjon om frafall).

Grunnskolekarakterer er den enkeltvariabel som har sterkest effekt på gjennomføring, kompetanseoppnåelse og frafall i videregående opplæring (Markussen m.fl. 2008). Avbrutt grunnskoleopplæring skjer i Norge, men i veldig liten målestokk. Samtidig er det sju til åtte prosent av grunnskoleelevene som mangler eller får laveste karakterer i et eller flere fag når de går ut av grunnskolen (Frøseth m.fl. 2008). Elever med dette prestasjonsnivået vil streve med å møte kravene i den videregående opplæringen (Markussen m.fl. 2011). Generelt sett har også gutter lavere karakternivå enn jenter (NOU 2012:15). Denne kjønnsforskjellen i skoleprestasjoner bidrar til å forklare hvorfor frafallet er størst blant gutter. 74 prosent av jentene og 65 prosent av guttene i 2006-kullet fullførte og bestod innen fem år (Utdanningsdirektoratet 2013:21).

Karakterene formidler –medierer - andre bakenforliggende faktorer som bidrar til de sosiale ulikhetene i kompetanseoppnåelse i den norske videregående skolen. Gjennomføring av videregående opplæring har en tydelig sammenheng med sosial bakgrunn, prestasjoner og fravær i hele skoleløpet. Den sosiale gradienten i fullføring etter foreldrenes utdanningsnivå er tydelig: Andelen elever med foreldre med høy utdanning som fullførte videregående opplæring (innen fem år med studie- eller yrkeskompetanse) i 2006-kullet var på 82 prosent, mot 66 prosent av barna som hadde foreldre med videregående utdanningsnivå eller mer, og 43 prosent av elevene som hadde foreldre med kun grunnskoleutdanning (Bjørkeng 2013:21).

Foreldrenes utdanningsnivå har indirekte betydning for ungdoms kompetanseoppnåelse og noe direkte betydning for barnas fullføringsgrad, mens deres yrkesaktivitet har positiv effekt på barnas fullføringsevne (Støren m.fl. 2007, Markussen m.fl. 2008, Frøseth og Markussen 2009). Andre viktige variable er kjønn, minoritetsspråklig bakgrunn, bosituasjon, og foreldrenes holdning til skole og utdanning. Ungdom som bor med begge foreldrene har i

tillegg bedre kompetanseoppnåelse enn dem som ikke gjør det, og en betydelig mindre andel avbryter utdanningsløpet (Markussen m.fl. 2008).

Andre faktorer av relevans for gjennomstrømmingen er sosialt og skolefaglig engasjement og det å identifisere seg med skolen, og kontekstuelle faktorer slik som regionale og skolemessige forhold (Lamb m.fl. 2011, Halvorsen m.fl. 2012). Skolens påvirkning og elevenes engasjement for og identifikasjon med skolen påvirker sannsynligheten for ikke å bestå, mediert gjennom manglende innsats, interesse og utdanningsambisjoner, fravær i grunnskolen, liten sosial omgang med medelever og avvikende atferd (Markussen m.fl. 2008). I tillegg viser en amerikansk longitudinell studie at avvikende atferd, venner med samme avvikende atferd og lav sosial posisjon hadde en selvstendig effekt utover skoleprestasjoner på økt sannsynlighet for frafall (Battin-Pearson m.fl. 2000). Det sosiale miljøet og vennepåvirkningen må derfor tas i betraktning ved siden av familietilhørigheten i denne aldersperioden (Boudon 1974).

Skolefaktorer slik som skolens ressurser, elevenes læringsmiljø og elevsammensetningen har også betydning, selv om de kun kan forklare en liten del av ulikhetene i elevers prestasjoner (Opheim m.fl. 2013). Det er også en stor grad av usikkerhet knyttet til årsakssammenhenger når det gjelder skolespesifikke faktorerets betydning på prestasjoner (se f.eks. Falch og Strøm 2013). Opheim m.fl. (2013) påpeker at til tross for små variasjoner kan forskjellene mellom skoler være viktige for elevenes prestasjoner, siden det er et stort spenn mellom ytterpunktene. Av betydning er kvaliteten på skolen og lærerne, hvilken klasse eleven er i, som er mediert gjennom lærerens oppfølging, undervisningsopplegg, støtte, styring og en aktiv læringskultur, slik Bergensundersøkelsen referert til av Hernes (2010:44) peker på.

Innvandrererelever og norske elever med innvandrerforeldre har lavere fullføringsgrad enn majoritets elever (Utdanningsdirektoratet 2013:22). Årsaken er i stor grad at de har gjennomgående lavere grunnskolekarakterer, og i noen grad at mange har foreldre med lavere utdanningsnivå (Grindland 2009). Ved likt karaktersnitt fra VG1 og lik sosial bakgrunn er det lavere frafall og høyere fullføringsandeler blant både innvandrere og etterkommere med ikke-vestlig bakgrunn enn blant majoritets elevene (NOU 2012:15, s.129). Høy motivasjon bidrar til å forklare dette (Markussen m.fl. 2008).

Behov for spesialundervisning følger sosiale skillelinjer. Gruppen ungdom som har vedtak om spesialundervisning har større sannsynlighet for å ha foreldre med lavere utdanning, det er flere gutter enn jenter, og det er flere innvandrere og etterkommere av innvandrere enn majoritetsungdom (Markussen 2009 kap.10, Markussen m.fl. 2009). Det er også sosiale ulikheter når det gjelder hvilke vansker elevene har hatt som har kvalifisert dem til spesialundervisning. Markussen (2000:82) fant at elevene med nedsatt syns-, hørsels- og bevegelsesevne og medisinske vansker hadde høyest sosioøkonomisk bakgrunn, mens gruppen med dysleksi og generelle eller sammensatte lærevansker, psykososiale og emosjonelle problemer hadde lavest sosioøkonomisk bakgrunn.

Programforskjeller i fullføring

Elever på yrkesfaglige retninger har markant høyere sannsynlighet for frafall i forhold til elever på studieforbereende fag, selv kontrollert for sosioøkonomisk bakgrunn, prestasjoner og engasjement (Markussen m.fl. 2008). Under halvparten av elevene på yrkesfag oppnår yrkeskompetanse i løpet av fem år (Utdanningsdirektoratet 2013).

De yrkesfaglige programmene har ulike kjennetegn, tradisjoner og forankring i arbeidslivet, noe som påvirker sannsynligheten for frafall (Høst m.fl. 2013). Fag med sterke fagarbeidertradisjoner drar nytte av fagopplæringsstrukturene både i arbeidslivet og i skolen. Elevenes fag- og yrkesorientering blir større, og færre avbryter. Dette er yrker med sterk kultur for å ta inn lærlinger, de er tydelig basert på fag og de er rimelig nært knyttet til skoleopplæringen (Høst m.fl. 2013:8).

Det største frafallet i yrkesfag tilskrives i stor grad tildeling av læreplass, selv om det ikke forklarer alt, siden mange elever ikke søker om læreplass (Vibe m.fl. 2012). Læresteder har en tilbøyelighet til å velge lærlinger med gode skoleprestasjoner, lite fravær, og med yrkesutdannede fedre. Dette gir en indirekte effekt på gjennomføring, ved at det har effekt på hvem som får mulighet til å komme i lære. De elevene som får muligheten tilhører således en selektert gruppe med større sannsynlighet for kompetanseoppnåelse når de blir lærlinger (Markussen og Sandberg 2005).

En ikke ubetydelig andel elever på yrkesfag tar påbygg til studiekompetanse, et tilbud som til tross for en strykprosent på rundt 40 prosent blir anbefalt opprettholdt i evalueringen til Markussen og Gloppen (2012). Anbefalingen hviler på at årsakene til valg av påbygg er sammensatte: feilvalg, et ønske om å kombinere yrkesfag med muligheten til å ta høyere utdanning, samt mangel på læreplass. Forskerne anbefaler også mer støtte til enkeltfag, slik at flere av elevene består eksamen gjennom et reelt tilbud om tilpasset opplæring. Det har også vært kritikk av yrkesfagenes «teorityngde» etter at allmenne fag ble inkludert i yrkesutdanningen med Reform 94. Hegna m.fl. (2012) vurderer denne kritikken som et uttrykk for den interne spenningen i det norske opplæringssystemet, der skolen skal bidra til yrkesfaglig kompetanse, kvalifisere til høyere utdanning, samt inkludere alle. Ordningen med praksisbrev, som vi skal komme tilbake til senere i kapittelet, har vært positivt mottatt da den tilbyr mer praksisrettede og individtilpassede muligheter i yrkesfagene.

7.4 Helsens betydning for utdanningsløp og frafall

I underlagsrapporten til Annett Arntzen (2013) vises det til flere studier av premature barns vedvarende helserelevante, kognitive og utdanningsmessige utfordringer (Se f.eks. Hack m.fl. 2002, McCormick og Richardson 2002). Som følge av disse utfordringene er det flere som avbryter videregående opplæring, de har lavere utdanningsnivå og inntekt enn andre voksne, og de mottar oftere sosial- eller uførestønad (Moster m.fl. 2008).

Det er også solid evidens for at dårlig helse i barne- og ungdomstiden er knyttet til høyere risiko for frafall i videregående opplæring (for en gjennomgang, se Breslau 2010). Sykehusinnleggelse i barndommen er for eksempel funnet å øke sannsynligheten for frafall, og derigjennom lavere sosioøkonomisk status senere i livsløpet (Heesch m.fl. 2011).

I norsk sammenheng er det få, men robuste registerbaserte så vel som kvalitative studier som har vist betydningen av helse for frafall. Dårligere selvrapportert helse, kronisk sykdom og somatiske symptomer, kreftsykdommer, konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, overvekt, samt psykiske og psykososiale problemer er funnet å øke sannsynligheten for frafall, uavhengig av familiebakgrunn (Markussen og Seland 2012, De Ridder m.fl. 2012, De Ridder m.fl. 2013, Sagatun m.fl. 2014, Ghaderi 2014).

Anvik og Gustavsens (2012) kvalitative studie viser i tillegg hvordan komplekse forhold samvirker og kan inngå i en kumulativ prosess som forsterker problemene: vanskelige oppvekstvilkår, mobbing, ensomhet, manglende oppfølging på skolen, samt ingen å snakke med eller få hjelp hos. Mobbing og ensomhet var i studien viktige faktorer bak psykiske problemer, som igjen førte til skolefravær, avbrutt skolegang og senere problemer med å takle arbeidslivet. Dårlig mestringsfølelse og selvbilde, lav motivasjon og psykiske problemer er faktorer som går igjen blant ungdom i fare for å avbryte skolegangen (Bragdø og Spjelkavik 2013). Mange ungdommer med psykiske lidelser har videre store utfordringer med å takle overganger, slik som fra skole til arbeid (Se også Humlum og Jensen 2010).

Litteraturoppsummeringen til Breslau (2010) indikerer at psykiske lidelser, ADHD og atferdsforstyrrelser gir størst sannsynlighet for frafall. Generelt synes det å være slik at familieforhold som predikerer frafall (slik som skilsmisse og foreldrenes utdanningsnivå, deres yrke og psykiske helse) også predikerer barns mentale problemer. Foreldrenes psykiske problemer (f.eks. depresjon) kan påvirke barnas skolegang gjennom mindre støtte, mens andre lidelser kan innebære økonomiske begrensninger, høyere konfliktnivå i familien, eller at barna føler at de må ta et stort ansvar hjemme.

Dalgard m.fl. (2007) finner at sammenhengen mellom lav utdanning og psykiske problemer medieres gjennom dårlig mestringsfølelse. Selv om studien ikke kan påvise kausalmekanismer, tyder funnene på at forholdet mellom lav utdanning og psykiske problemer nok i større grad skyldes miljøpåvirkning (lavt utdanningsnivå kan føre til psykiske problemer) heller enn seleksjonsmekanismer (psykiske problemer fører til lavt utdanningsnivå). Forskerne vektlegger derfor at det sannsynligvis vil være en mental helsegevinst av å redusere frafall og støtte elever med læringsvansker (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2007/2012). En annen studie finner også sammenheng mellom uopnådde utdannings- og yrkesaspirasjoner og ungdoms psykiske problemer (Hyggen og Gjerustad 2013). Rusproblematikk er også relevant. Tidlig rusmisbruk (både alkohol- og hasjmisbruk), henger systematisk sammen med frafall i videregående opplæring, også etter kontroll for sosioøkonomisk status og familiestruktur (Blöndal m.fl. 2010). I Norge er det å

drikke seg full ofte funnet å predikere frafall, men med redusert effektstørrelse etter statistisk kontroll for foreldrenes omsorg, venners atferd og idrettsdeltakelse (Wichstrøm 1998:418).

Helseatferd har en statistisk sammenheng med oppnåelse av utdanningsnivå, slik foreldrenes utdanningsnivå har. Tolket i et livsløpsperspektiv foregår det en helsemessig differensiering i ungdommers utdanningsløp, der helseatferd etableres i ungdomstiden, som i tur kan bli rådende senere i livet (Elstad 2008). Jevnlig fysisk aktivitet har sannsynligvis betydning for elevers skoleprestasjoner gjennom å bidra til god fysisk form og dermed overskudd til og motivasjon for skolearbeid og motivasjon for læring. Det er dessuten sannsynlig at barn og ungdom som jevnlig deltar i fysisk aktivitet motiverer hverandre til egen utvikling og mestringsorientering (Samdal m.fl. 2012b).

Som vi har diskutert henger fravær og prestasjoner sammen med økt risiko for å avbryte den videregående opplæringen. Skolefraværet er høyere blant barn og ungdom i lavinntektsfamilier enn for øvrig (Elstad 2010). Forskjellene beror på større plager og psykosomatiske symptomer, som også øker i lavinnteksgruppen over tid. Høyt fravær i grunnskolen kan også signalisere lav trivsel og mistilpasning som kan utvikle seg i negativ retning, med vedvarende fravær, dårlige karakterer og senere frafall. Dette kan forsterkes siden sosiale ferdigheter og nettverk utvikles i ungdomstiden, og disse medierer ulike former for sosialt stress og helse, som ved negative erfaringer kan bidra til sosial eksklusjon og psykiske problemer (Almgren m.fl. 2009). Et godt læringsmiljø med gode relasjoner til medelever og lærere kan ha større betydning for helsen enn for skoleprestasjonene (Bergh m.fl. 2010). Det sosiale skolemiljøet kan også støtte elever i fare for å avbryte yrkesfaglig opplæring gjennom tett faglig og personlig oppfølging i henhold til elevens forutsetninger og komplekse problemer (Pless og Katznelson 2007, i Diderichsen m.fl. 2011).

Helse ser videre ut til å spille en rolle for lærlingetiden i yrkesfag, da det som beskrevet er mange som avbryter skoleløpet. Fallende motivasjon, bekymring for mangelfull opplæring, for dårlig kvalitet eller for høye krav på læresteder, men også fysisk begrensning som følge av skader, allergier, betennelser etter monotont og fysisk tungt arbeid, er årsaker ungdom selv oppgir for å avbryte læretiden i Markussen m.fl. sin studie (2008). Studien fant også at enkelte arbeidsgivere reagerte negativt på sykmeldinger og helseproblemer, med oppfordring om å avbryte læretiden. Dette tyder på at elevenes helse er en av flere faktorer som kan forklare avbrytelse av en lærekontrakt.

Prestasjoner påvirkes også av de personlige læremulighetene, som kan få en helsemessig dimensjon. Lese- og skrivevansker oppleves av rundt ti prosent av barn og ungdom. De er koplet til helseproblemer, har en sosial gradient, og rammer oftere gutter enn jenter. For ungdom med større lese- og skrivevansker er det høyere sannsynlighet for å ha atferdsvansker, emosjonelle og psykiske problemer, og selvmordstanker (Undheim 2003, Daniel m.fl. 2006). Lærevanskene påvirker skoleprestasjoner negativt og øker risikoen for

fracfall (Pape m.fl. 2011). Frøseth og Markussen (2009:83) finner videre at elever med alvorlige atferdsforstyrrelser har lavere sannsynlighet for å avbryte skolegangen enn andre, trolig fordi de får støtte gjennom tilleggsressurser. Dette kan bety at ungdom med alvorligere diagnoser får mer hjelp og dermed bedre gjennomføringsevne, mens ungdom uten diagnose men med atferdsproblemer ikke får ekstra ressurser, og dermed dårligere gjennomføringsevne.

7.5 Konsekvenser av sviktende skolegang og ufullført videregående skole

Det er godt dokumentert at sviktende skolegang og fracfall fra videregående skole er knyttet til senere helse- og levekårsproblemer (NOU 2009:10, kap.9, se også Bergsli (2013) for en grundig oppsummering). Flere studier viser en markant forbedring av utdannings- og arbeidsmarkedstilknytningen ved kompetanseoppnåelse på videregående nivå (Markussen m.fl. 2008, Opheim 2009, Bratsberg m.fl.2010, Falch og Nyhus 2009, 2011, Falch 2011, Støren 2013). 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 er også funnet å være tre til fem ganger større for dem som ikke har fullført videregående opplæring, og sannsynligheten for å motta uføretrygd, sosialhjelp og annen støtte er mye høyere i denne gruppen enn i andre utdanningsgrupper (Falch og Nyhus 2009). Denne risikoen er imidlertid funnet å være størst blant ungdom som avbrøt skolegangen tidlig i løpet (Barth og von Simson 2013:328). Likevel var drøyt 70 prosent av dem som ikke fullførte innen fem år i utvalget sysselsatte som 31-åringer.

Lange perioder uten skole eller jobb tenderer mot å være selvforsterkende ved at sannsynligheten for å vende tilbake til skole eller arbeid reduseres med den tiden man står utenfor, selv om den selvstendige effekten av varighet er usikker (Bratsberg m.fl. 2010:43). Hvordan prosessen forløper avhenger likevel av familiebakgrunn. Den sosiale gradienten er spesielt sterk for sannsynligheten for å returnere til utdanningssystemet, mens den har mindre betydning for overgang direkte til yrkeslivet. Fullføring av videregående opplæring har en betydelig kausal effekt på inntektsmuligheter, siden inntektsforskjellen ved avbrutt videregående opplæring er rimelig upåvirket av familiebakgrunn. Mye av differansen forklares av bedre arbeidsmarkedstilknytning ved fullføring.

Lavt utdanningsnivå er relatert til lavere deltakelse i arbeidslivet og større risiko for svekket helse, arbeidsuførhet og uføretrygd (De Ridder m.fl. 2012). Det er i den norske konteksten funnet en sterk sammenheng mellom dårlig selvrapportert helse, fracfall fra videregående skole og risiko for å motta medisinske og ikke-medisinske stønader i tidlig voksenliv (De Ridder m.fl. 2012). Det er likevel vanskelig å si om fracfall i seg selv er årsaken til langvarig støtte i ung voksen alder, eller om både fracfall og langvarig sosial støtte er utfall av forutgående individuelle eller kontekstuelle faktorer knyttet til helse, familie og skole. Flere norske studier viser at risikoen for å bli ufør er høyere for personer med kun

grunnskoleutdanning, og at uførrisikoen følger den sosiale gradienten (Blekesaune 2005, Fevang og Røed 2006, Gravseth og Kristensen 2008, Bruusgaard m.fl. 2010).

Oppsummering

Vi har her identifisert en rekke determinanter for skoleprestasjoner og frafall. Mange er høyt innbyrdes korrelert, noe som gjør det vanskelig å skille årsakssammenhenger fra statistiske korrelasjoner. Sosioøkonomisk bakgrunn og skoleprestasjoner forutsier i stor grad barns og ungdoms utdanningskarrierer. Helseproblemer har også betydning for utdanningsforløp, men spiller sannsynligvis en mindre rolle (Elstad 2008, Breslau 2010). Slike determinanter kan nok virke enkeltvis og hver for seg, men det er grunn til å anta at sosial bakgrunn, helselaterte forhold og skoleprestasjoner opptre i komplekse samspill for utdanningskarrierer og utfall (se livsløpsmodellen i kapittel 3). Dårlig følelse av mestring og motivasjon, dårlig selvbilde og psykisk helse ser særskilt ut til å henge sammen for ungdommene som står i fare for å avbryte skolegangen (Bragdø og Spjelkavik 2013). Det er videre godt dokumentert at frafall i videregående skole øker risikoen for levekårs- og helseproblemer og en svekket utdannings- og arbeidsmarkedstilknytning. Det er også en sterk sammenheng mellom selvrapportert helse, frafall og risiko for å motta stønad.

7.6 Forklaringer

Sosial ulikhet i utdanning

Det er vanlig å betone at utdanning er et gode for individ og samfunn, og at utdanningsinstitusjonene bidrar positivt til utviklingen av begge. Det finnes alternative, kritiske perspektiver på samfunnets utdanningsinstitusjoner som vektlegger andre sider ved disse institusjonene (for en oversikt, se Mirowsky og Ross 2003, kapittel 7). Én slik kritisk tilnærming er særlig relevant for sosial ulikhet da den framhever utdanningsinstitusjonens «klassekarakter». Synet er at skolen og utdanningsinstitusjonene reproducerer sosial ulikhet over generasjonene ved å understreke allerede gitte statusforskjeller, belønne «riktige» egenskaper og sanksjonere andre, og på dette grunnlaget sortere elevene videre i systemet. Overensstemmelse i verdier mellom hjem med høyere utdanningsmessige og økonomiske ressurser og skolen innebærer at elevene fra disse hjemmene behersker skolen bedre som sosial og faglig arena (Bourdieu 1984, Markussen m.fl. 2008, Bergh m.fl. 2010).

Det er gjerne tre teorier som søker å forklare slike ulikhetsreproduserende mekanismer: *Verditeorien* hevder at arbeiderklassens barn har blitt sosialisert inn i andre interesser og verdier enn middelklassen, der utdanning i seg selv tillegges mindre verdi. *Kulturteorien* retter søkelyset mot sosiale forskjeller i kulturell kapital og hevder at utdanningssystemet primært belønner middelklassens kulturelle uttrykksformer. *Sosial posisjonsteorien* fokuserer på økonomiske og sosialt situerte gevinster og kostnader som barn fra ulike sosiale klasser veier mot hverandre når de treffer beslutninger om utdanningsvalg (Hjellbrekke og Korsnes 2006, Hansen og Mastekaasa 2010, Caspersen m.fl. 2012).

Få norske studier har et design som er egnet til å teste disse perspektivene mot hverandre (Caspersen 2012:14). Hansen og Mastekaasa (2010:127) argumenterer imidlertid for at sosial posisjonsteori står sterkere siden sosial bakgrunn betyr mindre for utdanningsvalgene til arbeiderklasseungdom med gode karakterer, og over tid har andelen unge fra arbeiderklassen som velger høyere utdanning økt. Sosial posisjonsteorien, som legger vekt på klassebaserte vurderinger av kostnader og belønninger, er derfor den mest sannsynlige forklaringen på at elever velger utdanningsretning på klassebakgrunn heller enn på bakgrunn av evner. Kultur- og verdiforklaringene er mindre plausible, blant annet fordi den store andelen studenter med arbeiderklassebakgrunn i høyskoleutdanningene ikke vitner om noen dyp skepsis til eller avvisning av høyere utdanning som sådan.

Disse tre reproduksjonsteoriene kritiseres blant annet for ikke å ta hensyn til institusjonelle forskjeller mellom nasjonale utdanningssystemer og for at de er lite sensitive overfor institusjonelle endringer innen ett nasjonalt system (Hjellbrekke og Korsnes 2006:103). Det er grunn til å tro at endringer i utdanningssystemer kan føre til både større og mindre sosiale ulikheter i utdanningsvalg og utfall (se diskusjonen av Kunnskapsløftet nedenfor).

Helse har en perifer plass i utdanningsforskningen. Som vist ovenfor er det tegn til at helse kan ha betydning for både frafall og skoleprestasjoner, og dermed utdannings- og yrkeskarrierer på lengre sikt. I Norge er imidlertid effekten av helse på utdanning empirisk noe uklar og teoretisk tvetydig. På den ene side kan helseproblemer svekke muligheten til å oppnå gode prestasjoner i skolesystemet gjennom redusert handlings- og læreevne og utholdenhet. Samtidig kan helsetilstand gi tilgang til ekstra ressurser dersom en kvalifiserer til «riktig» diagnose. Dersom elever fra familier med færre ressurser oftere får rett til slike ekstra ressurser, og dermed blir kompensert for ressursknappheten, kan det tenkes at skolen faktisk bidrar til større resultatlikhet, alt annet likt.

Svake skoleprestasjoner og manglende kompetansegrunnlag fra videregående opplæring virker negativt inn på livsløp, livssjanser, helse og levealder, slik vi til nå har vist. Som vi har diskutert foreligger det god evidens for at lav utdanning eller avbrutt opplæring, som i tur er knyttet blant annet til lav sosioøkonomisk status og helseproblemer i oppveksten, innvirker på senere helse og sykkelighet, yrkes- og inntektskarrierer og bruk av trygdeytelser. Det er imidlertid vanskelig å skille mellom kausale og ikke-kausale komponenter i streng forstand i foreliggende forskning. Slik livsløpsperspektivet argumenterer for, er forklaringene knyttet til akkumulasjon av ulemper gjennom livet, fra barndom og ungdomsår. Ulempene og problemene inngår i komplekse samspill og forsterker hverandre, slik som psykisk helse, mestring og motivasjon, som reduserer eller hindrer muligheter for både utdanning og arbeidsmarkedstilknytning, som igjen kan forsterke problemene.

Utdanning og ulikhet i helse

Som vist i kapittel 5 er utdanningsnivået konsistent knyttet til en rekke ulike mål på helse. Utdanningsnivå er relatert til ulike mål på dødelighet, og utdanningsgradienten i dødelighet i Norge, som i Norden for øvrig, har økt noe de siste 30 år. Utdanning er også nært relatert til en rekke dødsårsaker og andre helseutfall, slik som selvvurdert helse, psykisk helse og langvarig/ kronisk sykdom (Elstad 2008). Sammenhengen mellom utdanning og helse danner nesten et universelt mønster på tvers av land og over tid. Dette er beskrevet i kapittel 5 og behøver ikke å bli gjentatt her.

Mange ser på utdanning som en av de primære determinantene for helse. Formell utdanning, kvalifikasjoner og ferdigheter er av flere grunner en nøkkelressurs for god helse. For det første gir ferdigheter og kompetanse evne til å justere sosiale omgivelser, enten ved tilpasning eller endring, og de gir grunnlag for livslang læring. For det andre gir utdanning bedre jobber og tryggere inntekt, som i sin tur øker mulighetene for bedre boforhold, ernæring og rekreasjon. For det tredje gir utdanning intellektuelle verktøy til å ta kontroll over eget liv. Utdanning gir bedre tilgang til helseinformasjon og styrker evnen til å omdanne denne til helsebringende atferd som sunt kosthold, fysisk aktivitet og røykfrihet. En opplevelse av kontroll over livet reduserer også helseskadelige stressreaksjoner når en utsettes for belastende og helsetruende situasjoner eller tilstander. Endelig medfører utdanning tilgang til sosiale relasjoner og nettverk som innehar helsebringende ressurser, slik som sosial støtte, informasjon og ulike materielle goder (Mirowsky og Ross 2003:198, Freudenberg og Ruglis 2007, Kawachi m.fl. 2010, Lager 2011).

Samtidig pågår en debatt om utdanningens kausale betydning for helse og dens sosiale fordeling (Mirowsky og Ross 2003). Enkelte hevder at det egentlig er intelligens som kan forklare sammenhengen mellom utdanning og helse. En hypotese er at intelligens er et surrogat for utdanning, en annen at intelligens er den grunnleggende årsaken til klasseforskjeller i helse. En tredje hypotese om «systemintegritet» er at høyere intelligens er en markør for et latent trekk ved en effektiv og velfungerende kropp (Gottfredson 2004, Gale m.fl. 2009, Deary 2012).

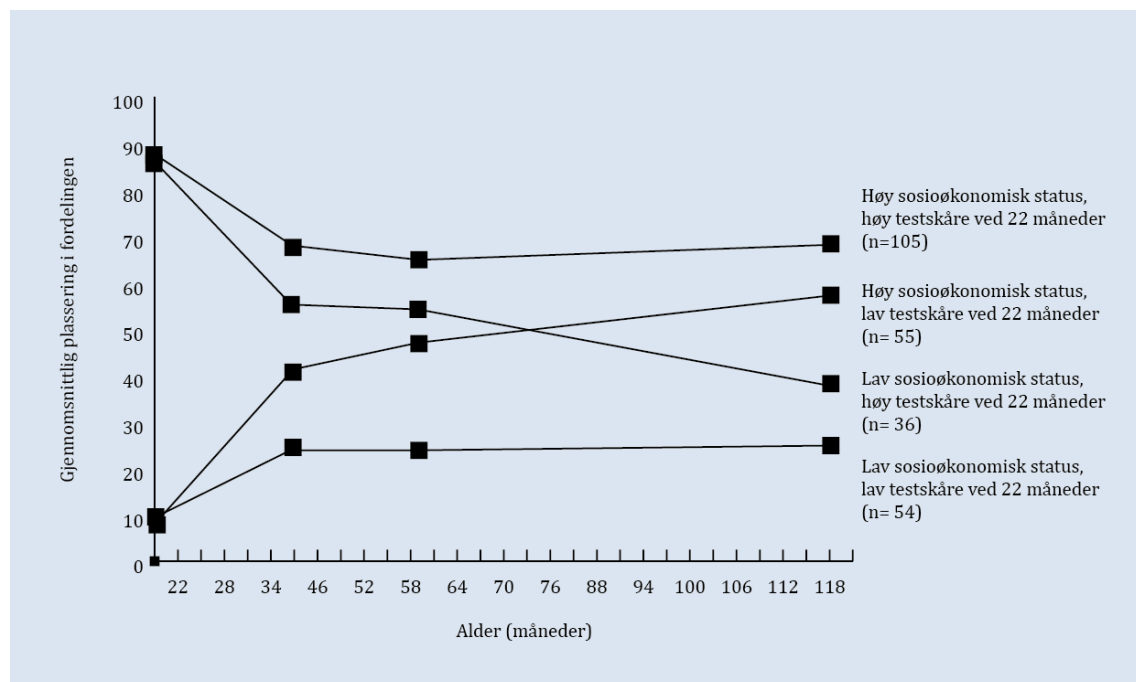
I kapittel 4 redegjorde vi for hva genomforskningen kan si om genenes betydning for sosial ulikhet i helse gjennom direkte eller indirekte kanaler. Spørsmålet her dreier seg spesifikt om betydningen av intelligens for korrelasjonen mellom utdanning og helse. Forskning innenfor såkalt kognitiv epidemiologi har vist at intelligens henger sammen med flere mål på helse, herunder dødelighet (Deary 2012).

En oppsummering av 16 studier av intelligens og dødelighet fant at gode resultater på kognitive tester var forbundet med lavere dødelighetsrisiko. Justering for sosioøkonomisk status i oppveksten endret den påviste sammenhengen i liten grad, mens den til dels ble redusert ved kontroll for sosioøkonomisk status i voksen alder. Dette kan tolkes som at

utdanning i voksen alder er en (delvis) medierende mekanisme (Calvin m.fl. 2011). Vågerø (2011) har reist kritiske spørsmål til denne kunnskapsoversikten og undersøkelsene den bygger på. Kritikken kan sammenfattes i følgende punkter: Det er kjent at intelligens kan påvirkes av sykdom (altså omvendt kausalitet), noe analysen ikke tar høyde for. I flere av de refererte studiene er intelligens testet så sent som i alderen 18-25 år, altså under utdanningsløp eller etter mange års utdanning. Det er også sannsynlig at utdanningen kan ha påvirket intelligensen fordi det er en rimelig antakelse at utdanning og intelligens inngår i et gjensidig dynamisk påvirkningsforhold. Videre har analysen heller ikke tatt hensyn til faktorer som interagerer med og dermed modifierer effekten av intelligens. Til sist påpeker Vågerø (2011) at kontroll for sosioøkonomisk bakgrunn ikke er tilstrekkelig for å fjerne effekten av all relevant miljøpåvirkning, da denne kan variere mye innenfor ulike sosioøkonomiske grupper.

I denne sammenheng er studien til Feinstein (2003) interessant. Den målte intelligensnivået til barn ved 22 måneders alder for så å følge den kognitive utviklingen blant barn som hadde foreldre med henholdsvis høy og lav sosioøkonomisk bakgrunn, målt ved inntekt og utdanning, fram til fylte ti år. Resultatet er vist i figur 7.1. Det viktigste funnet er at "smarte" barn fra dårligere sosioøkonomiske kår i løpet av perioden faller på skalaen som indikerer kognitive evner og blir forbigått av barn fra gode sosioøkonomiske kår men som startet med et langt dårligere evnemessig utgangspunkt. Undersøkelsen viser kort og godt at oppvekstvilkårene har stor betydning for utviklingen av barns kognitive evner.

Figur 7.1 Endringer i kognitive skårer over tid i to sosioøkonomiske grupper.



Kilde: Feinstein 2003:85.

En litteraturgjennomgang av intelligensens kilder og konsekvenser peker i samme retning (Nisbett m.fl. 2012:136-137). Studien konkluderer at det er klar evidens for at skolegang så vel som miljøforhold knyttet til sosial klasse påvirker intelligensnivået. Studier fra USA rapporterer lignende funn (Link m.fl. 2008, Greenstone m.fl. 2013). Slike funn får støtte fra nordiske studier. Brinch og Galloway (2011) studerte effekten av økningen av obligatorisk skolegang fra 7 til 9 år i Norge på 1960-tallet. De fant at skolereformen hadde en klar positiv effekt på IQ-skårene til ungdom ved 19-årsalder. En svensk studie med tilsvarende design kom til samme konklusjon, og fant i tillegg at utdanning var kausalt relatert til lavere dødelighet (Lager 2011). Denne effekten var delvis relatert til bedre kognitive ferdigheter.

Tolkningen av denne forskningen er at skolegang fører til bedre kognitive evner, og til bedre helse i form av lavere dødelighet. Den siste effekten medieres delvis av kognitive ferdigheter, ifølge Lager (2011). Men det er også støtte til teorien om gunstige helseeffekter av de fleksible ressursene som følger med høy utdanning. Eksempler på slike ressurser er som vi har vært inne på bekjentskaper, sosial kapital, status og prestisje, makt og innflytelse. Ressursene gir muligheter til å håndtere påkjenninger, redusere risiko, og til å skape helsefremmende sosiale arenaer og omgivelser (Link m.fl. 2008:87). I denne sammenheng er resultatene fra en studie av Mani m.fl. (2013) verdt å merke seg. Basert på to undersøkelser av fattigdom og kognitiv funksjon konkluderer den med at fattigdom i seg selv reduserer kognitive evner. Dette innebærer også at fattige kan handle på måter som bidrar til å forsterke fattigdommen.

Etter å ha oppsummert en stor del av den internasjonale litteraturen om utdanning og helse konkluderer Elstad (2008:125): «Årsaksrelasjonene mellom utdanning og senere helse ... blir ikke underminert av funnene fra livsløpstilnærminger til studiet av voksnes helse ... Hva utdanningen bringer med seg gir altså et vesentlig bidrag til prosessene som genererer helse og helseulikheter utover i det voksne livsløpet». En slik konklusjon deles av mange, om enn ikke alle forskere (Se f.eks. Grossman og Kaestner 1997, Mirowsky og Ross 2003, Gottfredsson 2004, Kawachi m.fl. 2010, Cutler m.fl. 2011, Deaton 2011, Nisbett m.fl. 2012). Vår vurdering av den empiriske kunnskapen er at det er overveiende sannsynlig at utdanning i seg selv er en bakenforliggende og grunnleggende forklaring på helse, sykdom og tidlig død.

7.7 Politikken på feltet

Ulike regjeringer har på 2000-tallet uttrykt bekymring for at de sosiale forskjellene i prestasjoner vedvarer i den norske skolen (Se f.eks. St. meld. 30 (2003-2004) og St. meld. 16 (2006-2007)). I tillegg har det blitt en økende bevissthet om behovet for tidlig innsats, slik St. meld. 18 (2010-2011) spesielt fremhever. Vi skal i dette avsnittet først diskutere hvilken rolle skolefritidsordningen, gratis leksehjelp og skolehelsetjenesten kan spille som tidlig og riktig innsats. Deretter ser vi på hva de store skolereformene har betydd for utjevning av ulikheter i prestasjoner og frafall siden Reform 94. Vi trekker videre frem to nyere prosjekter som har

vist positive resultater ovenfor frafall i den videregående opplæringen, før vi til sist diskuterer tilpasset opplæring.

Skolerelaterte tjenester

Med *skolefritidsordningen* (SFO) ble skolens ansvar for oppveksts- og læringsmiljøet utvidet (St. meld. 16 (2001-2002)). SFO er et tilbud før og etter skoletid til barn mellom 1. og 4. klasse (og for barn med særskilte behov opp til 7. klasse) med lek, kulturaktiviteter og sosial læring. Likevel er det også en arena med en potensiell positiv påvirkning på skoleprestasjoner gjennom induktiv læring, i form av kommunikativ og sosial trening og språklæring (Turmo m.fl. 2009). Grøgaard m.fl. (2008, i Turmo m.fl. 2009) finner også en positiv tendens når det gjelder betydningen av SFO for prestasjoner på nasjonale prøver.

Kommunene setter selv satsene for SFO, og de fleste har ingen inntektsmoderasjon (Nygaard 2009), med store kommunale prisforskjeller til følge. Samtidig har bruken av SFO økt på 2000-tallet (Lian m.fl. 2012). Det er likevel færre barn av foreldre med lav utdanning på SFO, og det er en større andel i denne gruppen som har deltidsplass sammenlignet med barn med høyere utdannede foreldre (Moafi og Bjørkli 2011). Det er også færre barn med mødre av ikke-europeisk bakgrunn på SFO. En større andel foreldre i lavinntektsfamilier oppgir økonomiske grunner til at de ikke bruker tjenesten.

Ordningen med *gratis leksehjelp* etablert i 2010 omfatter elever på 1.- 4. årstrinn, og har mål om å bidra til sosial utjevning i opplæringen. Tre av fem barn deltok i ordningen i 2010. Deltakelsen er noe høyere i familier med eneforsørger uten inntektsgivende arbeid og når mor ikke er yrkesaktiv. Det er også en høyere andel barn av innvandrere som benytter leksehjelpsordningen (Moafi og Bjørkli 2011). En evaluering av ordningen fant at skolene som økte tilbudet av leksehjelp over tid hadde noe bedre resultatutvikling, men at det ble noe større sosiale forskjeller i skolerresultater på disse skolene (Bache-Hansen m.fl. 2013). Evalueringen konkluderer med at leksehjelpen i liten grad ser ut til å endre på de systematiske ulikhetene i elevers skolerresultater på grunnlag av kjønn, sosioøkonomisk bakgrunn og innvandringsbakgrunn.

En annen evaluering av gratis leksehjelp argumenterer for at tre individrettede målsettinger - støtte til læring, følelse av mestring og gode rammer for selvstendig arbeid - står i motsetning til det fjerde, kollektive målet om sosial utjevning (Seeberg m.fl. 2012, i Giæver 2013:21). På enkelte områder finner sluttevalueringen mønstre som tyder på at ulikhetene har økt, selv om den ikke kan fastslå om leksehjelpen i seg selv har bidratt til å forsterke heller enn å utjevne ulikheter (Backe-Hansen m.fl. 2013). Samtidig er det sannsynlig at skolenes ulike utforming av ordningen påvirker i hvilken grad den medvirker til forskjeller i læringsutbytte, et spørsmål som ikke har vært undersøkt empirisk (Giæver 2013). Det kan også være at kvaliteten på undervisningen og lærertettheten utgjør barrierer.

Skolehelsetjenesten er det tredje skolerelaterte området vi skal diskutere som kan medvirke til utjevning av prestasjoner og frafallsnivå. Norske regjeringer, fra Stortingsmelding 16 (2002-2003) til Stortingsmelding 20 (2012-2013), har påpekt at videreutvikling av og økt tverrsektorielt samarbeid rundt skolehelsetjenesten er et viktig tiltak for å fremme unges helse. Til tross for dette har Helsedirektoratet (2010a) rapportert at helsestasjoner og skolehelsetjenesten noen steder er bygd ned og at tverrfagligheten er svekket, spesielt tilbudet i videregående skoler. Økt innsats og bevilgninger fra regjeringen de siste årene motvirkes imidlertid av mangel på kunnskap og målbare effekter (se Giæver 2013). En ny studie har imidlertid vist betydningen av helsetjenesten for frafall (Homlong m.fl. 2013). Med forbehold om uobserverte individuelle forskjeller finner den at ungdom som oppsøker helsetjenester kan være i risiko for å avbryte skolegangen, og at helsetjenesten derfor bør være spesielt oppmerksom på å følge opp disse ungdommene. Denne anbefalingen styrkes også av at studien viser at unge gutter som regelmessig oppsøkte helsetjenesten hadde større sannsynlighet for å fortsette skolegangen.

For å støtte barn og unge med psykiske og/ eller psykososiale problemer som trenger tilrettelegging og bred oppfølging er det behov for ytterligere tverrsektorielt samarbeid (Samdal m.fl. 2012b). For denne gruppen er læringsmiljøet også sentralt. Kunnskapscenteret (2010) har foretatt en litteraturgjennomgang om effekter av skolehelsetjenesten på helse og oppvekstvilkår. Til tross for et begrenset forskningsgrunnlag konkluderer den forsiktig med at tjenesten sannsynligvis har effekt på flere helseforhold blant barn og unge, slik som depresjon, angst, ungdomssvangerskap og røyking.

Reformeringen av grunnsopplæringen

I dag er det politisk konsensus om målene om at videregående opplæring skal være inkluderende, tilpasset ulike forutsetninger og bidra til å utjevne sosiale forskjeller (Markussen 2009). Lik rett til utdanning skal i tillegg fremme rettferdighet og demokrati (Hansen og Mastekaasa 2010). Mens det langt på vei er tverrpolitisk oppslutning om enhetsskolen, er det samme ikke tilfelle i spørsmålet om hvilken type likhet skolen skal fremme. Skolereformene har derfor i varierende grad vært rettet mot resultat-, ressurs- og sjanselighet (se Åsen 2010).

To sentrale skolereformer i nyere tid, Reform 94 og Kunnskapsløftet, ble for videregående opplæring iverksatt for å gjøre den mer universell, forbedre grunnleggende ferdigheter og øke kompetansen og gjennomstrømmingen.¹⁵ Videregående opplæring for voksne er en rettighet til grunnskole- og videregående opplæring for personer som ikke har gjennomført opplæringen (Larsen m.fl. 2011). Tilbudet har stor deltakelse, spesielt fra voksne med minoritetsspråklig bakgrunn (Dæhlen m.fl. 2013).

¹⁵ Grunnskolereformen Reform 97 var også en viktig reform, blant annet ved innføring av tiårig grunnskole.

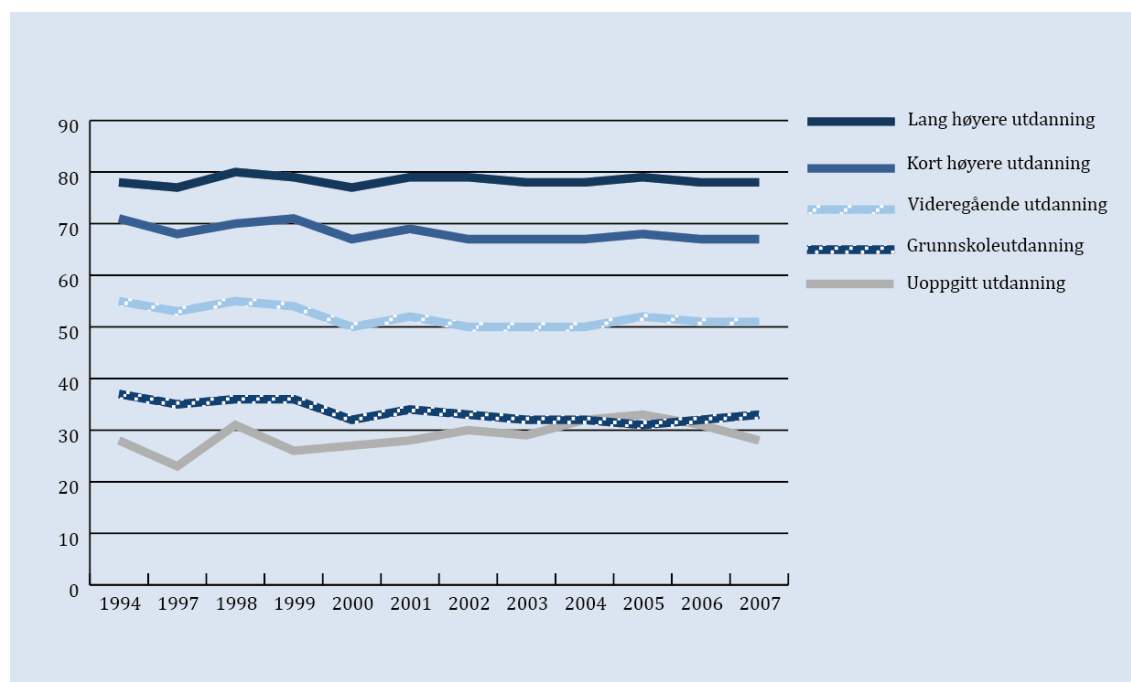
Selv om gjennomstrømmingen har vært et siktepunkt i reformene, har frafallet vært så å si konstant siden 1994 (Chaudhary 2011). Vi skal derfor gå inn på reformene og tiltakenes betydning for elevers kompetanseoppnåelse på videregående nivå, inkludert betydningen for elever med særskilte, herunder helsemessige, behov.

Reform 94

Reform 94 ga all ungdom rett til videregående opplæring og et kompetansegrunnlag tilpasset et fleksibelt arbeidsmarked. Med utdanningsrettigheten, som norske ungdommer fikk til videregående opplæring, ble tilrettelagt undervisning, bedre forhold mellom opplæringsnivå og mellom skole og lærested viktige elementer (NOU 2003:16, s.4).

Med reformen ble gjennomstrømmingen i videregående opplæring betraktelig forbedret blant de første kullene. Dette gjaldt spesielt på de yrkesfaglige studieretningene, der andelen som fulgte normal progresjon ble fordoblet. Yrkesutdanningene ble inkludert i et felles videregående system, antall grunnkurs ble sterkt redusert, det kom flere krav til allmenne fag, og det ble mulig å oppnå studiekompetanse (Høst 2009). En viktig forklaring på bedre gjennomstrømming var økningen - om enn ikke en tilstrekkelig økning- i antall læreplasser (Sandberg og Høst 2009). I tillegg gjorde den nye tilbudsstrukturen det enklere å oppnå førstevalget for opplæringsprogram (NOU 2003:16, s.157-159). Samtidig har det siden reformen ble innført vært rimelig stabile ulikheter i gjennomføring etter foreldrenes utdanningsnivå, slik figur 7.2 illustrerer.

Figur 7.2 Videregående opplæring. Fullføring etter foreldrenes utdanningsnivå (med studie- eller yrkeskompetanse, etter fem år), 1994-2007. Kvinner og menn. Prosent.



Kilde: Egne analyser, Statistisk sentralbyrå, statistikkbanken.

Som ledd i en sosial utjevningstrategi ble mulighetene for elever med behov for spesialundervisning styrket med reformen (Markussen m.fl. 2009:45). I 1994 hadde åtte til ti prosent av kullet særskilt tilrettelagt videregående opplæring (Markussen 2000), mens drøyt åtte prosent (51 822 elever) hadde enkeltvedtak om spesialundervisning i skoleåret 2010–11 (St. meld. 18 (2010-2011)). Det er en betydelig høyere andel elever med vedtak om spesialundervisning innen yrkesfag enn innen studiespesialisering. I Markussen m.fl. (2009) sin omfattende studie gjaldt det henholdsvis 10-12 og én prosent av elevene. I følge mange lærere fikk imidlertid mange elever i praksis spesialundervisning uten vedtak, det vil si ekstra hjelp og støtte (Markussen m.fl. 2007).

Gjennom Reform 94 ble også den fylkeskommunale oppfølgingstjenesten (OT) etablert for å følge opp ungdom under 21 år uten beskjeftigelse og med lovfestet rett til opplæring. Tjenesten skal gi tilbud om opplæring, arbeid eller andre kompetansefremmende tiltak, samt koordinere og samordne den tverrfaglige innsatsen rettet mot målgruppen. Ni prosent av ungdommene med rett til videregående opplæring var meldt til OT i februar 2012¹⁶ (Utdanningsdirektoratet 2013). Av de drøyt 20 000 ungdommene som var registrert i OT i 2012 kom 35 prosent i aktivitet. Tjenesten hadde derimot ikke vært i kontakt med eller kunne redegjøre for en femtedel av ungdommene. Utfordringene for tjenesten er tilgjengelighet og samordning der psykiske helseproblemer kan imøtesees på linje med opplæringsfunksjonen, bedre tverretatlig samarbeid, spesielt mellom OT og NAV, samt en bedre tilbudsstruktur, spesielt for ungdom med store og sammensatte problemer (Grøgaard m.fl. 1999, Buland m.fl. 2011).

Kunnskapsløftet

Kunnskapsløftet, implementert i 2006, omfattet hele grunnopplæringen, og kan innen den videregående opplæringen forstås som en justering av Reform 94, med et sentralt mål om å bedre læringsutbyttet og gjennomstrømmingen (Markussen 2009).¹⁷ I følge Markussen (2009) hadde de strukturelle aspektene ved reformen ingen generell substansiell betydning (foruten for formgivningsfag). For å hjelpe elevene til å ta bedre utdanningsvalg ble det nye faget Utdanningsvalg i ungdomsskolen, prosjekt for fordypning i videregående, og partnerskap for karriereveiledning initiert.

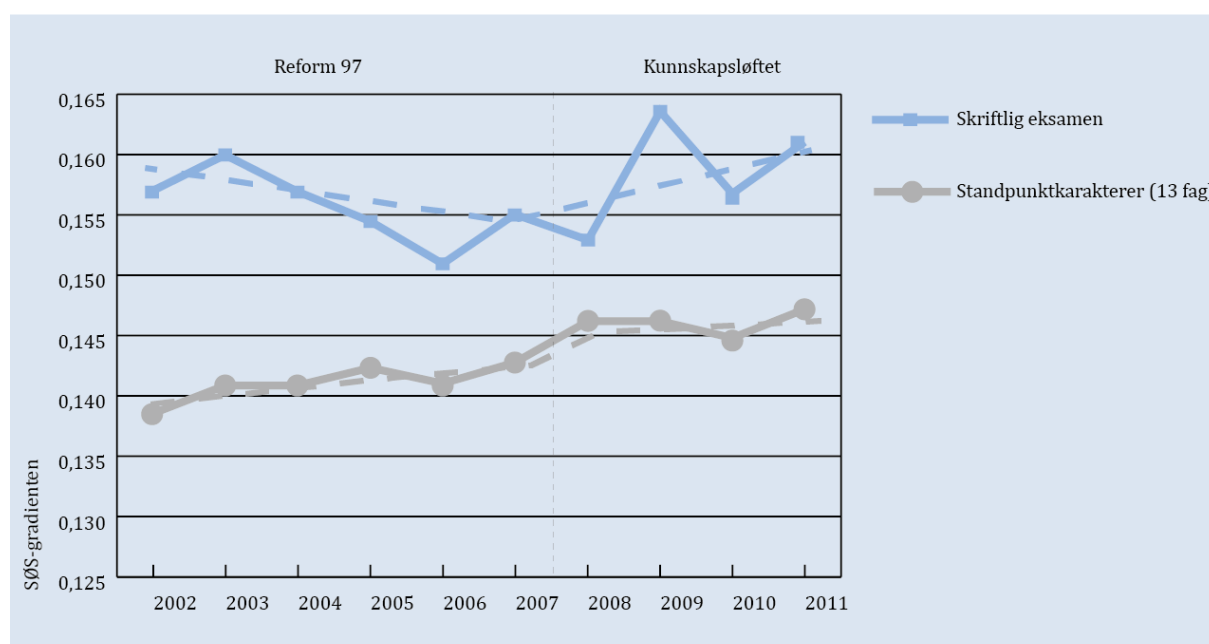
I løpet av 2000-tallet har forskjellene i sosioøkonomisk bakgrunn fått jevnt større betydning for ulikhetene i karakterer i ungdomsskolen (Bakken og Elstad 2012). Sammenlignet med perioden før reformen har det hellet svakt mot større ulikheter i resultater etter innføringen av Kunnskapsløftet. Gjennomsnittet i standpunkt-karakterer har økt for elever fra alle sosioøkonomiske grupper, men det har økt mer for elever fra hjem med høyt innteks- og

¹⁶ Halvparten av dem som ble meldt til tjenesten hadde ikke søkt videregående opplæringsplass, en av fire hadde takket nei til skoleplass, og 16 prosent hadde avbrutt opplæringen.

¹⁷ For en oversikt over evalueringer, se <http://www.udir.no/Tilstand/Evaluering-av-Kunnskapsloftet/Prosjektene-i-Evalueringen-av-Kunnskapsloftet/> (lastet ned 23.05.13).

utdanningsnivå. Denne gruppen har et klart høyere gjennomsnitt, mens det kun er en marginal endring i karaktergjennomsnitt blant elever med lavest sosioøkonomisk bakgrunn (Bakken 2010, Bakken og Danielsen 2011, Bakken og Elstad 2012). Figur 7.3 illustrerer forholdet mellom sosioøkonomisk bakgrunn og elevenes prestasjoner både på skriftlig eksamen og for standpunktkarakterer. Av figuren kan vi lese at ulikhetene jevnt over har økt når det gjelder standpunktkarakterer, mens det har vært større variasjon i skriftlig eksamen, men med stigning i ulikhet siden 2006.

Figur 7.3 Sammenhengen (SØS-gradienten) mellom elevenes sosioøkonomiske bakgrunn og karakterer til standpunkt og skriftlig eksamen, avgangskullene fra grunnskolen 2002-11.



Kilde: Bakken og Elstad 2012, figur 6.2.

Den siste PISA-undersøkelsen viser en utjevning av sosioøkonomisk ulikhet, men kun når det gjelder i prøveresultater i matematikk (blant norske elever i perioden 2003 til 2012). Dette er likevel ikke uttrykk for en ønsket utvikling, siden årsaken er at elever med høyest sosioøkonomisk status skårer lavere i 2012 enn i tidligere år. Samlet sett synes dessuten studien til Bakken og Elstad å være noe bedre egnet til å studere endringer over tid i prestasjoner etter familiens sosioøkonomiske status. PISA-undersøkelsene egner seg til å sammenligne variasjoner på tvers av land.

Kjønn, foreldrenes sosioøkonomiske status og innvandringsbakgrunn har tilsynelatende den samme påvirkning på karakternivå som før Kunnskapsløftet. Det har vært en liten økning i ulikheter i karakterer mellom kjønnene, mens forskjellene mellom majoritetspråklige og minoritetspråklige elever har vært stabile (Bakken og Elstad 2012). Skolestart for seksåringer ser heller ikke ut til å ha hatt sosialt utjevnende effekt på skoler resultatene i ungdomsskolen, foruten en viktig positiv effekt for minoritetspråklige elever (Bakken 2010).

Det har vært en tydelig økning i andel avgangselever på ungdomskolen som mangler minst halvparten av karakterene, fra rundt én prosent før Kunnskapsløftet til tre prosent i 2011 (Bakken og Elstad 2012). Antall elever som mangler karaktergrunnlag fra grunnskolen ble mer enn doblet etter 2006, og elevgruppen med færrest sosioøkonomiske ressurser i hjemmet er overrepresentert (Bakken og Elstad 2012). Manglende karaktergrunnlag kan ha sammenheng med en skjerping av vurderingspraksis for å imøtegå Kunnskapsløftets vektlegging av mer faglige, kunnskapsbaserte sider ved skolen, der lærerne skiller skarpere mellom elevenes kunnskapsnivå (Utdanningsdirektoratet 2012b).

Reformevaluatoren Bakken tolker endringer i prestasjoner under og etter Kunnskapsløftet i lys av et reproduksjonsperspektiv: «[f]oreldrenes utdannelsesnivå har alltid vært sterkt relatert til elevenes skolerresultater, men nå ser vi også tendenser til at foreldrenes inntekt får økt betydning» (referert i Borud og Melgård 2013:URL). Han sier videre at «[n]år skolen har et større kunnskapsfokus, så orienterer den seg i større grad mot den typen kompetanse som preger bakgrunnen til og arbeidsdagen for den velutdannede middelklassen». Bakken trekker med dette på kulturforklaringer ved å antyde at middelklassebarn får et fortrinn av de nye læreplanene, kartleggingsverktøyene, og skolens ønske om mer foreldreinvolvering.

Denne utviklingen sammenfaller også med en økning i antall vedtak om spesialundervisning på ungdomstrinnet. Forklaringen kan ifølge Bakken og Elstad (2012) være at skoleledere og lærere synes at Kunnskapsløftets nye læreplaner er for ambisiøse for en del av elevene, og at spesialundervisning og fritak fra karakterer kan være en reaksjon på dette. Kvaliteten på spesialundervisningen ser imidlertid ut til å variere sterkt, og en økende del av elevene som får spesialundervisning tas ut av de ordinære klassene. Dette står i strid med Kunnskapsløftets målsetting om tilpasset undervisning og forskningsfunn om hva som gir resultater (Hausstätter og Nordahl 2013:206-207).

Slik Kunnskapsløftet er gjennomført kan det se ut til at reformen i tråd med intensjonen har ført til bedre prestasjoner, men at det primært er elever fra sosioøkonomisk ressurssterke familier som har dratt nytte av satsingen. Denne foreldregruppen, hvis utdanning «samsvarer» med de nye kunnskapsfordringene i skolen, setter inn mer egeninnsats mot sine barns ferdigheter og prestasjoner, og benytter seg i større grad av økt medvirkningsrett i skolen, der de presser på for heving av kunnskapsnivået.

Tilpasset opplæring

Tilpasset opplæring ble vedtatt i Opplæringsloven av 1998 (§1-3), hvor det heter at «Opplæringa skal tilpassast evnene og føresetnadene hjå den enkelte eleven, lærlingen og lærekandidaten», der også tidlig innsats vektlegges. Utdanningsdirektoratet tilføyer at tilpasset opplæring betyr at «den enkelte elev skal få læringsmål som han eller hun faktisk kan klare å nå. Læreren må derfor kjenne elevens kompetanse og bruke oppgaver og/eller prøver for å kartlegge denne» (Utdanningsdirektoratet udatert). I tillegg påpekes det i

læreplanverket for den tiårige grunnskolen (s.17) at «[s]tørre likhet i resultat skapes gjennom ulikhet i den innsats som rettes mot den enkelte elev» (Utdanningsdirektoratet 2011). Her antas det at tilpasset opplæring betyr at svake elever blir kompensert på en måte som fører til utjevning i læringsresultater. Tilpasset opplæring betraktes som et instrument for sosial utjevning. Dette er en oppfatning som harmoniserer med Sens og Rawls normative syn på utjevning av muligheter og mulighetsbetingelser.

Flere kritikere hevder imidlertid at tilpasset opplæring ikke fungerer sosialt utjevne i dag. Aasen (2010:76) fremholder at med kunnskapsløftet har myndighetene forlatt ideen om å rette opp skjevfordelingen mellom sosiale grupper, og i stedet lagt vekt på å imøtekomme «differensierte, individuelle behov og interesser». I en diskusjon av tilpasset opplæring hevder videre Dale og Wærness (2007:42) at det er et paradoks at: «det som skulle ha ivaretatt perspektivet om inkludering i skolen, har bidratt til opprettholdelse av sosial ulikhet».

Dersom sosial utjevning er et mål, er kanskje tilpasset opplæring slik det nå praktiseres et lite egnet virkemiddel? Kan økt sosial ulikhet i skoleprestasjoner være knyttet til praktiseringen av den tilpassede opplæringen? Dersom både sterke og svake elever får «like mye» tilpasset opplæring, er ikke en økt polarisering mellom sterke og svake elever ulogisk. Tidligere ble kanskje de skolesterke holdt litt tilbake. De sterke elevene har etter hvert fått større mulighet til å dra fra. Dersom en ønsker større likhet i prestasjoner, må de svakeste kompenseres med mer ressurser – flere lærere og/ eller mer tid. Større likhet i prestasjoner krever større ulikhet i ressursinnsats, jamfør sitatet hentet fra Læreplanverket over.

Politiske initiativ mot frafall

En lang rekke nyere initiativer er iverksatt for å redusere frafall i videregående opplæring. I underlagsrapportene til Giæver (2013) og Bergsli (2013) er disse omtalt og vurdert i mer detalj. Flere er også drøftet i kapittel 14. Vi vil her kun diskutere praksisbrev og Ny GIV.

Videreutvikling av den lite benyttede Lærekandidatordningen til *Praksisbrev* ble anbefalt av en arbeidsgruppe nedsatt av Kunnskapsdepartementet i 2005 (Kunnskapsdepartementet 2006), og den ble prøvd ut. Lærekandidatordningen innebærer at elever får individuelle læreplaner med begrensede kompetansemål og individuelle kompetansebevis. Praksisbrevet bygger på en felles læreplan, men med færre krav enn for fagbrev. Den skulle være mer praktisk og det skulle bli enklere å bygge ut et praksisbrev til fullt fagbrev. Praksisbrevet skulle også være standardisert slik at arbeidslivet kunne gjenkjenne kvalifikasjonene. Målet var at ordningen, som et toårig løp, skulle gi mulighet «for å få opplæring som gir kompetanse på lavere nivå, benyttes av flere enn det som var tilfellet, uten at dette medfører reduserte læringsforventninger til grupper av elever». En evaluering foretatt ved NIFU er svært positiv til resultatene (Høst 2009:9, se også Høst 2011). Den finner at ordningen sannsynligvis har bidratt til lavere frafall og bedre gjennomføring i

yrkesopplæringen, og at den var godt mottatt blant kandidatene. Det viste seg også at andelen som ønsket fullt fagbrev økte gjennom prosjektperioden.

Prosjektet *Ny GIV* (2010-2013) viderefører satsinger mot frafall, og søker å etablere et bedre flernivå- og tverrsektorielt samarbeid. De nasjonale og lokale tiltakene er intensivopplæring, tett oppfølging, sommeraktiviteter, yrkesretting av fellesfag og utvikling av statistikkgrunnlag (Utdanningsdirektoratet 2013). *Overgangsprosjektet* er det reelt sett nye tiltaket i Ny GIV, og det har tilsynelatende hatt noe effekt. Det er rettet mot elever med lavere prestasjonsnivå, og er siktet mot overgangen fra ungdomsskole til videregående skole. Holen og Lødding (2012) og Aaboen Sletten m.fl. (2011) finner at både elever og lærere anser tiltaket som svært positivt, både i form av økt læring og motivasjon. Intensivopplæringen er opplevd som et positivt tiltak blant elever og lærere, men effektene av tiltaket på generelle prestasjoner er mer begrenset (Lødding og Holen 2013). Statistisk sentralbyrå har utarbeidet en effektevaluering som finner få målbare effekter av Ny GIV på elevenes prestasjoner (Eielsen m.fl. 2013). Det er likevel for tidlig å si om satsingen påvirker frafallnivået. Muligens kan det være at Ny GIV har gitt kvalitative effekter uten å gjøre utslag i form av redusert frafall.

En omfattende, internasjonal litteraturoversikt som har gjennomgått en lang rekke generelle tiltak for å redusere frafall og sosiale ulikheter i frafall videregående opplæring peker på at valg av en bestemt type tiltak betyr mindre i forhold til tilstrekkelig med kapasitet og kompetanse bak implementeringen av det tiltak som velges (Wollscheid og Noonan 2012:39).

Oppsummering

Reform 94 bidro til å høyne andelen elever i videregående opplæring, men hverken denne reformen eller Kunnskapsløftet har ført til reduksjon av sosial ulikhet i prestasjoner og frafall, snarere tvert om. De sosiale ulikhetene i prestasjoner ser ut til å ha økt de siste årene. Både skolefritidsordningen og gratis leksehjelp har muligens et potensial til å utjevne forskjeller men det vil antakelig avhenge av om tiltakene tilføres nok ressurser. Det har også vært politisk vilje til å styrke skolehelsetjenesten, noe som gjennom oppfølging og kunnskapsheving vil kunne ha betydning for elevers kombinerte utfordringer knyttet til helse og motivasjon for å stå i skoleløpet. Av politiske tiltak som har vært iverksatt for å redusere frafall ser Praksisbrev og Ny GIV særlig ut til å kunne ha betydning.

7.8 Oppsummering og diskusjon

Som vi har diskutert i dette kapittelet er det identifisert en rekke determinanter for skoleprestasjoner og frafall. Mange er høyt innbyrdes korrelert, noe som gjør det vanskelig å skille årsakssammenhenger fra statistiske korrelasjoner. Sosioøkonomisk bakgrunn og skoleprestasjoner forutsier i stor grad barns og ungdoms utdanningskarrierer. Helseproblemer har også betydning for utdanningsforløp, men spiller sannsynligvis en mindre rolle. Slike determinanter kan nok virke enkeltvis og hver for seg, men det er grunn

til å anta at sosial bakgrunn, helserelaterte forhold og skoleprestasjoner opptrer i komplekse samspill for utdanningskarrierer og utfall. Spesielt ser dårlig følelse av mestring og motivasjon, dårlig selvbilde, og psykisk helse ut til å være sammenkoplede for ungdommene som står i fare for å avbryte skolegangen. Frafall fra videregående skole svekker livssjansene, særlig når det gjelder helse, sosioøkonomiske kår og yrkesdeltakelse. Utdanning og utdanningslegde er kausalt relatert til helse som voksen og forventet levealder både direkte, og indirekte gjennom gode levekår.

Forsøk og tiltak iverksatt i skolesektoren i senere år har hatt som mål å påvirke primæreffektene ved å heve alle elevers skoleprestasjoner, styrke gjennomføringsevnen og forhindre frafall fra videregående skole. Problematikken er sammensatt. Det påpekes av forskere og erkjennes av beslutningstakere at det er nødvendig med tverrfaglige tilnærminger og tett tverretattlig samarbeid og koordinering. Betydningen av tidlig identifikasjon av problemer og tidlig innsats er også erkjent.

Det kan forventes at en sosial utjevning av skoleprestasjoner vil føre til mindre frafall fra videregående skole og ikke minst en jevnere fordeling av frafallet. I sin tur er det videre sannsynlig at livssjansene utjevnes på sikt, for eksempel ved at mulighetene for yrkesdeltakelse og inntekt jevnes ut og at risikoen for en løpebane som stønadsmottaker reduseres blant barn og unge som kommer fra lavere sosiale lag. Det kan og tenkes at flere unge som har foreldre med kort utdanning vil velge et lengre akademisk utdanningsløp. Hvis det skjer, kan en spørre om det vil føre til mindre sosial ulikhet i helse. Enkelte har spekulert på om valg av høyere utdanning reflekterer individuelle evner, talent og grunnleggende orienteringer som også har helsemessig relevans, for eksempel at de er forbundet med gode helsevaner. En slik spekulasjon impliserer at de som ikke velger en lengre utdanning tenderer til å adoptere usunne helsevaner. Konsekvensen av et slikt resonnement er at økende sosial mobilitet gjennom utdanningsystemet kan føre til større utdanningsulikhet i helse. Slik vi ser det, er imidlertid ingen automatikk i dette og det av to grunner. For det første er det ikke tvingende nødvendig at valg av en kortere utdanning må ledsages av valg av usunne helsevaner. Historisk har jo røykevanen endret seg betydelig, også blant dem med lav utdanning. For det andre er det intet urokkelig samband mellom utdanningslengde og type og eksponeringer for ulike risikofaktorer som for eksempel helseskadelig arbeidsmiljø. Det fysiske arbeidsmiljøet i arbeideryrker er blitt klart bedre over tid.

7.9 Mål, anbefalinger og forskningsbehov

Mål

Målet er å redusere sosiale ulikheter i skoleprestasjoner og i frafall fra den videregående opplæringen.

Anbefalinger

1. *Tidlig og kontinuerlig innsats for å bedre prestasjoner og redusere ulikheter i frafall i den videregående opplæringen:* En sentral innsikt fra forskningen er at innsats må settes inn tidlig for å gi barn og ungdom reelle sjanselikheter i kompetanseoppnåelse. Vi anbefaler at læringsressurser settes inn i barnehage, grunnskole og skolefritidsordningen for å stimulere alle barn kognitivt, sikre god språkutvikling, og støtte opp om læring. Eksempler på aktuelle tiltak er at ordningen med gratis leksehjelp videreutvikles, sikres god kvalitet og når alle; at det sikres gode overganger mellom barnehage og skole, og mellom nivåene i skolen.
2. *Tiltak må komme elever som trenger det til gode:* Mye tyder på at reformer og tiltak ikke har gagnet grupper med dårligere forutsetninger i tilstrekkelig grad og ikke har bidratt til utjevning. Vi anbefaler at reformer og tiltak videreutvikles på en slik måte at de tar spesifikt sikte på å redusere de sosiale ulikhetene i prestasjoner og frafall. En sentral forutsetning for å forhindre frafall, og ikke minst sosial ulikhet i frafall, er at det settes inn nok ressurser, kompetanse og kapasitet i implementeringen av tiltakene. Ressursene må fordeles slik at de kompenserer for mangel på ressurser i hjem og familie. Eksempler på aktuelle tiltak er en reelt tilpasset opplæring, gjennomgående spesialundervisning i ordinære klasser; ekstraundervisning i enkeltfag for elever som står i fare for å stryke i bare et fag; økning av antall læreplaner; og permanent ordning med praksisbrev.
3. *Styrket oppfølging av ungdom som opplever helserelaterte eller sosiale problemer:* Forskningen tyder på at frafall i videregående opplæring henger sammen med sammensatte helsemessige og psykososiale utfordringer. Vi anbefaler å øke kunnskapen og styrke innsatsen til skolehelsetjenesten, samtidig som den inngår i et bredere samarbeid med skolen, NAV og andre relevante institusjoner for å hjelpe enkeltindivider. Eksempel på aktuelle tiltak kan være at helsetjenesten retter innsats mot forholdet mellom mestring, motivasjon og psykisk helse blant ungdommene.

Forskningsbehov

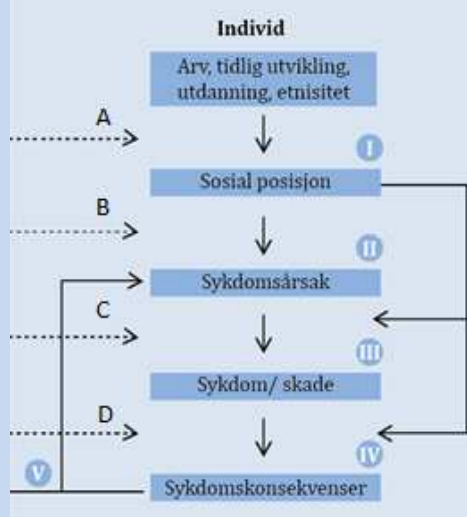
1. *Hvorfor reduserer ikke reformene de sosiale ulikhetene?* De større utdanningsreformene i nyere tid ser ikke ut til å ha redusert sosiale forskjeller i prestasjoner og frafall, men årsaksmechanismene er uklare. Det er behov for forskning som setter søkelyset på programmets betydning for sosiale ulikheter i prestasjoner og gjennomføring av

videregående opplæring generelt, og spesielt hvordan teorimengde og teoriinnhold på yrkesfagene har betydning for gjennomføringen.

2. *Helsens betydning for skoleprestasjoner og frafall.* Helseforhold ser ut til å ha betydning for skoleprestasjoner og frafall. Det er behov for å styrke forskningen ytterligere på dette området. Vi ser også behov for forskning på forholdet mellom helse, rus, prestasjoner og frafall; og på forholdet mellom helse og lærlingsituasjon; på skolehelsetjenestens rolle i å utjevne sosiale forskjeller i skoleprestasjoner; samt på samarbeidet mellom sektorer når det gjelder helse og gjennomføring av videregående opplæring.

8 Sysselsetting

Satt inn i den analytiske modellen (figur 3.2) er vi i dette kapittelet opptatt av hvordan de sosiale posisjonene «sysselsatt» og «ikke-sysselsatt» påvirker helsen (altså formidlingskjedene II og III), og hvordan det er sosial ulikhet i de sosiale konsekvensene av sykdom, det vil si hvordan helse påvirker yrkesdeltakelse og sosial integrasjon (formidlingskjede IV), som i sin tur kan påvirke samfunnet og individet (formidlingskjede V). De aktuelle politiske intervensjonspunktene er knyttet til hvilke levekår som er tilgjengelige for dem som er utenfor arbeidsmarkedet (pil C), og de konsekvensene nedsatt helse har for arbeidsdeltakelse (pil D).



8.1 Innledning

I dette kapittelet retter vi søkelyset mot helseforskjellen mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte og ulikhet i de sosiale konsekvensene av nedsatt helse. I første del skal vi gjennomgå mønstre og utviklingstrekk. Deretter skal ulike forklaringer presenteres. Til sist vil vi gjennomgå politikk som er av betydning for helseulikheter mellom grupper med ulik arbeidsmarkedstilknnytning og med ulik tilknytning til trygdesystemet, og foreslå tiltak som kan forventes å redusere slike helseulikheter.

Arbeid er et sentralt levekårsgode blant annet fordi det gir tilgang på inntekt fra markedet. Inntekt, om den er tilstrekkelig, gir lønnsinntakeren trygghet for grunnleggende materielle behov og frihet til å skaffe seg ulike goder i form av bolig, varer og tjenester. Arbeidet gir også tilgang til andre levekårsgoder. For eksempel vil mange synes at det har en egenverdi å få brukt og utviklet evnene sine, og å oppleve at ens innsats blir verdsatt av andre. Dessuten er arbeidet ofte en inngang til sosiale relasjoner og nettverk en ikke hadde fått glede (og nytte) av ellers. Motsatt er det å stå utenfor arbeidslivet ofte forbundet med lavere inntekt og dårligere levekår (se f.eks. van der Wel m.fl. 2006, Kirkeberg m.fl. 2012).

Helseforskjeller mellom folk som er i arbeid og de som ikke er i arbeid kan oppstå på to måter: For det første kan ulik fordeling av levekårene – helsedeterminantene – mellom grupper i og utenfor arbeidsmarkedet gi grunnlag for ulik helseutvikling. Høyere inntekt og materiell standard, økonomisk trygghet, sosial status osv. er mer gunstig for helsen enn fravær av disse. I motsatt retning kan dårlig arbeidsmiljø svekke helsen. For det andre

foregår det en sortering av folk med ulik helse inn og ut av arbeidslivet (Dahl og Elstad 2009:258-9). I mange tilfeller vil mennesker med nedsatt helse ha behov for kostbar tilrettelegging og ha lavere produktivitet på grunn av behov for pauser og hyppigere sykefravær. Om arbeidsgiverne vegrer seg mot å ha ansatte med helseproblemer, for eksempel på grunn av effektivitetshensyn, øker risikoen for utstøting og utestenging fra arbeidslivet for personer i denne gruppen. Utstøting og utestenging av mennesker med nedsatt helse omtales her som *helsereelatert seleksjon i arbeidslivet*. «Seleksjon» viser ikke til noe naturgitt, men er en grunnleggende sosial prosess: det er menneskers valg og sosiale strukturer som skaper den helsereelaterte seleksjonen (se også kapittel 4). Når personer med nedsatt helse ofte befinner seg utenfor arbeidslivet betyr ikke det nødvendigvis derfor at deres helsetilstand er uforenelig med ethvert arbeid. Det kan også bety at arbeidskraften deres ikke er etterspurt. Slik sett kan det helsereelaterte «arbeidsfraværet» i samfunnet til dels være et arbeidsledighetsproblem (Holden m.fl. 2012). Det er viktig å huske at helsereelatert utstøting fra arbeidslivet er en prosess, og at årsakene til den dårlige helsen kan ligge i arbeidet i seg selv, gjennom arbeidsmiljøet. De ulike kravene folk med ulikt utdanningsnivå møter i arbeidslivet, og hvilken kompetanse som til enhver tid er etterspurt i arbeidsmarkedet, kan tenkes å føre til at utstøting og utestenging - de sosiale konsekvensene av nedsatt helse - også har en sosial gradient.

I det norske arbeidsmarkedet er etterspørselen etter arbeidskraft svært høy sammenlignet med andre europeiske land. Dette – sammen med lange tradisjoner for en ambisiøs sysselsettingspolitikk – har ført til at andelen som deltar i arbeidslivet er høy, komparativt sett. Forskjellene mot Europa er særlig markert blant grupper som tradisjonelt sett har svakere bånd til arbeidslivet: kvinner, yngre, eldre, lavt utdannede og folk med helseproblemer, som langt oftere er i arbeid i Norge enn gjennomsnittet for Europa (van der Wel m.fl. 2012a). Komparativt sett er det norske arbeidslivet derfor ganske inkluderende. En logisk konsekvens av dette er at de relativt få som *ikke* deltar i arbeidslivet nok har en lavere arbeidsevne enn gjennomsnittet av de som ikke er i jobb i andre europeiske land. Den høye etterspørselen sammen med en aktiv politisk satsting på skoloring, motivering og klargjøring for arbeid kan ha ført til at den gjenværende gruppen er sterkere selektert for kjennetegn som er mindre forenlig med arbeid, deriblant helseproblemer.¹⁸ En høyere andel i Norge enn i de fleste europeiske land er imidlertid mottakere av helsereelaterte ytelser, mens arbeidsledigheten er lavere. I hvilken grad den høyere andelen som benytter seg av helsereelaterte ytelser i Norge skyldes at velferdsstatens utforming i for stor grad sluser folk inn i de helsereelaterte ytelsene, eller om den først og fremst skyldes at vi har et inkluderende arbeidsliv der flere (sammenlignet med mange andre land) har opparbeidet seg trygderettigheter, er et åpent spørsmål.

¹⁸ Dette kan kanskje benevnes som et inkluderingsparadoks: Jo mer inkluderende arbeidslivet er, jo større opphopning av barrierer mot arbeid finner vi blant de som står utenfor (se for eksempel Naper m.fl. 2008).

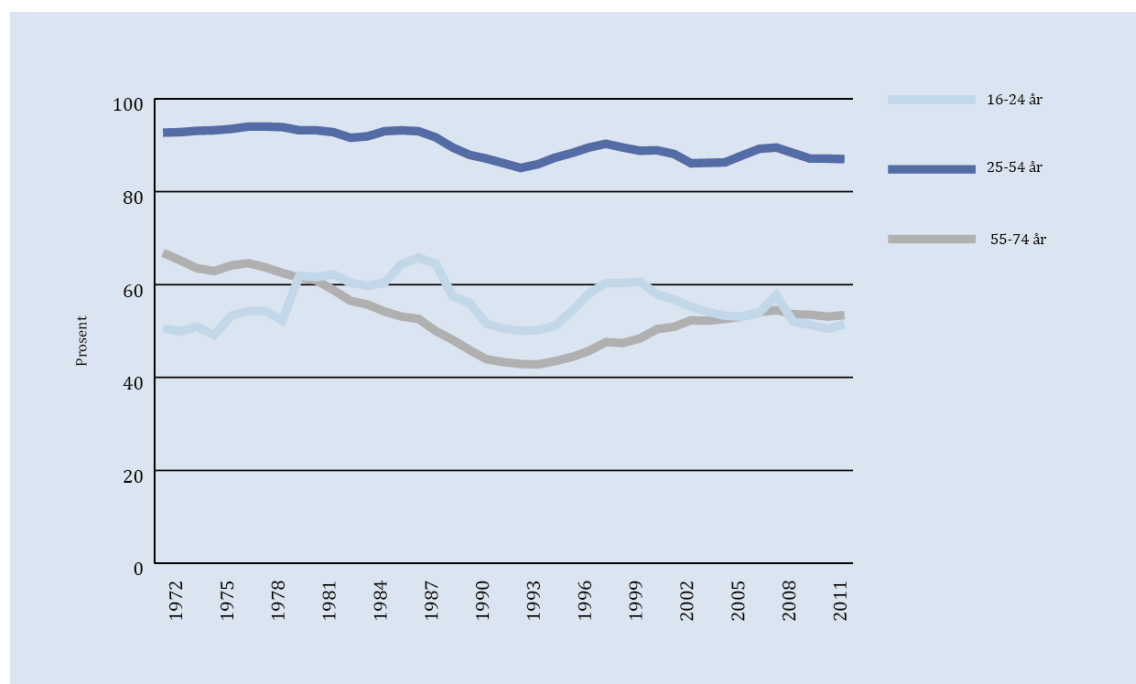
8.2 Mønstre og utviklingstrekk

Sysselsettingsmønstre

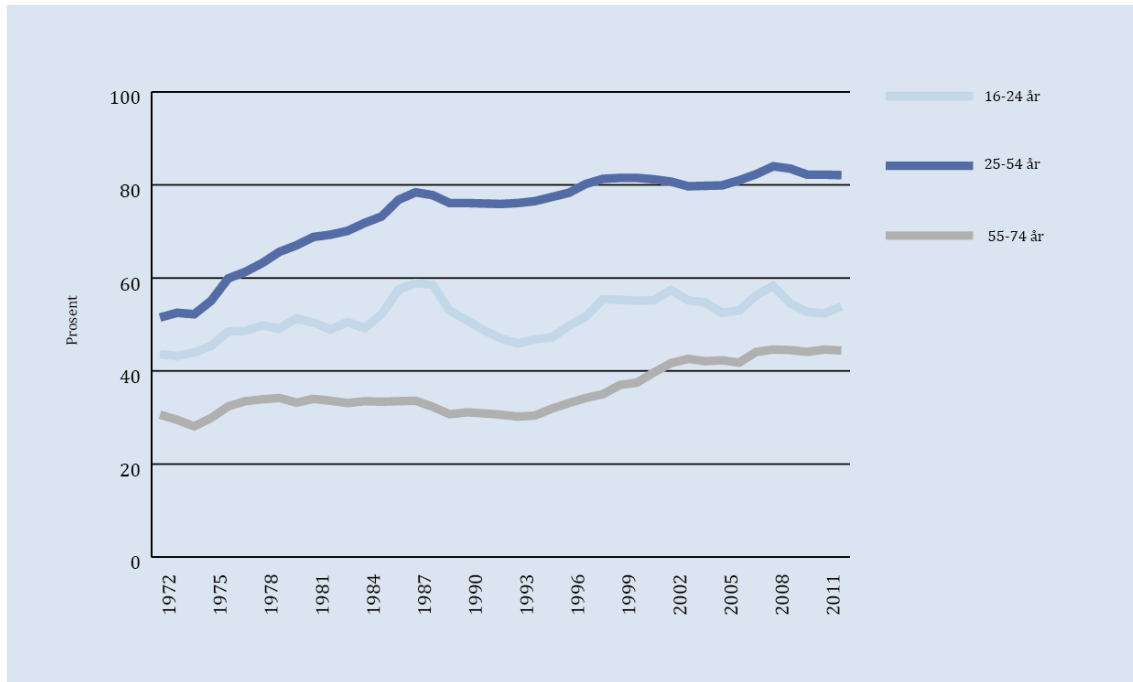
Arbeidsdeltakelsen er høyere blant menn enn blant kvinner, men forskjellen er blitt betydelig redusert ettersom kvinner i alle aldersgrupper har økt sin arbeidsdeltakelse (se figur 8.1 nedenfor). Blant menn ser vi en liten nedgang fra 1970- og 80- tallet, spesielt blant de eldste, men denne gruppen har likevel økt sin yrkesdeltakelse de siste 20 årene og deltar i dag på samme nivå som før forrige økonomiske krise på slutten av 80- tallet. Både blant menn og kvinner er yrkesdeltakelsen høyest i aldersgruppen 25-54 år - kjernearbeidskraften. I den yngste aldersgruppen er det i dag liten kjønnsforskjell: faktisk har unge kvinner hatt noe høyere sysselsettingsrate enn unge menn fra og med 2007 (2,5 prosent høyere i 2012).

Figur 8.1 Sysselsetting 1972-2011 for henholdsvis menn (øverst) og kvinner (nederst) etter alder. Prosent.

Menn



Kvinner

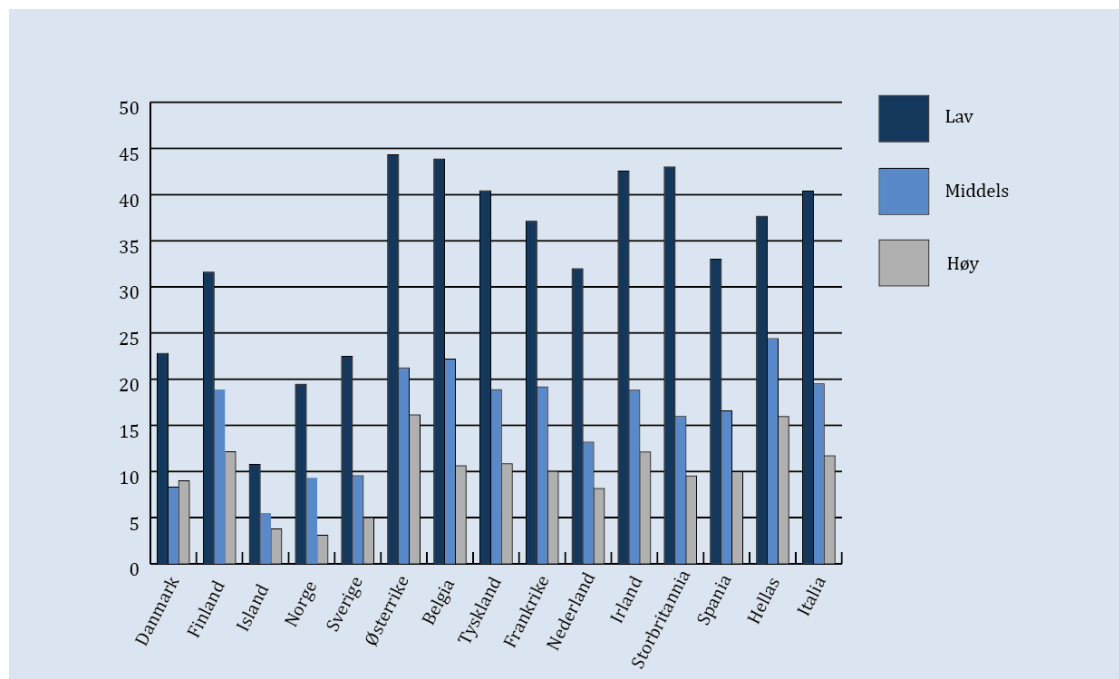


Kilde: Egne analyser av arbeidskraftsundersøkelsene, SSB.

Arbeidsledigheten viser store fluktasjoner over tid for begge kjønn (ikke vist her), men varierer mer for menn enn for kvinner, og mer for de yngste i arbeidsmarkedet enn for de eldste. Dette har sammenheng med at disse gruppene oftere arbeider i privat sektor som er mer sensitiv for konjunktursvingningene. Ledigheten blant de yngste mennene har vokst mest. Ledigheten i kjernearbeidskraften, blant de mellom 25 og 54 år, var høy gjennom det meste av 90-tallet (opp mot 6 prosent for menn og 4 prosent for kvinner) og rundt 2005 (rundt 4 prosent). Blant både kvinner og menn i denne aldersgruppen var ledigheten i 2013 2,9 prosent.

Om vi sammenligner andelen som ikke er i arbeid eller utdanning på tvers av land i figur 8.2– vi har her valgt tall for 2007 for å gi et bilde av normalnivået for Europa – ser vi at denne andelen er svært lav i Norge (NO). Bare Island (IS) har lavere andeler som ikke er i jobb. Felles for alle landene er at de med lavere utdanningsnivåer – og spesielt det laveste – oftere er ikke-sysselsatte enn de med høy utdanning.

Figur 8.2 Ikke-sysselsatte (ikke i arbeid eller utdanning) i alderen 20-59 år i utvalgte europeiske land. Prosent.



Kilde: van der Wel m.fl. 2012b:10.

Helseulikheter etter sysselsettingsstatus

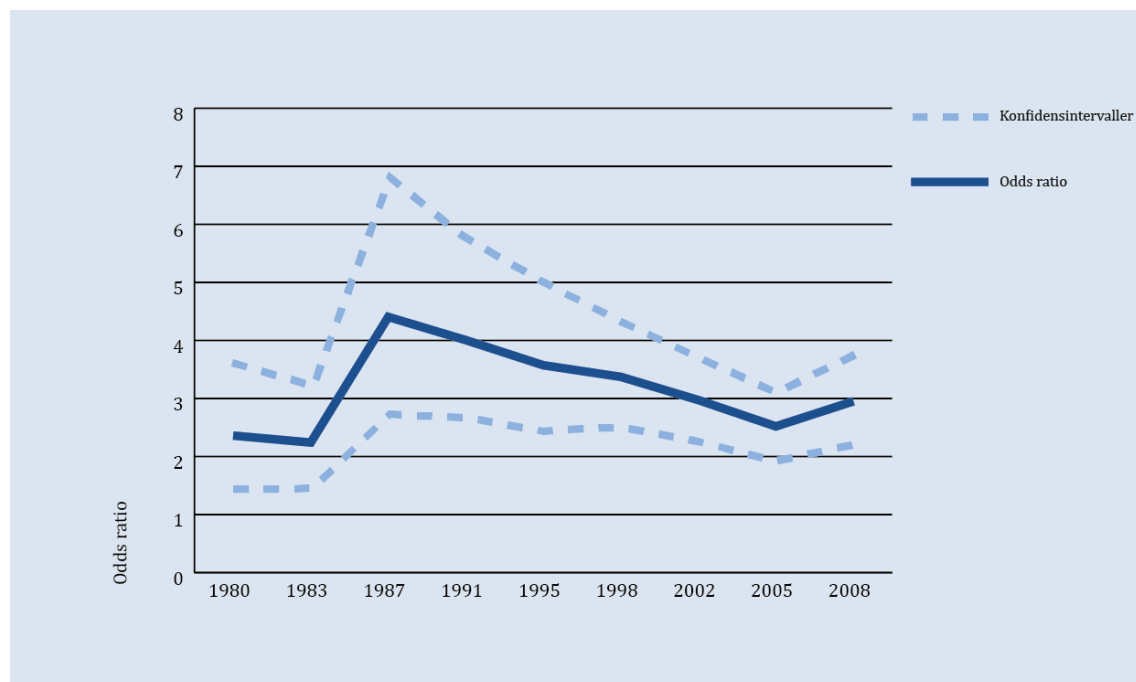
Ikke-sysselsatte har dårligere helse enn sysselsatte. Andelen som rapporterte langvarig sykdom i 1995 var 35 prosent blant sysselsatte, mens hele 74 prosent rapporterte om langvarig sykdom blant de ikke-sysselsatte (Dahl og Birkelund 1999). Særlig blant menn var det en betydelig forskjell i psykiske plager, der det blant de sysselsatte var 19 prosent som rapporterte psykiske plager sammenlignet med 54 prosent blant de ikke-sysselsatte. Blant langtidsledige var det i en annen norsk studie 22 prosent som ble diagnostisert av lege med depressive plager mot 2 prosent blant sysselsatte (Claussen m.fl. 1993). I tillegg fant Borgan (1997) dobbelt så høy dødelighet hos ikke-sysselsatte sammenlignet med sysselsatte.

Studien til Dahl og Birkelund (1999) viste også at helseulikheten mellom de som arbeidet og de som ikke arbeidet hadde økt mellom 1980 og 1995. Om denne utviklingen har fortsatt eller stanset opp har vi ikke funnet noen studier av. Egne analyser av levekårsundersøkelsene viser at i 2008 var andelen med langvarig sykdom dobbelt så høy blant ikke-sysselsatte menn (62 prosent) som blant sysselsatte (31 prosent). For kvinner var forskjellen enda mer markert: 72 prosent blant ikke-sysselsatte og 28 prosent blant sysselsatte. For ikke-sysselsatte menn har andelen som rapporterer langvarige lidelser eller muskel og skjelettlidelser vært fallende i perioden 1980-2008. For ikke-sysselsatte kvinner har det derimot vært en svak økning som rapporterer om langvarige lidelser, og en relativt kraftig økning som rapporterer muskel- og skjelettplager, fra mellom 20 og 30 prosent på 80-tallet til rundt 45 prosent på 2000-tallet. Figur 8.3 viser helseulikhetstrenden over tid (målt i

odds ratioer fra logistisk regresjonsanalyse) mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte menn og kvinner. Blant menn var det en ikke-signifikant tendens til økning i helseulikheten mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte på slutten av 80- tallet og begynnelsen av 90- tallet, men denne ser ut til å ha avtatt over tid. Blant kvinner er det en klar økning av helseulikhet mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte fra 80- til 90- tallet, og tendensen er stadig økende. Disse funnene bekreftes også av en alternativ regresjonsanalyse.¹⁹ Ulikheten i muskel- og skjelettlidelser er økende for begge kjønn. Disse funnene skyldes nok i stor grad helserelatert seleksjon inn og ut av arbeidslivet, slik Dahl og Birkelund (1999) foreslår. Denne seleksjonen er også knyttet til økende utdanningskrav i arbeidslivet, slik at risikoen for å være utenfor arbeidslivet blant de med dårlig helse særlig har økt for lavutdanningsgruppen, en såkalt samspillseffekt (van der Wel m.fl. 2010). Blant kvinner har den økende sysselsettingen bidratt til en sterk helserelatert seleksjon *inn* i arbeidslivet, slik at andelen av de som står igjen utenfor som har helseproblemer øker.

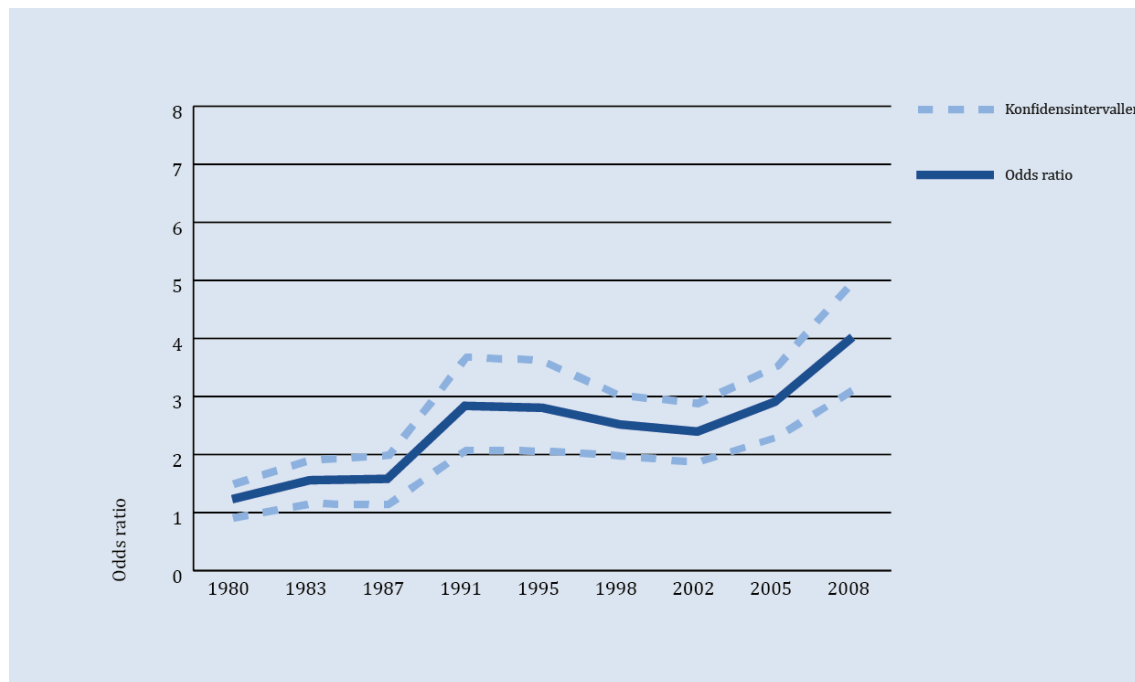
Figur 8.3 Odds ratioer for langvarig lidelse for sysselsatte sammenlignet med ikke-sysselsatte, kontrollert for alder og utdanningsnivå. Separate logistiske regresjonsanalyser for hvert undersøkelsesår og for henholdsvis menn (øverst) og kvinner (nederst).

Menn



¹⁹ Logistisk regresjonsanalyse med kontroll for alder og utdanning, der en tidsindikator ble lagt inn (undersøkelsesår som en kontinuerlig variabel). Utviklingen i helseulikheten mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte ble estimert ved hjelp av et interaksjonsledd mellom sysselsettingsstatus og tidsindikatoren. Denne var signifikant for kvinner, men ikke for menn, noe som betyr at sammenhengen mellom sysselsettingsstatus og helse blant kvinner er blitt sterkere over tid imens den har vært uendret for menn.

Kvinner



Kilde: Egne analyser av Levekårsundersøkelsene, SSB.²⁰

Flere studier har også dokumentert helseforskjeller mellom ulike grupper av ikke-sysselsatte. Langtidsmottakere av sosialhjelp har dårligere selvrapportert generell helse enn uføretrygdde (van der Wel m.fl. 2006:34), mens uføretrygdde har dårligere helse enn arbeidsledige. En rapport fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt viste også at psykiske helseproblemer var mest utbredt blant sosialhjelpsmottakere (35 prosent), trygdde²¹ (26 prosent) og blant de som verken arbeidet eller studerte (18 prosent) (Myklestad m.fl. 2008:17).

En finsk studie (Virtanen m.fl. 2003) har vist at det er en gradientlignende sammenheng mellom helse og grad av arbeidsinkludering: jo nærmere «kjernen» i arbeidsmarkedet (faste og midlertidig ansatte), jo bedre helse. Vikarer, de som arbeider på akkord eller i sesongarbeid hadde dårligere helse enn «kjernen». På samme vis hadde arbeidsledige på tidsbegrenset stønad bedre helse enn de som hadde subsidiert arbeid eller minsteinntektssikring uten tidsbegrensing. Viktig å merke seg her er imidlertid at det å komme i jobb ikke alltid er assosiert med bedre helse. Halvorsen (1998) fant at andelen med psykiske plager blant langtidsledige som gikk til en usikker jobb var dobbelt så høy som blant

²⁰ En del av de data som er benyttet her er hentet fra Statistisk sentralbyrås "Levekårsundersøkelsen" (1980-2008). Data er tilrettelagt og stilt til disposisjon i anonymisert form av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste As (NSD). Verken Statistisk sentralbyrå eller NSD er ansvarlig for analysen av dataene eller de tolkninger som er gjort her.

²¹ Mottakere av attføring, uføretrygd eller arbeidsledighetstrygd.

dem som gikk til en sikker jobb. Helsen i den sistnevnte gruppen var heller ikke bedre enn blant dem som var fortsatt arbeidsledige.

Uføretrygd, sykefravær og yrkesdeltakelse blant personer med nedsatt helse.

Offisielle tall fra NAV over antallet som til enhver tid mottar helserelaterte ytelser har ligget rundt 650 000 (ca. 20 prosent av alle i arbeidsdyktig alder) de siste 10 årene. Dette tallet har vakt oppsikt og vurderes av mange som å være for høyt, og har sammen med en voksende uførepopulasjon gitt opphav til spekulasjoner om at det foregår en «marsj ut av arbeidslivet» (NHO 2011). Som et tall for hvor mange som er «utenfor» arbeidslivet er imidlertid ikke dette anslaget rimelig, fordi anslaget inkluderer folk som kun har kortvarig og gradert sykefravær. Mange stønadsmottakere har også arbeid. Om man derimot regner sammen alle som er på uføretrygd, pluss de blant de sykmeldte som sannsynligvis vil gå sykepengeperioden ut, og i tillegg de som er langtidsmottakere av sosialhjelp, blir tallet mellom 330 000 og 410 000 (Fløtten m.fl. 2011a), altså mellom 10 og 13 prosent av alle i arbeidsdyktig alder.

Likevel kommer en ikke utenom at andelen av befolkningen som mottar uføretrygd har økt jevnt og trutt de siste tiårene. Figur 8.4 nedenfor viser uførepopulasjonen som prosent av arbeidsstyrken. På 1970- tallet var andelen i overkant av 10 prosent for kvinner og i underkant av sju prosent for menn, mens de siste ti årene har den vært rundt 16 prosent for kvinner og i overkant av 10 prosent for menn. Noe av nedgangen mot slutten av perioden skyldes antakelig innføringen av arbeidsavklaringspenger. Sannsynligvis vil ratene øke igjen etter hvert som de som ikke lar seg rehabiliterer begynner å strømme over på uførepensjon.

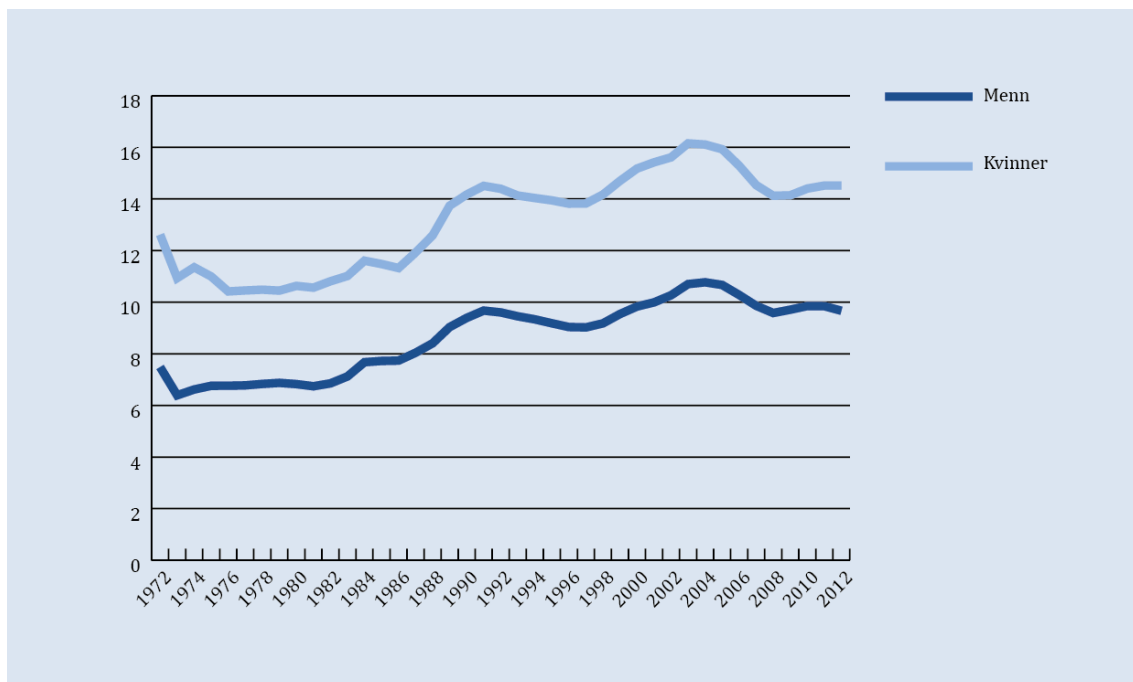
Men hva innebærer dette tallet? Den samlede andelen av uføretrygdede er en funksjon av mange faktorer: volumet på tilstrømmingen, det vil si behovet i samfunnet, alderen til de nye uføretrygdede (noe som er avgjørende for hvor lenge folk blir gående på trygd), hvor mange som går tilbake til arbeid, og hvor mange som dør før de oppnår ordinær pensjonsalder. Samlede populasjonstall er dermed ikke nødvendigvis en god indikator på om *behovet for uføretrygd har vokst over tid*.

Den nedre delen av figur 8.4 viser trendene i *tilstrømmingen* til uføretrygden, og den viser at det er ganske store fluktuasjoner over tid. Trenden for perioden 1980-2012 er samlet sett likevel nedadgående. Om tidsbegrenset uføretrygd tas med i årene 2004-2009 får vi en svak stigning for kvinner, men en stabil trend for menn.²² Om en undersøker trendene i andel nye uføretrygdmottakere som prosent av sitt alderskull er det heller ikke mulig å observere noen økning i tilgangsratene mellom 2000 og 2010, med unntak av den yngste aldersgruppen (18-24 år) (Fløtten m.fl. 2011a). Egne analyser viser at hele veksten i denne aldersgruppen var

²² En studie har vist at nesten to tredeler av de som mottok tidsbegrenset uførepensjon gikk over på varig uførepensjon (Bragstad 2009). Mange i denne gruppen vil derfor komme til syne som nye uførepensjonister i årene 2009-2012.

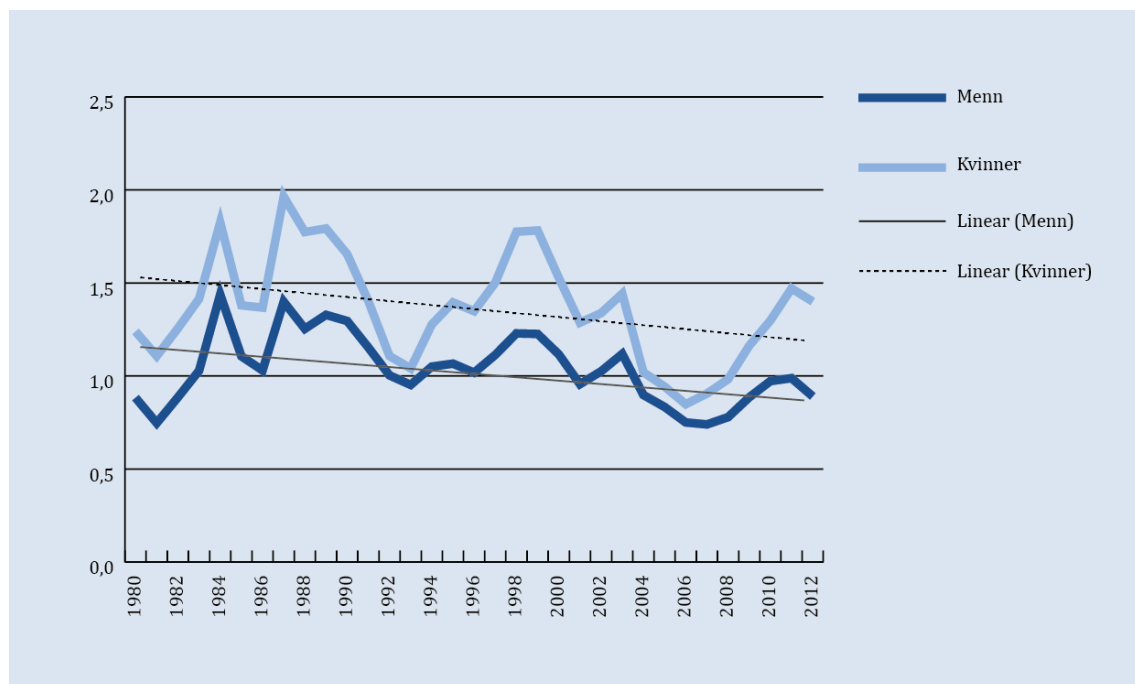
blant 18-19-åringene, der det i 2011 var 251 flere nye mottakere enn i samme aldergruppe i 2002. I prosent var dette en økning fra 3,4 per 1000 personer til 4,7 per 1000, altså 1,3 flere per 1000. Trenden i tilgangen til uføretrygd indikerer etter vårt skjønn derfor *ikke* et økende behov i samfunnet for uføretrygd, slik en kan få inntrykk av når kun uførepopulasjonsveksten legges til grunn. Det kan imidlertid innvendes mot denne statistikken at den høye arbeidsinnvandringen (det vil si påfyll av unge friske folk i arbeidsstyrken) kan ha ført til en underestimering av de siste to tiårenes utvikling. Et annet moment er at økende utdanningsnivå i befolkningen skulle tilsi fallende bruk av uføretrygd (Bratsberg og Røed 2011).

Figur 8.4 Andel på uføretrygd som prosent av arbeidsstyrken, 1972 - 2012. Prosent.



Kilde: NAV og Arbeidskraftundersøkelsen, SSB. Tallene fra 2004-2009 inkluderer ikke tidsbegrenset uførepensjon. Egne analyser.

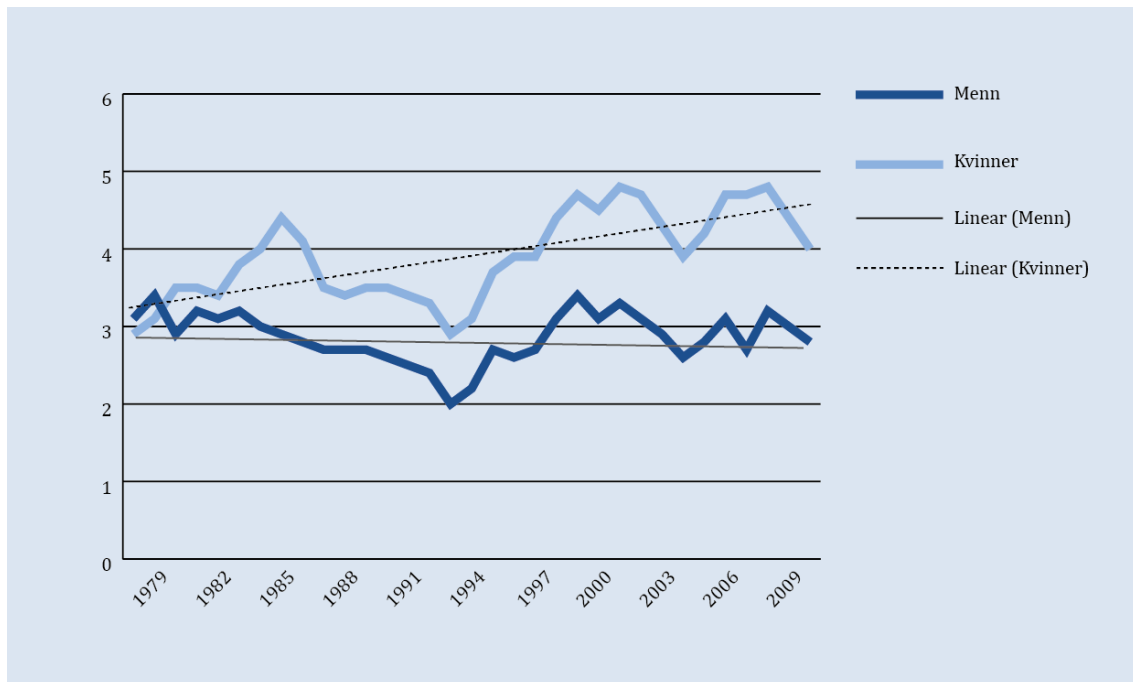
Figur 8.5 Andel nye uføretrygdede som prosent av arbeidsstyrken, 1980 – 2012. Prosent.



Kilde: NAV og Arbeidskraftundersøkelsen, SSB. Tallene fra 2004-2009 inkluderer ikke tidsbegrenset uførepensjon. Egne analyser.

Om vi ser på sykefraværet viser tall fra Arbeidskraftundersøkelsene (vist i figur 8.6 nedenfor) at trenden har holdt seg ganske stabil blant menn i perioden fra 1979 til 2012. For kvinner er trenden imidlertid kraftig stigende, med unntak av begynnelsen av 90- tallet og i 2003-2004 da arbeidsledigheten var stigende. Hvorfor kvinners sykefravær stiger er et omstridt spørsmål. Noen har pekt på endrede holdninger (Dale-Olsen og Markussen 2010), mens andre fastholder sykefraværet nesten utelukkende er en funksjon av konjunktursvingninger og demografiske kjennetegn ved arbeidsstyrken (Bjørnstad og Solli 2006), altså at andelen av kvinner og eldre arbeidstakere påvirker det samlede sykefraværet fordi disse gruppene har høyere fravær.

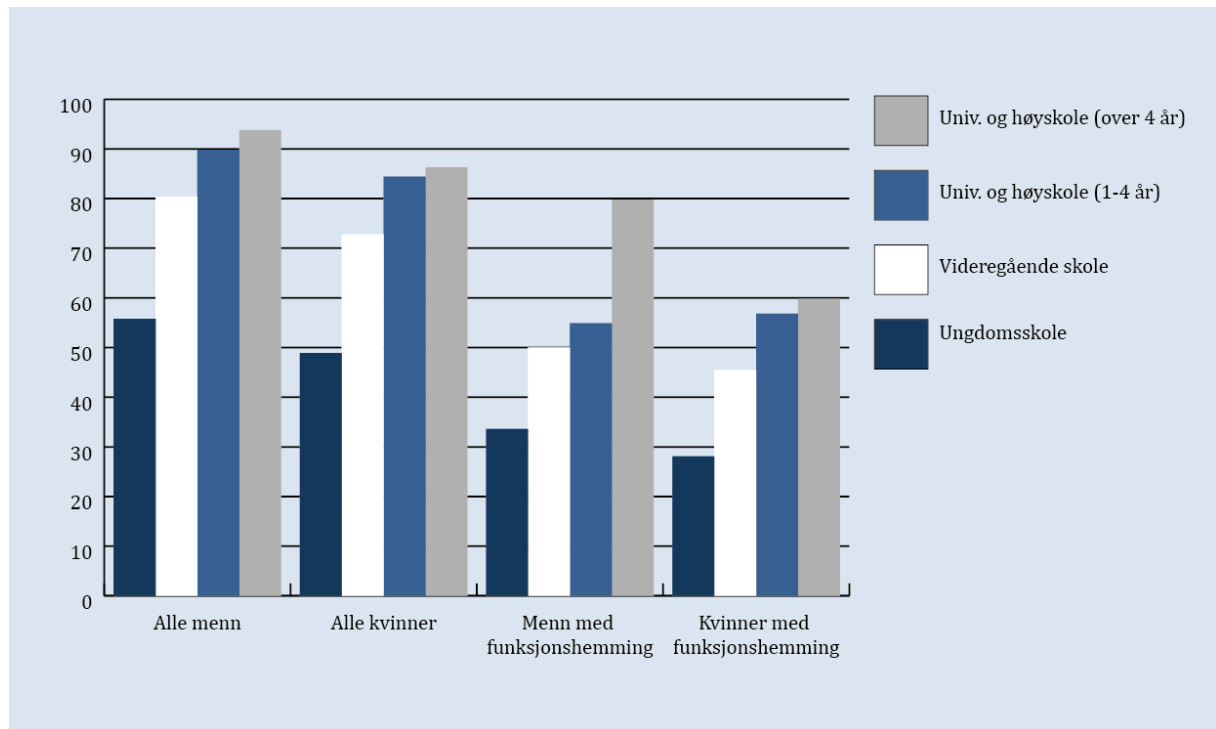
Figur 8.6 Menns og kvinners sykefravær som andel av arbeidsstyrken. Sykefravær av minst en ukes varighet. Prosent.



Kilde: Egne analyser av Arbeidskraftundersøkelsen, SSB.

Syssetting blant folk med helseproblemer er betydelig lavere enn i normalbefolkningen. Figur 8.7 nedenfor viser syssettingsraten blant folk som rapporterte funksjonshemming i 2006 etter kjønn og utdanningsnivå. Tallene viser tydelig at helse henger sammen med utdanningsnivå, ettersom utdanningsforskjellen i syssetting er større blant personer med nedsatt funksjonsevne enn i befolkningen som helhet. Usikkerheten ved prosenttallene for personer med funksjonsnedsettelse er forholdsvis stor fordi de er basert på få observasjoner (105 menn og 119 kvinner).

Figur 8.7 Sysselsatte i alt og sysselsatte med funksjonshemming etter utdanningsnivå og kjønn. Prosenttall for 2007.



Kilde: Olsen og Thi Van 2007:37.

Sysselsettingen blant folk som rapporterer langvarig begrensende sykdom har gått kraftig ned i perioden 1980-2005, og utdanningsforskjellene har økt (van der Wel m.fl. 2010). Dette kan tyde på økende sosiale ulikheter i konsekvensene av nedsatt helse for yrkesdeltakelse.

De vanligste diagnosene blant de som mottar helse relaterte ytelser er muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser (Mykletun m.fl. 2010, Lindbøl 2012). Totalt utgjør disse diagnosegruppene omkring 63 prosent av alle uføretrygdte (Lindbøl 2012). I aldersgruppen 18-29 år var psykiske plager og sykdommer den største gruppen: 24 prosent var psykisk utviklingshemmet, 28 prosent hadde nevroser og atferds- og personlighetsforstyrrelser, og fem prosent hadde organiske psykiske lidelser (som schizofreni, for eksempel). I tillegg hadde ca. 14 prosent medfødte misdannelser og kromosomavvik blant 18-29-åringene. Muskel- og skjelettlidelser er uvanlig i denne aldersgruppen, men øker i omfang med økende alder. Blant de over 50 år utgjør rygg lidelser en større gruppe, og psykiske lidelser er også forholdsvis vanlig (men denne gruppen blir mindre med økende alder). Blant de utenfor arbeidslivet som ikke mottar en helse relatert ytelse vet vi mindre om helsen.

Studier av langtidsmottakere av sosialhjelp har imidlertid vist at andelen som rapporterer psykiske helseproblemer over en viss grenseverdi (HSCL-10>1.85) var 58 prosent mot færre enn 10 prosent i en aldersstandardisert normalbefolkning (van der Wel m.fl. 2006:36). En høyere sykkelighet gjaldt også for en lang rekke selvrapporterte mål. Sosialhjelpsmottakere

har også en betydelig overdødelighet sammenlignet med befolkningen ellers, omtrent tre ganger høyere for menn og to og en halv ganger høyere for kvinner (Naper 2009). Denne overdødeligheten skyldes først og fremst rusrelaterte dødsfall, voldsomme dødsfall og andre atferdsrelaterte dødsårsaker.

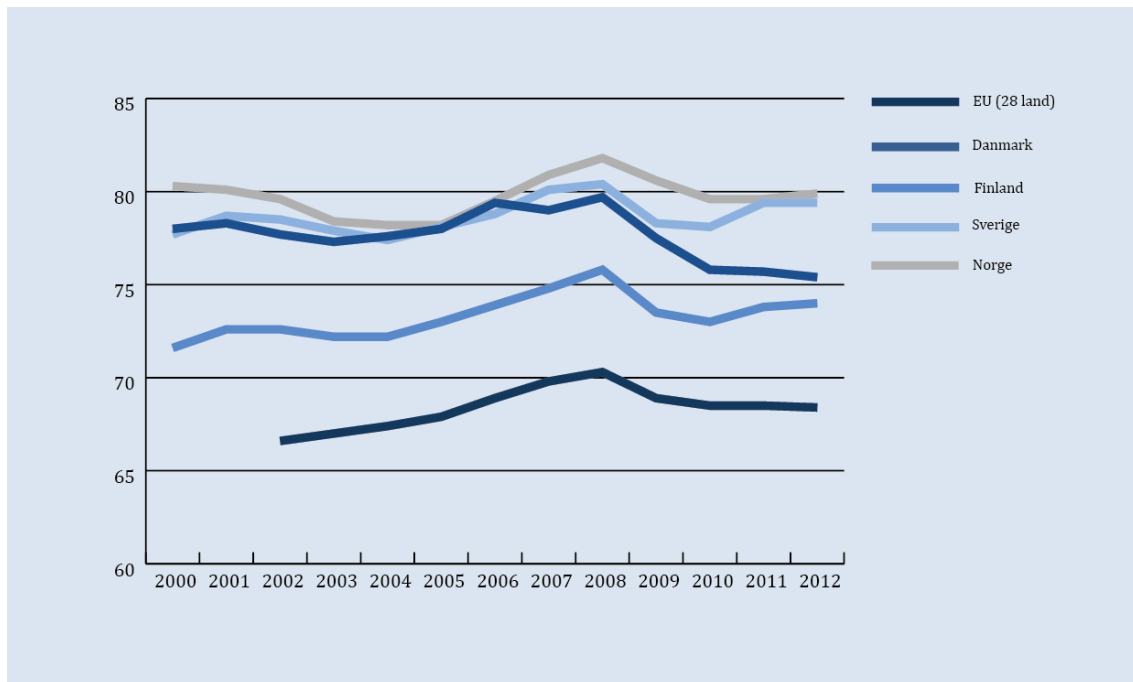
Norge i Norden

OECD- tall har gjentatte ganger vist at Norge har et sykefravær og en uførerate som er høyest i hele OECD- området. Mens den norske uføreraten i OECD- statistikken har ligget tett under 12 prosent både i 2007 og 2010, har Sverige hatt lavere tall, drøyt 10 prosent i 2007 og ned til 8 prosent i 2010. Danmark har hatt litt over sju prosent i begge årene. Også Finland og Island ligger lavere: mellom sju og åtte prosent (OECD 2011a:59). Sykefraværet er i en nylig rapport som benyttet data fra den europeiske arbeidskraftundersøkelsen i 2010 estimert til å være nesten på sju prosent i Norge, sammenlignet med drøyt fire prosent i Finland og Sverige, omtrent tre prosent i Danmark og rundt 2,5 prosent i Island. Dette tallet for Norge virker imidlertid urimelig høyt sammenlignet med norske offentlige tall fra samme datagrunnlag, som antyder at fraværet i Norge ligger på rundt 3,7 prosent i samme år.²³ Andre datakilder antyder også at sykefraværet er høyere i Norge. Den europeiske arbeidsmiljøundersøkelsen viser at gjennomsnittlig antall dager fravær fra jobben knyttet til sykdom var høyest i Norge, på over ni dager, mens Sverige og Danmark hadde under sju dager. I denne undersøkelsen hadde Finland nesten like høyt fravær som Norge (Aagestad 2012:121). I Sverige og Danmark er det imidlertid omkring 55 prosent som sier at de har vært sykenærværende siste året, det vil si på jobb i løpet av siste 12 måneder selv om de var syke, mot rundt 47 prosent i Norge.

Arbeidsledighetstall fra OECD viser at Norge har den laveste arbeidsledigheten i 2011, på under fire prosent, mens Norden for øvrig ligger rundt åtte prosent (OECD 2011a:20). Tall fra Eurostat viser at sysselsettingen i aldersgruppen 20-64 i Norge også er svært god, og høyere enn i våre naboland (se figur 8.7 nedenfor). Om vi holder oss til tall fra før den pågående økonomiske krisen i Europa viser en rapport at andelen som er utenfor arbeidslivet blant de som rapporterer en langvarig begrensende lidelse er lavere i Norge enn i de fleste andre land, og at utdanningsforskjellene i risikoen for ikke å være i arbeid er mindre (van der Wel m.fl. 2012b).

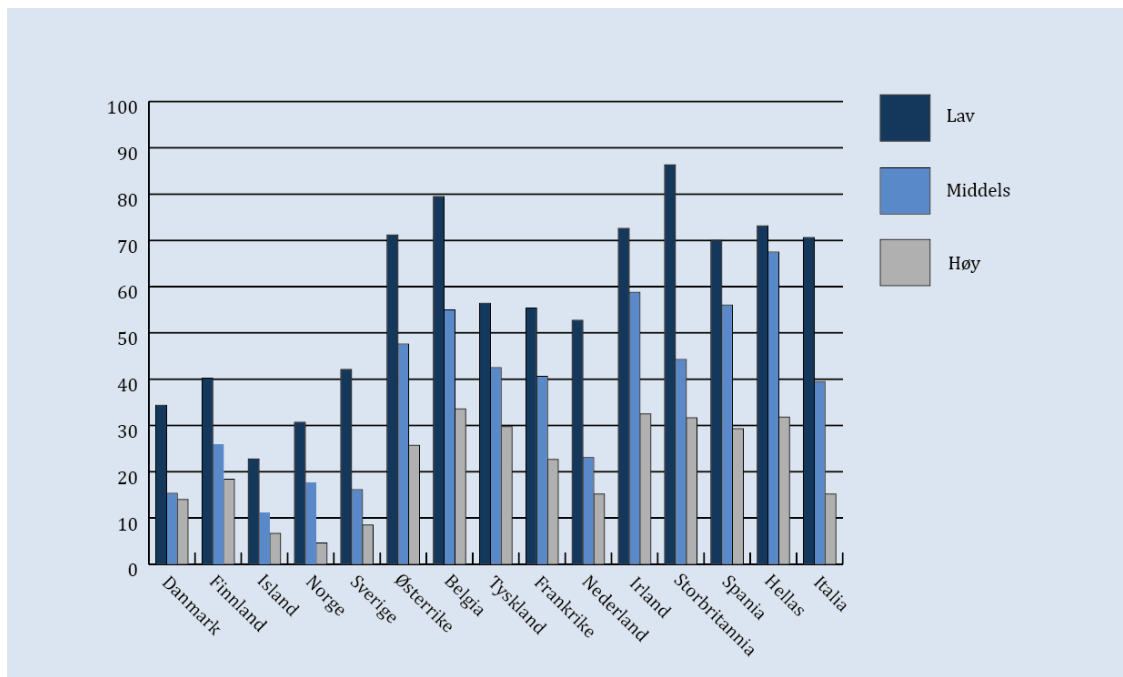
²³ OECD har svart at de rutinemessig dobler andelen for blant andre Norge for å tilpasse estimatet til Folketrygdens tall. De norske AKU- tallene er tilgjengelige i SSBs statistikkbank: <https://www.ssb.no/statistikkbanken>

Figur 8.8 Sysselsettingstrender 2000-2012 for aldersgruppen 20-64 år i ulike europeiske land. Prosent.



Kilde: Egne analyser av Arbeidskraftundersøkelsene, Eurostat.

Figur 8.9 Andel ikke-sysselsatte etter utdanning blant kvinner i alderen 20-59 år i 2007 med langvarig begrensende sykdom. Prosent.



Kilde: van der Wel m.fl. 2012b:10.

Figur 8.8 viser at lavt utdannede norske kvinner sjeldnere står uten jobb eller utdanning enn i Sverige, og denne forskjellen er på over ti prosentpoeng. Det ser også ut til å være lavere tall for Norge sammenlignet med Danmark, og spesielt Finland. Island har enda færre utenfor arbeidslivet blant kvinner med langvarig begrensende sykdom enn Norge. Forskjellen mellom de nordiske landene er mindre når det gjelder de andre utdanningsgruppene. Som gruppe er imidlertid andelen uten jobb lav for alle de nordiske landene sammenlignet med Europa for øvrig i 2007. For menn var det ikke betydelige forskjeller mellom Norge, Sverige og Danmark, mens andelen syke som ikke var i jobb var litt høyere i Finland.

Oppsummering

Ut i fra disse mønstrene kan vi si at det er en betydelig helseulikheter mellom de som er i jobb og de som ikke er i jobb. Men helsen varierer også etter avstand til «kjernen» i arbeidslivet. Uførepopulasjonen har vokst, men trendene over lang tid tyder ikke på at tilstrømmingen har økt. Snarere ser det ut til å være snakk om en opphopning av uføretrygdede, altså at enten flere kommer inn i ung alder eller at færre dør før pensjonsalder, eller begge deler. Sykefraværet har økt blant kvinner, men ikke blant menn. Det har vært en markant nedgang i sysselsettingen blant folk med nedsatt helse, og særlig blant de med lavt utdanningsnivå. Både sykefravær og uføretrygd er høyere enn i våre naboland, mens arbeidsledigheten, den totale sysselsettingen, og sysselsettingen av mennesker med langvarige begrensende sykdom og lav utdanning er høyere i Norge enn i Sverige og Finland, for eksempel.

8.3 Forklaringer på sammenhengen mellom arbeid og helse

I dette avsnittet presenteres først forklaringer på sammenhengen mellom arbeidsdeltakelse og helse på individnivå. Deretter presenterer vi forklaringer som handler om hvordan den sosiale strukturen spiller inn.

Individnivået

En viktig forklaring på den dårligere helsen blant folk utenfor arbeidsmarkedet er åpenbart at nedsatt helse i mange tilfeller er uforenelig med kravene som stilles i en jobb. Men kan sammenhengen også skyldes at det å slutte å jobbe fører til en forverring av helsen? Denne typen forklaring kalles *kausalforklaringer* eller årsaksforklaring av sammenhengen mellom arbeid og helse. Flere mekanismer kan tenkes. For det første medfører en overgang ut av arbeid tap av inntekt og økt risiko for svekkede levekår. Dette svarer til en *materialistisk forklaringsmodell* (se kapittel 4). For det andre vil en slik overgang kunne føre til tap av sosial status, muligheter for selvrealisering og deltakelse i sosiale nettverk. Tap av arbeid kan også føre til større usikkerhet og mer ustabilitet og uforutsigbarhet – kort sagt: mer stress og færre sosiale ressurser. Dette svarer til en *psykososial forklaringsmodell*. Videre kan en overgang ut av arbeidslivet føre til atferdsendringer i retning av en mindre helsebringende livsstil. Dette svarer til *atferdsforklaringen*.

På den annen side kan den dårligere helsen blant de utenfor arbeidsmarkedet, som nevnt ovenfor, skyldes at helse er et viktig *utvelgelseskriterium* i arbeidslivet. Gitt at arbeidsgivere gjør rent økonomiske vurderinger vil de heller ha en sunn og produktiv arbeidstaker enn en som har samme lønn, men er mindre produktiv på grunn av dårligere helse. Dette kan føre til at mennesker med dårlig helse *støtes ut* av arbeidslivet, altså at folk mister arbeidet som følge av nedbemanning eller omstrukturering. I noen tilfeller, der den dårligere helsen er kjent for potensielt nye arbeidsgivere – noe som kan skyldes lang tids sykefravær, synlig funksjonshemming, særskilte behov for tilrettelegging, eller bare en «usunn» framtoning (Jusot m.fl. 2008) - vil dårlig helse også føre til at en *stenges ute* fra arbeidslivet, det vil si at en ikke kommer seg inn på arbeidsmarkedet. Utstøting og utestenging er *seleksjonsforklaringer* på sammenhengen mellom arbeid og helse. Det kan også være snakk om *selvseleksjon*. I slike tilfeller velger den sysselsatte - på eget initiativ - seg selv ut av arbeidslivet. Dette kan være fordi de spesifikke arbeidsoppgaver (eller ethvert arbeid) ikke lenger er forenelig med de helseressursene han/hun har til rådighet. I enkelte tilfeller kan det også hende at den dårlige helsen er en etterlenget fribillett til inntekt og fritid gjennom trygdeordningene.

Å skille kausaleffekter fra seleksjonseffekter i studiet av sammenhengen mellom arbeid og helse stiller høye krav til data og metode, ettersom det ofte er etisk uforvarselig å gjennomføre kontrollerte forsøk på dette forskningsfeltet (en kan ikke frata folk jobben for å se hvordan det går med helsen deres). En må ha data over tid for individer og finne en måte å håndtere bakenforliggende uobserverte faktorer og omvendt kausalitet på (altså seleksjon, eller helserelatert utstøting). Problemet med bakenforliggende uobserverte faktorer løses ofte ved hjelp av kunstige kontrollgrupper (matching), eller gjennom modeller der individer sammenlignes med seg selv på et tidligere stadium (fast effekt analyse). Typiske måter å håndtere omvendt kausalitet på er å identifisere en eksogen årsak til arbeidsledighet (ofte bedriftsnedleggelse, se for eksempel Schmitz (2011) og Salm (2009)). Selv med denne typen kvasiekperimentelle data vil det være nødvendig sikre seg en kontrollgruppe som er sammenlignbar: Hvis det er slik at bestemte næringer oftere rammes av bedriftsnedleggelse kan det tenkes at de som arbeider der ville hatt en annen helseutvikling enn befolkningen ellers. Dette løses enten ved å sammenligne to like bedrifter eller ved hjelp av kunstige kontrollgrupper (Eliason og Storrie 2009). Se forøvrig kapittel 3 for en omtale av aktuelle metoder.

Kort sagt spriker funnene av kausalsammenhengen mellom arbeid og helse, og resultatene kommer i all hovedsak fra studier av arbeidsledige. Overføringsverdien til den norske konteksten kan dermed være nokså svak ettersom andelen ledige er ganske lav her, mens mange er mottakere av helserelaterte ytelser. Et fellestrekk i studiene er at en betydelig del av sammenhengen mellom tap av jobb eller arbeidsledighet og helse skyldes uobserverte faktorer og helserelatert seleksjon *ut* av jobb. En kausal sammenheng er likevel blitt påvist av for eksempel Sullivan og von Wachter (2009), Eliason og Storrie (2009), og av Korpi (2001).

Sullivan og von Wachter (2009) benytter amerikanske data om tap av arbeid som følge av nedbemanning og finner 50-100 prosent økning av risikoen for å dø året etter nedbemanningen blant de som mistet jobben. Selv 20 år etter at de mistet jobben var dødelighetsratene 10-15 prosent høyere enn i kontrollgruppen, noe som vil tilsvare ett til halvannet år kortere forventet levealder ved 40 år. Eliason og Storrie (2009) studerer ansatte i svenske bedrifter som opplevde bedriftsnedleggelse i 1987-8. De finner en liten til moderat effekt på risikoen for sykehusinnleggelse de påfølgende 12 årene relatert til alkohol, trafikkskader og selvpåførte skader for menn, mens kvinnene hadde en moderat høyere risiko for alkoholrelaterte innleggelse. Når det gjaldt innleggelse for hjerteinfarkt og slag skilte ikke gruppen som hadde opplevd bedriftsnedleggelse seg fra kontrollgruppen.

Korpi (2001) benytter svenske longitudinelle individdata til å se på overganger inn og ut av arbeidsledighet og effekten av samlet arbeidsledighet i såkalte fast effekt- analyser. Han finner en «utvetydig» kausaleffekt av akkumulert arbeidsledighet på fysisk helse og mindre klare effekter av nåværende arbeidsledighet. Dette funnet kan tyde på at det tar tid før arbeidsledigheten påvirker helsen. Rochut og Van Kerm (2010) finner en kausaleffekt både i Danmark, Frankrike, Irland, Italia og Spania. Andre studier avviser imidlertid en slik effekt (Browning m.fl. 2006, Böckerman og Ilmakunnas 2009, Salm 2009, Schmitz 2011). Mens Rege m.fl. (2005) finner, med norske registerdata, en tendens til høyere dødelighet blant individer som har mistet jobben på grunn av nedbemanninger. Hva en eventuell kausaleffekt består i – hva som er den aktuelle mekanismen, jamfør den teoretiske diskusjonen over – er det ikke mange studier som er egnet til å kaste lys på. En del studier indikerer at endret atferd/livsstil kan være en plausibel forklaring (Eliason og Storrie 2009, Black m.fl. 2012, Marcus 2012). En metaanalyse av sammenhengen mellom arbeidsledighet og mental helse konkluderer med at det er en sterk kausalsammenheng (Paul og Moser 2009), noe som gir en viss støtte til at psykososiale mekanismer er involvert.

I et folkehelseperspektiv er det også viktig å undersøke om en kan oppnå en helsegevinst av å få folk tilbake i jobb. En tysk studie (Huber m.fl. 2011) viser at en overgang fra arbeidsledighet til arbeid har en gunstig innvirkning på helsen (særlig mental og generell helse), og at det hovedsakelig er menn og/eller de som har dårligst helse fra før som nyter godt av denne forbedringen. Studien så også på overganger til aktive arbeidsmarkedstiltak, men her var det ingen helseforbedring. Disse funnene understøttes til dels av tidligere nordiske studier av arbeidsledighet, arbeid og mental helse (Halvorsen 1998, Strandh 2000, Korpi 2001). Disse studiene konkluderer med at det å få bedre økonomisk forutsigbarhet er en plausibel mekanisme. For eksempel finner Halvorsen (1998) at overganger fra arbeidsledighet til mindre trygge former for arbeid ga en svakere helseeffekt. Arbeid er bra for helsen, men ikke all slags arbeid. Trygghet og godt arbeidsmiljø (se kapittel 9) er viktige forutsetninger.

Helserelatert seleksjon ut av arbeidslivet er godt dokumentert, også i Norge (Elstad 1995, Mastekaasa 1996, Elstad og Krokstad 2003, van der Wel 2011). Claussen m.fl. (1993) har vist

at dårlig helse svekker muligheten til å komme seg tilbake i jobb blant langtidsledige, mens Halvorsen (1998) ikke finner en lignende effekt for psykiske problemer. Flere studier finner også at det er en sosial gradient i helserelatert seleksjon ut av arbeidslivet, *der de med lav sosioøkonomisk posisjon har en forhøyet risiko* (van de Mheen m.fl. 1999, Lindholm m.fl. 2001, Elstad og Krokstad 2003, Schuring m.fl. 2007, van der Wel 2011). Mulige årsaker til at lavutdanningsgruppen har en høyere risiko for helserelatert utstøting kan, blant annet, være at de oftere har jobber som er mindre kompatible med nedsatt helse, eller i mer konjunkturutsatte bransjer.

Sammenhengen mellom helse og arbeid kan endre seg over livsløpet. Et aktuelt spørsmål er om det er gunstig eller ugunstig for Eldres helse å tre ut av arbeidslivet/ pensjonere seg? Dette er ikke minst et relevant spørsmål i disse dager når europeiske styresmakter ønsker å forlenge tiden folk deltar i arbeidslivet for å møte økende sosiale utgifter. En norsk registerdatastudie som benyttet et kvasi-eksperimentelt design og data om avtalefestet pensjon, konkluderte med at alder ved pensjonering i seg selv ikke hadde noen effekt på mortalitet (Hernæs m.fl. 2012), et funn som er i tråd med den internasjonale økonomiske litteraturen som ofte finner ingen eller en positiv effekt på helse (Sahlgren 2012:4). En internasjonal europeisk studie av effekten av pensjonering og pensjoneringstid på helse konkluderer imidlertid med at langtidseffektene av å pensjonere seg for helse er negative, altså at helsen svekkes som følge av det å pensjonere seg (Sahlgren 2012). Spesielt for denne studien var at den tok høyde for at helse påvirker beslutninger om å pensjonere seg.

Funnene fra disse økonomiske studiene står i motsetning til epidemiologiske studier av den franske GAZEL- kohorten (GAZEL 2009), som finner klart gunstige effekter av å pensjonere seg på helse og overskudd (Westerlund m.fl. 2009, 2010). Her studeres *trender i helse og overskudd før og etter pensjonsalder* heller enn å benytte kvasi-eksperimentelle design, slik de økonomiske studiene nevnt over gjorde. Motsetningen mellom funnene kan derfor tenkes å bunne i ulikt design, og ulik forståelse av kausalitet. Mens de økonomiske studiene er designet for å sammenligne en tiltaksgruppe (de som pensjonerer seg) med en kontrollgruppe (de som ikke pensjonerer seg, men som ellers er nærmest identiske med tiltaksgruppen), fokuserer de epidemiologiske studiene på gjennomsnittlig utvikling av helsen til alle som når pensjonsalder. Interessant nok viser de epidemiologiske studiene at helseforbedringene var størst for dem som hadde kroniske sykdommer, lavere sosioøkonomisk posisjon og dårlig arbeidsmiljø, mens de mest fordelaktig stilte ikke opplevde noen endring av helsen. Noen slik differensiell effekt rapporteres det ikke om i de økonomiske studiene.

Oppsummerende kan vi si at helseulikhetene mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte i Norge sannsynligvis i nokså stor grad skyldes helserelatert seleksjon ut av, og ikke minst inn i arbeid. Prisen for et inkluderende arbeidsliv kan være større helseulikhet mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte. Men det er også tegn til at tap av jobb påvirker helsen negativt (for eksempel Rege m.fl. 2005). Et interessant funn fra denne studien er også at man fant en

avtakende sammenheng mellom å ha opplevd bedriftsnedleggelse og dødelighet etter hvor mange som ble rammet av nedleggelsen. Der hvor det var mange som ble rammet var dødeligheten lavere. Selv om vi har gode velferdsordninger som bidrar til å opprettholde levestandarden kan muligens sosial isolasjon og stigma bidra til en akkumulering av uheldige livsomstendigheter og dårligere helse. Det er også verdt å notere seg at det å komme tilbake til jobb kan være gunstig for helsen, forutsatt at det er en god og trygg jobb. For eldre som går av med pensjon ser det ut til at mange opplever en helseforbedring, men norske data tyder ikke på noen signifikant gevinst av tidligpensjon (Hernæs m.fl. 2012).

8.4 Arbeid og helse i kontekst

Både seleksjonsmekanismen og kausalmekanismen kan forventes å bli påvirket av den sosiale og økonomiske konteksten: Normer om arbeid, trygd og familie, etterspørsel etter arbeidskraft, og velferdsstatens utforming kan påvirke styrken og det relative forholdet mellom de to mekanismene. Disse presenteres i tur og orden.

Kontekstforklaringer basert på kausalmekanismer

Hvordan sysselsettingsstatus påvirker helsen kan avhenge av den sosiale konteksten. Den mest opplagte konteksten i så måte er i hvilken grad samfunnet yter støtte til folk som ikke kan forsørge seg selv gjennom markedet. Formålet med enhver velferdsstat er å beskytte individet mot markedets og «skjebnens» luner, men ulike velferdsstater gjør dette i ulikt monn (Esping-Andersen 1990, Scruggs og Allen 2006). Fordi *inntekt* kan brukes til å skaffe seg sunn mat, varer og tjenester er helserelevansen av disse spørsmålene for gruppen som er utenfor arbeidslivet åpenbar.

Sosial støtte og sosialt nettverk kan være særlig viktig for folk som er utenfor arbeidslivet. Kontantoverføringer fra velferdsstaten kan virke inn her ved at personer uten egen inntekt mottar nødvendige ressurser for sosial deltakelse. Ved siden av økonomiske overføringer kan slike ressurser være i form av ulike former for aktivisering (Working for Equity in Health Consortium, 2012:116). Aktive arbeidsmarkedstiltak kan være et substitutt for mange av arbeidets funksjoner, slik som sosialt nettverk, tidsstruktur, opprettholdelse av arbeidsidentitet og en sosialt mindre stigmatiserende rolle, og slik ha en gunstig påvirkning på (psykisk) helse (Sage 2013).

Økonomiske kriser kan påvirke helseulikhetene fordi det er sosialt skjevfordelt hvem som rammes hardest av konsekvensene. På den annen side er det en rik forskningslitteratur som viser at en rekke piler også peker i motsatt retning; antall trafikkulykker går ned, det samme gjelder forbruket av alkohol, dødeligheten av arbeidsulykker og hjerte- og karsykdommer reduseres (se for eksempel Ruhm 2005 og Ruhm 2007). En studie indikerer at denne sammenhengen er sterkere i land med svakere økonomisk sikkerhetsnett (Gerdtham og Ruhm 2006).

Kontekstforklaringer basert på seleksjonsmekanismen

De sosiale strukturene – her forstått som de institusjonelle rammene på makronivå - i særdeleshet velferdsstaten, arbeidsmarkedet og utdanningssystemet, kan tenkes å påvirke atferden vår gjennom å påvirke hva som er mulig og ikke mulig, gitt bestemte preferanser. Endringer i de institusjonelle strukturene kan derfor føre til endret atferd.

Velferdsstaten kan betraktes både som en insentivstruktur og som en omfordeler av viktige handlingsressurser (van der Wel 2013). Arbeidsmarkedet er en annen viktig institusjonell ramme. Her er det særlig to forhold som er av betydning, nemlig etterspørselen etter arbeidskraft og kravene og arbeidsmiljøbelastningene som sysselsatte stilles ovenfor. Produktivitetskravene som stilles til arbeidstakere er av betydning for hvorvidt det er rom for folk med helseproblemer i arbeidsstyrken. Arbeidsmiljøet, i form av fysiske (som repetisjon, temperatur, vibrasjoner og støy) og psykososiale faktorer (som kontroll, autonomi, trakassering og belønninger), er av betydning både for hvorvidt arbeidslivet er kompatibelt med et helseproblem, men også i hvilken grad arbeidslivet produserer dårlig helse (se kapittel 9).

Bratsberg og Røed (2011), Biørn m.fl. (2010) og Dale-Olsen og Markussen (2010) konkluderer med at økningen i helserelaterte trygder og sykefravær skyldes *endrede holdninger* over tid blant arbeidstakere, arbeidsgivere og/eller leger. Bratsberg og Røed (2011) spekulerer også over hvorvidt økt trygdebruk i realiteten er skjult arbeidsledighet. Halvorsen (2011) sin studie av arbeidsmotivasjon tyder imidlertid ikke på at folks holdninger til det å arbeide har endret seg de siste par tiårene. Også komparative analyser av velferdsstat og holdninger når motstridende konklusjoner (Esser 2009, Halla m.fl. 2010). Studier av hvordan sysselsetting blant syke varierer i ulike velferdsstater finner ingen tegn til at insentivene til arbeid skulle være dårligere i sjenerøse velferdsstater, snarere tvert i mot (van der Wel m.fl. 2011 og 2012b). Årsaken til avtagende sysselsettingen blant folk med helseproblemer over tid, og særlig blant de med lav utdanning, er mer usikker, men studier tyder på at konjunkturer samspiller med andre langtidsvirkende etterspørselsfaktorer, altså endringer i yrkes- og næringsstrukturen (Kristensen og Bjerkedal 2004, van der Wel m.fl. 2010). For eksempel kan dette være reduksjonen i etterspørsel etter industriarbeidskraft og økning i etterspørselen i service- og kunnskapsnæringer.

Oppsummering

I denne delen har vi sett at sammenhengen mellom helse og arbeid skyldes både en reell årsakssammenheng og sosial helseseleksjon. Empiriske studier indikerer at den siste mekanismen sannsynligvis er den viktigste: Det vil si at helseendringer forbundet med overganger inn og ut av arbeid betyr relativt sett mindre for helseforskjellen mellom de som er i arbeid og de som ikke er det. Likevel viser flere studier at det kan være helseforbedringer forbundet med å komme i jobb, og helseforverringer forbundet med det å miste jobben. Noen studier viser også at eldre arbeidstakere kan få en helsegevinst av å pensjonere seg. Et

dilemma i velferdspolitikken er avveiningen mellom å tilby tilstrekkelig levestandard til folk utenfor arbeidslivet som kan dempe negative helseeffekter, og å hindre økonomisk motivert selvseleksjon av folk med helseproblemer ut av arbeidslivet. Studier tyder imidlertid på at en sjenerøs og universelt utformet velferdsstat ikke så langt har hatt ugunstige virkninger på sysselsettingen blant folk som rapporterer langvarig begrensende sykdom i Norge sammenlignet med andre land.

8.5 Politikken på feltet

Den norske arbeids- og trygdepolitikken har vært preget av den såkalte «arbeidslinja» (Halvorsen og Stjernø 2008, Stjernø og Øverbye 2012). Arbeidslinja har lange historiske røtter i norsk sosialpolitikk, men kan sies å ha blitt intensivert de siste tjue årene med innføringen av mer aktiviserende virkemidler. Prinsippene bak arbeidslinja er å befordre at arbeid alltid skal være førstevalget, og at ordninger og støttetiltak skal være innrettet slik at de motiverer og setter folk i stand til å velge dette. Det er blitt en tydeligere kopling mellom plikter og rettigheter, men rent økonomiske insentiver, for eksempel å kutte i sykelønna eller uføretrygden, har det ikke vært politisk støtte for å prøve ut. Arbeidslinja innebærer slik først og fremst en styrking av gjensidighetsnormen (Øverbye og Stjernø 2012:19).

Begrunnelsene for arbeidslinja er dels *samfunnsøkonomiske*; å utnytte samfunnets ressurser samt å skape mest mulig «velferd», dels *sosiale*; å styrke den sosiale integrasjonen, dels *oppdragende*; å styrke moralsk og faglig kompetanse, dels *normative*; at arbeidet er et gode i seg selv for individet, og at stønader fra staten, «fellesskapet», må innebære en *gjensidighet* der mottakeren har plikt til å forsøke å bli selvforsørget (Kildahl 1998:22-23). Virkemidlene i arbeidslinja er, blant annet, å stille vilkår om *aktivering*, å *stramme inn tilgangskriterier*, *korte ned stønadperioder*, *utsette innvilgelse av permanente ytelser*, og *innføring av økonomiske insentiver*. Stønadenes utforming har likevel vært ganske stabil de siste 10-15 år. I tillegg har norsk sosialpolitikk også tradisjonelt vært opptatt av å *styrke etterspørselssiden i arbeidsmarkedet* (Halvorsen og Stjernø 2008), og har med «Avtalen om et inkluderende arbeidsliv» tatt nye skritt i denne retningen.

Arbeidspolitikken og helseulikhetene

Reformene i arbeidsmarkedspolitikken og arbeidslinjas ordninger (nevnt over) har i liten grad vært begrunnet ut fra noen målsetting om å bedre folkehelsen eller å redusere sosiale helseulikheter. I likhet med britiske evalueringer av arbeidsmarkedstiltak (Working for Equity in Health Consortium 2012:34-35) har «myke utfall» som helse i liten grad vært inkludert i norske evalueringer. I vår gjennomgang av litteraturen har vi ikke funnet noen empiriske undersøkelser som har tatt sikte på å studere effekter av arbeidslinja, IA- avtalen, eller NAV-reformen på sosiale helseulikheter. Målene om å redusere sykefraværet, inkludere flere med svekket funksjonsevne i arbeidslivet og hindre tilstrømmingen til uføretrygd kan likevel være

overlappende med helsepolitiske mål om å redusere sosial helseulikhet mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte.

Selv om de sosiale ulikhetene i sysselsetting av folk med helseproblemer ikke er et særlig uttalt tema hverken i arbeidspolitikken eller helsepolitikken, har arbeidslinja, NAV- reformen og IA- avtalen også et klart potensiale til å redusere denne formen for sosial ulikhet ettersom det er et mål å redusere sykefraværet og få flere med nedsatt arbeidsevne i arbeid. Nedenfor følger en kort gjennomgang av forskning om arbeidslinja, IA- avtalen og NAV- reformen som har relevans for enten helseulikheter eller inkludering av folk med helseproblemer i arbeidslivet, og eventuelt om dette varierer etter sosioøkonomisk posisjon.

IA- avtalen

Avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA- avtalen) er et trepartssamarbeid mellom partene i arbeidslivet som har til hensikt å redusere sykefraværet og øke arbeidsdeltakelsen blant personer med nedsatt helse og eldre arbeidstakere. Avtalen ble inngått i 2001 og ble siste gang fornyet i 2010. IA- avtalen ble evaluert i 2009 av SINTEF (Ose m.fl. 2009) med hensyn til måloppnåelse. Rapporten viser at det nasjonale målet om å redusere sykefraværet med 20 prosent ikke ble nådd. Reduksjonen fra 2001 til 2008 var på kun 3,1 prosent (Ose m.fl. 2009:79). Om en derimot ser på næringsnivå og bedriftsnivå viser paneldatanalyser at IA- avtalen har redusert sykefraværet noe, men dette har altså ikke hatt nevneverdig effekt på det overordnede sykefraværet. Analysene sier ikke noe om hvorvidt lavere sosioøkonomiske grupper fikk redusert sitt fravær mer enn høyere sosioøkonomiske grupper. Rapporten dokumenterer også at målet om å inkludere flere med redusert funksjonsevne i arbeidslivet ikke ble nådd, og at bedriftsledere og avtaleparter i næringslivet opplevde dette målet som «politisk», det vil si at det ikke lå noen reell forventning om aktivitet på dette punktet. Dette ble særlig begrunnet med at målet sto i konflikt med målet om redusert sykefravær (Ose m.fl. 2009:70-73). I likhet med Mykletun og Brinchmann (2013) har vi ikke funnet andre effektevalueringer av individnivåutfall av IA- avtalen som sådan.

Ordningen med gradert sykemelding skal med den siste fornyingen av IA- avtalen tas mer i bruk, etter anbefalinger fra et regjeringsoppnevnt ekspertutvalg (Mykletun m.fl. 2010). Flere studier har vist at gradert sykemelding bidrar til reduksjon av fraværet (Markussen m.fl. 2012, Ose m.fl. 2012, Kann m.fl. 2012), men styrken på effekten varierer mellom studiene. Markussen m.fl. (2012) finner at antall sykefraværsdager halveres med bruk av gradert fravær, og at sjansen for å være i arbeid to år senere øker med 12-14 prosentpoeng. Kann m.fl. (2012) finner at når graderingsandelen i norske kommuner økte med en prosent ble sykefraværet redusert med to prosent. Sammenhengen var mindre sterk etter at gradering ble tatt i bruk i større stil, etter år 2004. Begge disse studiene benytter kvasiekperimentelle metoder som sikrer sammenlignbarhet mellom de som fikk tilbud om gradering og de som ikke gjorde det. Ose m.fl. (2012) fant også at sykefraværet ble redusert med mer bruk av gradering, men antall fraværstilfeller gikk ikke ned. De fant også at sannsynligheten for å få

tilbud om gradert sykmelding økte med høyere utdanningsnivå. En forløpsstudie av Lie (2010) gir imidlertid grunnlag for en viss skepsis. Den fant at overgangene tilbake til jobb etter gradert sykemelding tok mer tid enn for full sykemelding. Det er usikkert hva dette funnet innebærer, men studien kunne ikke utelukke at funnet skyldtes at de to gruppene i utgangspunktet var forskjellige.

En mulig tolkning av at IA- avtalens mål om å redusere sykefraværet ikke er nådd, er at bedriftene som var med i IA- avtalen allerede gjorde mye riktig før avtalen ble inngått. En annen mulighet er at IA- avtalen har motvirket trender med økende fravær og synkende yrkesdeltakelse blant syke som ellers ville vært høyere: At målene ikke er nådd trenger i prinsippet ikke bety at IA- avtalen ikke har hatt noen effekt. En tredje mulighet er at tiltakene som ble satt ut i livet ikke var særlig effektive. Ifølge Mykletun og Brinchmann (2013) er tiltakene under IA- avtalen innført uten tilstrekkelig forhåndskunnskap om hvor effektive de er, og det har heller ikke blitt sikret at nye tiltak blir effektevaluert ved hjelp av eksperimentelle metoder. Dermed vet man ikke om tiltakene har hatt effekt, vært virkningsløse eller hatt omvendt effekt.

En fjerde mulighet er at tiltakene er satt inn på feil område: Mehlum (2011) argumenterer for at IA- avtalen så langt har fokusert på å redusere varigheten av eksisterende sykefravær og å få syke raskere tilbake til jobb («sekundærforebygging»). Evalueringene av gradert sykmelding tyder også på at dette tiltaket i liten grad hindrer at nye syketilfeller oppstår. En annen, og potensielt mer effektiv innfallsvinkel i IA- arbeidet kunne derfor være å rette innsatsen mot tiltak som kartlegger sårbarhet hos ansatte og tilrettelegger arbeidet slik at disse sårbarhetene blir mer compatible med arbeidet, eller mot tiltak som generelt tar sikte på å redusere helserisikofaktorer i arbeidsmiljøet («primærforebygging»).

I litteraturgjennomgangen til Mehlum (2011) fremkommer det at forskningen om effekten av slike tiltak på arbeidsplassen er begrenset. Mehlum (2011:131) refererer til en Cochrane-oversikt som konkluderer med «moderat vitenskapelig dokumentasjon» for at tiltak på arbeidsplassen kunne redusere sykefravær ved muskel- og skjelettlidelser. Artikkelen refererer også tre nyere randomiserte intervensjonsstudier som viste at screening av, og tilrettelegging for ansatte kan redusere sykefraværet med 30-40 prosent. Det er usikkert om effekten fremkommer fordi intervensjonene førte til helseforbedringer, eller fordi arbeidet ble bedre tilpasset den enkeltes helsesituasjon.

En studie av hvorvidt ansatte med belastende arbeidsmiljø i IA- bedrifter hadde mindre risiko for langtidssykefravær enn sammenlignbare ansatte ellers, fant kun en effekt for menn som arbeidet skiftarbeid. Det var ingen effekt på den totale risikoen for langtidsfravær (Foss m.fl. 2013). Studien tyder på at det drives for lite eller for dårlig primærforebygging i IA- bedriftene, i tråd med poenget til Mehlum (2011).

Ut i fra dette kan vi ikke si om IA-avtalen har påvirket helseulikhetene eller ikke. Vi vet heller ikke om avtalen har utjevnet sosiale ulikheter i helsereelatert ikke-sysselsetting, men dette virker ikke særlig sannsynlig gitt at ingen endring i sysselsettingen blant folk med nedsatt helse ble observert i perioden. (Se også kapittel 14).

Helse og arbeidsrettede tiltak

Det finnes en internasjonal litteratur om helseeffekten av deltakelse i aktive arbeidsmarkedstiltak (Working for Equity in Health Consortium 2012), mens lite er kjent om helseeffektene av slike tiltak i Norge. Aktive arbeidsmarkedstiltak kan være gunstige for helsen gjennom minst to mekanismer: For det første gjennom å få folk i arbeid (Waddell og Burton 2010), og for det andre gjennom psykososiale mekanismer (Working for Equity in Health Consortium 2012:116, Sage 2013). Negative aggregerte effekter av økt arbeidsledighet, slik som økte selvmordsrater, dempes av høyere investeringer i aktive arbeidsmarkedstiltak, ifølge sammenlignende empiriske analyser (Stuckler m.fl. 2009). Rapporten fra Working for Equity in Health Consortium (2012) presenterer en rekke studier som viser at aktive arbeidsmarkedstiltak, blant annet i Storbritannia, Finland og Sverige, har positive effekter på mental helse. Studiene er riktignok ikke entydige, og effektene er ikke alltid så langvarige. Huber m.fl. (2011) fant ingen positiv effekt av overgang fra arbeid til aktive tiltak, men fant en positiv effekt av overgang fra stønadsmottak til arbeid.

Arbeid blant personer med nedsatt helse

Blekesaune og Øverbye (2006) har undersøkt endringene i uførepensjonen som ga uførepensjonistene utvidede muligheter til å arbeide på siste halvdel av nittitallet. Dette ble gjort ved å øke inntektsgrensen samt å gi anledning til fri retur til uførepensjon etter opp til tre års arbeid. Resultatene viste at omkring 23,5 prosent tjente 1000 kr eller mer i løpet av året i 1995, og denne andelen hadde ikke økt i 2000. Omkring 2,5 prosent tjente et beløp som nærmet seg fribeløpsgrensen (beløpet en kan tjene uten at trygden avkortes), mens med økt fribeløp grense i 2000 sank denne andelen til i underkant av to prosent. Bare en forsvinnende liten andel (0,67 prosent) tok sjansen på å si fra seg trygden i perioden 1995-1999. Samtidig rapporterte 46 prosent av uførepensjonistene som ble kalt inn til en samtale om reintegrering at de ønsket å arbeide mer (Jentoft 2004 i Blekesaune og Øverbye 2006). Disse funnene viser at det er et stort potensiale i å fjerne hindringer mot arbeid for denne gruppen. Justeringene av fribeløpsgrense og prøveperiode uten trygd ser ikke ut til å ha påvirket arbeidsaktiviteten, men det kan også skyldes at ordningene ikke har vært gjort godt nok kjent for uførepensjonistene (Øverbye og Blekesaune 2003 i Blekesaune og Øverbye 2006). Studien viste at uførepensjonister med høyere utdanning oftere hadde arbeidsinntekt enn de med lav utdanning. Tilsvarende finner Syse m.fl. (2008) en utdanningsgradient i tap av inntekt etter kreftoverlevelse.

Brofossutvalgets rapport om aktive arbeidsrettede tiltak (Brofoss m.fl. 2012) gjennomgår norsk og internasjonal litteratur om effekten på arbeid av enkelttiltak og pakker og kjeder av tiltak. Hovedkonklusjonene fra gjennomgangen er at tiltak som er tettst knyttet til ordinært

arbeid og tiltak der en følger opp brukerne i tverrfaglige team er mest vellykket (Brofoss m.fl. 2012:158). Evalueringene av tiltak rettet mot *personer med nedsatt funksjonsevne* sprikte en del (Brofoss m.fl. 2012:147). Internasjonalt ble det for eksempel funnet positive effekter for det britiske programmet «New Deal for Disabled People», som overlater det utførelsesansvaret til tiltaksarrangørene og der disse får betalt etter hvor mange de får i jobb og hvor mange som er i jobb etter en tid. I likhet med funn fra andre tiltak viste også resultatene herfra at de som sto lengst unna arbeidsmarkedet hadde best nytte av tiltaket.²⁴ Nyere systematiske gjennomganger av rehabilitering av pasienter med muskel- og skjelettplager antyder at tiltak som innebærer samarbeid mellom arbeidsgivere, leger og pasient, og som har som mål å tilrettelegge arbeidet (Carroll m.fl. 2010), kan være effektive, og at enklere og billigere tiltak har bedre kostnadseffektivitet (Palmer m.fl. 2012).

En norsk studie av yrkeshemmede med psykiske lidelser (Møller 2005) fant at tiltakene som hadde sterkest effekt på å komme i arbeid var lønnstilskudd, dagpenger under etablering av egen bedrift, ordinær utdanning, og bedriftsintern arbeidstrening. Skjermede virksomheter hadde en negativ effekt på arbeidsdeltakelse. Brofossutvalget referer også to artikler av Westlie (2008a, 2008b i Brofoss m.fl. 2012:149) som samlet viser en positiv effekt på sysselsetting og varigheten av sysselsetting av aktive arbeidsmarkedstiltak. Generelt viser studier at personer utenfor arbeidsmarkedet har nytte av ordinær utdanning. Men dette gjaldt ikke de med psykiske plager, der effekten var negativ (Møller 2005:57). Denne negative effekten kunne imidlertid utlignes ved å forlenge varigheten av tiltaket.

Arbeid med bistand (supported employment) er en tilnærming der personer med til dels alvorlige funksjonshemninger utplasseres og trenes i ordinære arbeidsplasser. I prosessen med å få og beholde arbeid har personen med funksjonshemming bistand fra en såkalt «Job Coach». Job Coach'en har også en rolle i å støtte arbeidsgiver og kollegaer. Arbeidssøkeren deltar aktivt i prosessen med sine ønsker og identifisering av ferdigheter. Supported employment er ikke særlig utbredt i Norden, og det finnes også lite evidens om effekten av supported employment- liknende tiltak herfra (Spjelkavik 2011:5, Schafft 2013). Ordningen er imidlertid mye studert i Europa og USA. I følge en metaanalyse av effekten av arbeid med bistand (supported employment) blant folk med alvorlige mentale problemer viser RCT-studier ganske unisont at effekten på deltakelse i ordinært arbeid er svært gunstig sammenlignet med andre arbeidsrettede tiltak (Campbell m.fl. 2011). Dette er i tråd med tidligere RCT- oppsummeringer, der det ble rapportert om 61 prosent deltakelse i ordinært arbeid blant deltakere i «Individual Placement and Support» - tiltak mot 23 prosent i andre tiltak (Bond m.fl. 2008). Effektene av «Individual Placement and Support» var også bedre for

²⁴ Det finnes ingen randomisert kontrollert studie av programmet, og heller ikke fra de andre sentrale britiske programmene, ONE Advisory Service og Pathways to Work (Clayton m.fl. 2011:5).

varigheten av arbeidsdeltakelsen (Campbell m.fl. 2011). Det var heller ingen forskjell i effekten etter ulik sosiodemografisk status, kliniske forhold eller tidligere arbeidserfaring.

Brofossutvalgets rapport gjennomgår også litteraturen om reguleringstiltak (diskrimineringsvern, kvoteordninger og ansettelsesvern) rettet mot å øke sysselsettingen blant folk med nedsatt funksjonsevne. I Norden har disse tiltakene vært inspirert av lignende tiltak i USA og Storbritannia, og det er Sverige som har gått lengst i å innføre juridiske rettigheter og beskyttelse mot diskriminering i arbeidslivet, mens Norge ligger i en mellomposisjon mellom Sverige og Danmark, der sistnevnte har vært mer kritisk til regulering (Brofoss m.fl. 2012:138). Utvalget finner ingen studier av virkningene av reguleringspolitikken fra Norden. Studier fra USA har vist at sysselsettingen blant folk med funksjonshemminger holdt seg stabil eller sank litt etter innføring av loven der, men det er usikkert hvordan sysselsettingsratene ville utviklet seg *uten* loven (Brofoss m.fl. 2012:146). Det er også usikkerhet rundt hvordan loven er blitt møtt av arbeidsgivere, som kan bli forpliktet til høyere kostnader, og rettssystemet, som kan ha tolket loven annerledes enn hva som var dens intensjon. Heller ikke fra Storbritannia er det noen entydige resultater, men også her er det vanskeligheter med å skille ut effekten av antidiskrimineringsloven fra andre endringer i velferdssystemet og i arbeidsmarkedet for øvrig.

Stortingsmelding nr. 46 (2012-2013), «Flere i arbeid», viderefører, utvider og intensiverer arbeidslinja i tråd med de aktiviserende virkemidler som er gjennomgått over. En ønsker å øke antall arbeidsmarkedstiltaksplasser, å oftere gjennomføre tiltakene i det ordinære arbeidslivet, å øke kravene til egenaktivitet, mer bruk av gradering i utmålingen av de helse-relaterte ytelsene, og å bli flinkere til å hjelpe unge og personer med nedsatt helse i arbeid.

NAV- reformen

NAV- reformen hadde som målsetting «flere i arbeid, færre på trygd». Gjennom en samordnet sosialtjeneste, arbeidsevnevurderinger og individuelle planer skulle brukernes behov møtes mer effektivt, og «kasteballproblematikken» reduseres. Kvalifiseringsstønad og arbeidsavklaringspenger var to nye stønader som ble introdusert med NAV- reformen, der de nye prinsippene skulle settes ut i livet. Vi har ikke funnet litteratur om hvordan disse nye verktøyene har påvirket helsen til deltakerne, og heller ikke noe spesifikt om effekter på sysselsettingen blant folk med nedsatt arbeidsevne. To studier viser imidlertid at NAV- reformen som helhet hadde en negativ effekt på sysselsettingen det første året (Løvvik 2012, Schreiner 2012). Ettersom utrulling av reformen var en svært krevende administrativ oppgave som skapte effektivitetsproblemer ved NAV- kontorene og ofte lang saksbehandlingstid, er det usikkert om den negative effekten på sysselsettingen har vedvart.

8.6 Oppsummering og diskusjon

I dette kapittelet har vi sett at ulikheten i helse mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte er stor, og til dels voksende, særlig blant kvinner. Inkluderingen av folk med langvarig og

begrensende sykdom i arbeidsstyrken er blitt dårligere siden 80- tallet, og viser ingen tegn til bedring det siste tiåret. Det er en betydelig sosioøkonomisk ulikhet i sannsynligheten for å ikke være i arbeid blant mennesker med langvarige helseproblemer. Likevel er tilgangsratene til uføretrygd ganske stabile på lang sikt, og det samme gjelder sykefraværet blant menn. Blant kvinner har det vært en kraftig økning i sykefravær. Studier vi har presentert her viser at en betydelig del av sammenhengen mellom arbeid og helse antakelig skyldes helserelatert seleksjon inn og ut av arbeid. Samtidig viser studier at det kan være en kausaleffekt av arbeid på helse ved at tap av jobb fører til svekket helse, og at helsen bedres ved overgang til jobb.

Nøyaktig hva som fører til helseforverring blant dem som mister jobbene sine er usikkert, men flere studier antyder at helseatferd kan være en aktuell mekanisme (Eliassen og Storrie 2009, Black m.fl. 2012, Marcus 2012). Vi har imidlertid svært lite kunnskap om disse mekanismene. Vi har også lite kunnskap om hvordan ulike tiltak i den norske konteksten, slik som IA- avtalen og NAV- reformen, har virket på helsen i ulike sosioøkonomiske grupper eller i befolkningen som helhet. På dette feltet er det generelt stor mangel på effektstudier (Mykletun og Brinchmann 2013). Underlagsrapporten til Giæver (2013) viser at tiltaksområdet «arbeid og arbeidsmiljø» i strategien for å redusere sosiale helseulikheter er fulgt opp med mange innsatser, hvorav de viktigste på arbeidsområdet er gjennomgått i dette kapittelet. Indikatorene som var valgt på arbeidsområdet, andel sykmeldte tilbake i jobb ett år etter sykmelding og andel langtidsledige, viste en mulig forbedring i perioden 2007-2011.

Selv om gjennomgangen av tiltak har vist at mange tiltak kan ha effekt på sannsynligheten for å komme tilbake i jobb, er det kun grunnlag for en dempet optimisme hva angår en eventuell gevinst av disse tiltakene for sosiale ulikheter i helse. For det første: For at en overgang til arbeid skal være helsebringende, slik enkelte studier viser, er det en forutsetning at jobben er god. Det vil si at den gir økonomisk trygghet, forutsigbarhet og ellers har tilfredsstillende arbeidsmiljø. Vi vet ikke nok om hva slags jobber brukerne går til etter at de har vært i tiltak, og heller ikke hvordan helsen påvirkes.

For det andre: Effekten av mange av tiltakene gjennomgått her er ganske liten, og de bidrar tilsynelatende ikke til at en vesentlig større andel kommer i arbeid. Det er derfor ikke grunn til å tro at helseforbedringen av disse enkelttiltakene – en liten effekt av en liten effekt – vil øve noen betydelig innflytelse på helseulikhetene i Norge. Tiltaket som har størst effekt på overgang til arbeid, «Supported employment», er så vidt vi vet heller ikke effektevaluert i en norsk sammenheng. Mer strukturelle tiltak som hindrer utstøting og som hjelper unge til å få et fotfeste i arbeidslivet har slik sett større potensiale. For det tredje: En finsk studie fant at selv om tiltaksdeltakelse generelt var gunstig for mental helse, forsvant denne effekten om deltakelsen i tiltaket var et vilkår for å motta stønad (Malmberg-Heimonen og Vuori 2005). Det betyr at en storstilt aktiveringsstrategi som inkluderer bruk av vilkår ikke nødvendigvis vil være av det gode for helse og helseulikheter. Men også her vet vi i dag for lite.

Politikken på feltet bør derfor både bestå av tiltak som hindrer sosial ulikhet i utstøting fra arbeidslivet, og av tiltak som hjelper de med helseproblemer tilbake til jobb. Samtidig er det viktig at levekårene for dem utenfor arbeidslivet ivaretas.

8.7 Mål, anbefalinger og forskningsbehov

Mål

Målet er å redusere sosial ulikhet i helsereelatert sosial mobilitet inn og ut av arbeidsmarkedet, og å sørge for tilstrekkelig sosial og økonomisk trygghet blant dem som står utenfor arbeidsmarkedet.

Anbefalinger

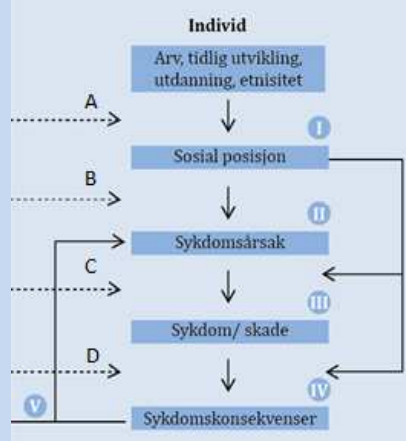
1. *Arbeidsrettede tiltak med dokumentert effekt.* Det er forskningsmessig grunnlag for å anbefale arbeidsrettede tiltak i ordinært arbeidsliv og bruk av gradert sykmelding. Studier indikerer at slike tiltak har en gunstig effekt på helsen, og det er temmelig robust kunnskap om at arbeid med oppfølging gir større sjanse for overgang til ordinært arbeid enn alternativene, også blant mennesker med tyngre psykiatriske diagnoser. Videreføring og utvidelse av programmer som lønnstilskudd, dagpenger under etablering av egen bedrift, ordinær utdanning og bedriftsintern attføring kan være eksempler på slike tiltak. Ikke *enhver* aktivitet eller jobb er sunn. En forutsetning er at jobben representerer økonomisk trygghet, god oppfølging og godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø.
2. *Tverretattlig koordinering og samarbeid.* Fordi gruppen utenfor arbeidsmarkedet er preget av sammensatte problemer er det viktig at de møtes med tiltak der en samarbeider på tvers av sektorer; NAV, helsevesen og utdanningssektoren. Videre er samarbeid mellom arbeidsgivere, leger og pasienten med henblikk på tilbakeføring til arbeid og tilrettelegging av arbeidsoppgaver når det gjelder personer med muskel- og skjelettlidelser hensiktsmessig. Det er derfor viktig at dette igangsatte arbeidet videreføres, og at en samtidig har et særlig fokus på hvordan jobbene til de med lav utdanning kan tilrettelegges.
3. *Sørge for økonomisk og sosial trygghet.* Det er ikke mulig å inkludere alle i ordinært arbeidsliv. Mennesker som blir stående utenfor arbeidslivet har behov for økonomisk og sosial trygghet. De som står langt fra arbeidslivet må sikres økonomiske stønader som er til å leve av og tilbys sosiale arenaer med meningsfulle aktiviteter for å motvirke sosial isolasjon og fallende selvfølelse og mestring.

Forskningsbehov

1. *Bredere kunnskap om effekter av arbeidsmarkedstiltak.* Vi trenger bedre og bredere kunnskap om hvordan arbeidsrettede tiltak virker på et bredere sett av utfall enn kun arbeid. Spesielt er det behov for å studere ulike helseutfall. Vi trenger mer kunnskap om hvordan tiltakseffektene varierer mellom ulike sosioøkonomiske grupper. Det anbefales at randomiserte kontrollerte forsøk og kvasiekperimentelle forskningsopplegg i økende grad tas i bruk og at det tilrettelegges for naturlige eksperimenter.
2. *Mer norsk forskning om sosial ulikhet, arbeid og helse.* Det er behov for norsk forskning som belyser kausalsammenhengen mellom arbeid og helse, det vil si forskning om hvordan overganger *fra arbeid til ulike former for ikke-arbeid påvirker helsen*, og om hvordan *overgang fra ikke-arbeid til arbeid eller annen aktivitet påvirker helsen*. Forskningen bør ha fokus på sosioøkonomiske forskjeller, og hvilke mekanismer som er virksomme.

9 Arbeidsmiljø

Med utgangspunkt i analysemodellen (figur 3.2) skal vi i dette kapittelet se på hvordan sosioøkonomisk posisjon leder til differensiell eksponering overfor helsepåvirkninger i arbeidsmiljøet (formidlingskjede II), men også hvordan differensiell sårbarhet kan spille en rolle (formidlingskjede III). Aktuelle intervensjonspunkter er særlig å bedre arbeidsmiljøet (intervensjonspunkt B) og redusere effekten som sykdomsårsaker i arbeidsmiljøet har på helse (intervensjonspunkt C).



9.1 Innledning

Formålet med dette kapittelet er å forstå hvordan og i hvilken grad arbeidsmiljøet bidrar til helseulikhetene. Først presenterer vi sosiale mønstre og utviklingstrekk i arbeidsmiljøfaktorer, samt hvordan disse påvirker helseulikhetene. Til slutt går vi gjennom relevant politikk, og hva som kan gjøres for å redusere sosiale helseulikheter gjennom å påvirke arbeidsmiljøet. Kapittelet bygger på en underlagsrapport skrevet av Ingrid Sivesind Mehlum.

Gjennom livsløpet tilbringer de fleste av oss betydelig tid på arbeidsplassen. Organiseringen av arbeidet, det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet og risikoen for arbeidsulykker blir derfor potensielt viktige årsaker til helse og uhelse i befolkningen. Yrke er også en helt sentral del av en persons sosioøkonomiske status, og fordi ulike yrker gir ulike vilkår for helsen, er arbeidsmiljø også en sentral faktor i å forstå sosiale helseulikheter – noen hevder at det er den viktigste (Bambra 2011:ix).

Likevel har ikke betydningen av arbeidsmiljøet fått den oppmerksomheten det fortjener innen forskningen på sosiale ulikheter i helse, verken i Norge (Mehlum 2013:4) eller internasjonalt. I følge Vincent Navarro er det et «umiddelbart behov for å endre fokuset av folkehelseforskning fra status og forbruk til arbeid og produksjon» (Navarro 2011:vii).

I Europeisk sammenheng er arbeidsmiljøet i Norge ganske godt, og det har også i det store og hele bedret seg de siste tiårene. Dette har både sammenheng med endringer i næringsstrukturen og en velutviklet arbeidsmiljøpolitikk med gode samarbeidsrelasjoner mellom myndigheter, fagforeninger og næringsliv (St. meld. 29 (2010-2011): kap.12-14). Sysselsettingen i industri og landbruk har gått vesentlig ned. Tall fra SSBs Statistikkbank viser

at reduksjonen i antallet sysselsatte industrien har vært på 26 prosent siden 1970, mens jordbruket sysselsetter 69 prosent færre i dag enn på syttitallet. Forretningsmessig tjenesteyting og arbeid i helsevesenet er bransjer som vokser sterkest, henholdsvis med 3,7 og 6 ganger økning i antall sysselsatte mellom 1970 og 2009.

Om en legger disse endringene til grunn kan en forvente at stadig færre er utsatt for tungt fysisk arbeid og eksponering overfor fysiske og kjemiske trusler mot helsen på arbeidsplassen. På den annen side kan andre helserisikoer ha blitt mer vanlig som følge av endringene i sysselsettingsstrukturen. Internasjonalisering og nye organiseringsformer av arbeid medfører kanskje også nye utfordringer, som økt konkurranse, økte krav til fleksibilitet, mer usikkerhet og intensitet, og høyere grad av eksterne krav fra kunder og brukere. Disse endringene har antakelig påvirket spekteret av arbeidsmiljøbelastninger som ulike sosioøkonomiske grupper eksponeres for. I dette kapittelet vil vi prøve å avdekke hvordan.

9.2 Arbeidsmiljøet: Mønstre og utviklingstrekk

Aktuelle arbeidsmiljøfaktorer kan deles inn i *organisatoriske forhold* (slik som ansettelsesforhold, omorganisering, jobb-usikkerhet, opplæring og informasjon), *arbeidstidsforhold*, *ergonomiske/mekaniske forhold*, *fysiske forhold* (slik som støy, støv, vibrasjoner, varme/kulde, kjemiske og biologiske eksponeringer) og *psykososiale forhold* (slik som kontroll over arbeidet, belønning, ansvar og krav). Det er ikke alle arbeidsmiljøfaktorer som er relevante for helseulikheter. Arbeidsmiljøfaktorene av betydning for sosial ulikhet i helse bør ha en påvist sammenheng med helse og sykdom, ha ulik forekomst i forskjellige sosioøkonomiske grupper, og ha en viss utbredelse.

Arbeidsmiljøfaktorene representerer, som vi ser det, i all hovedsak materielle og psykososiale forklaringer av helseulikhetene (se kapittel 4). Faktorene påvirker kroppen gjennom eksponeringer i vårt fysiske miljø – materielle forhold – og gjennom hvordan en opplever arbeidssituasjonen – psykososiale forhold. I tillegg kan arbeidet i enkelte tilfeller også sies å påvirke atferden vår, men kanskje oftest på måter vi ikke direkte velger selv. Eksempler på dette er døgnrytme hos skiftarbeidere, manglende fysisk aktivitet hos langtransportarbeidere, repeterende bevegelser hos butikkmedarbeidere, og tunge løft på pleiehjemmet.

I studier av arbeidsmiljøet er det ofte mest hensiktsmessig å benytte en sosioøkonomisk indikator som er basert på yrke, ettersom dette kan forventes å være en mer treffsikker inndeling med hensyn til eksponeringer overfor ulike arbeidsmiljøfaktorer. Utdanning er imidlertid et velegnet substitutt fordi hva slags yrke en får er avhengig av hvilken utdanning en har. Forutsetningen for en god yrkesbasert tilnærming er imidlertid at yrkesinndelingen evner å kategorisere yrker på en relevant måte. Relevante kriterier er at yrker innen en klasse reflekterer noenlunde tilsvarende ferdighetskrav, sosial status og arbeidsrelasjoner (ansvar, autonomi og type ansettelsesforhold) (Galobardes m.fl. 2006).

Ulempen ved en yrkesbasert inndeling er at en vanligvis bare vil kunne klassifisere de som har et yrke. Om vi ser på utviklingstrekk og fordeling av arbeidsmiljøbelastninger er ikke dette noe problem, men når vi skal se på betydningen for sosiale helseulikheter vil det ha betydning at de som ikke er i jobb er ekskludert fra analysene: Helsen i denne gruppen kan ha vært sterkt påvirket av tidligere arbeidsmiljø. Det er derfor en fare for at en underestimerer helseulikhetene på denne måten ved at frafallet av de med dårlig helse må forventes å være størst i yrker med hardest arbeidsmiljø (den såkalte «sunne arbeidereffekten», se Galobardes m.fl. 2006). En annen mulig ulempe ved en yrkesbasert tilnærming er den får et snev av sirkelforklaring. Ved en klassifisering der arbeidsmåter eller arbeidsrelasjoner er viktig kan det neppe være overraskende om en finner klare effekter av for eksempel autonomi og kontroll. Se underlagsrapporten til Mehlum (2013:4-8) for en presentasjon og diskusjon av ulike indikatorer på sosioøkonomisk posisjon innen arbeidsmiljøforskningen. I denne rapporten viser vi til studier som bruker ulike yrkesbaserte tilnærminger eller utdanningsnivå, alt etter hva som er tilgjengelig.

Organisatoriske forhold

Fordelingen av organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer for ulike utdanningsgrupper er vist i tabell 9.1 nedenfor. Særlig organisatoriske forhold som preger opplevelsen av risikoen for å miste jobben – hvor sikker jobben er – er av betydning for helse, og da spesielt psykisk helse og hjerte- og karsykdommer (Landsbergis m.fl. 2012). Stress medfører også risiko for å gjøre feil og utsette seg selv og andre for skaderisiko. I tabellen ser vi at midlertidige ansettelser er noe vanligere blant de med lav utdanning enn blant de med høy utdanning. Denne kategorien består imidlertid av 70 prosent unge voksne (17-24 år), hvorav omtrent halvparten betrakter seg selv som studenter/elever (Mehlum 2013:10). Andelen som mangler skriftlig arbeidskontrakt er tre ganger høyere blant de med lav utdanning enn blant dem med høy utdanning (ni prosent). Det er også en betydelig høyere andel i lavutdanningsgruppen som er usikker på om kompetansen deres er relevant om fem år, og som får liten eller ingen informasjon om viktige beslutninger.

Disse tallene viser at det er en skjevfordeling etter utdanningsnivå i arbeidsmiljøforhold som kan påvirke opplevelsen av hvor trygg jobben er, selv om noen av de organisatoriske forholdene er mindre eller omvendt skjevfordelt, slik som omorganisering, nedbemanning og innføring av ny teknologi uten tilstrekkelig opplæring. Jobb-usikkerheten er mindre skjevfordelt enn en kanskje skulle forvente, med 10-12 prosent blant de med fullført videregående eller kortere utdanning og ni prosent for dem med høyere utdanningsnivå, som rapporterer at de står i fare for å miste jobben. At risikoen for å ende opp som ufør som følge av nedbemanning er høyere blant lavt utdannede kan tyde på differensiell sårbarhet, det vil si at slike prosesser oftere medfører dårlig helse blant lavt utdannede (Fevang og Røed 2006). Men det kan også tyde på at mange i denne gruppen sliter med å komme inn i arbeidslivet igjen. At nedbemanningsprosesser påvirker helsen til dem som mister jobben finner imidlertid støtte i en norsk dødelighetsstudie (Rege m.fl. 2005).

Tabell 9.1 Organisatoriske arbeidsforhold (arbeidstilknytning, endringer, jobbusikkerhet), arbeidstidsdimensjoner og mekaniske eksponeringer (siste måned), etter utdanningslengde. Prosent blant yrkesaktive.

	Utdanningsnivå*				
	1 (lav)	2	3	4	5 (høy)
Organisatoriske arbeidsforhold					
Midlertidig, tidsbegrenset	14	6	8	10	10
Uten skriftlig ansettelses-kontrakt	9	8	6	3	3
Jobb-usikkerhet	12	11	10	9	9
Ikke sikker på om kompetansen er relevant om 5 år	13	11	6	3	3
Liten/ingen informasjon om viktige beslutninger	26	22	20	14	10
Innføring i ny teknologi uten tilstrekkelig opplæring	11	14	16	20	19
Omorganisering i egen avd.	16	22	24	30	30
Nedbemanning i egen avd.	18	18	18	19	17
Arbeidstid					
Faktisk arbeidstid (timer per uke, gj.snitt)	34,8 t	35,0 t	36,5 t	37,3 t	40,7 t
Deltid	39	33	25	23	11
45 timer eller mer ukentlig	14	14	17	18	31
Arbeid utenom dagtid	29	20	27	18	8
Nattarbeid	9	7	11	9	3
Kontaktet utenom arbeidstid ukentlig	30	24	34	35	31
Kravene på jobben forstyrrer privatlivet nokså/meget ofte	12	11	13	17	22
Mekaniske arbeidsforhold (minst 1/4 av tiden)					
Arbeide på huk eller knær	26	17	21	12	2
Løfte i ubekvemme stillinger	20	13	17	8	2
Daglig løfte 20 kg > 5 ganger	46	30	38	20	4
Arbeide stående	73	60	61	45	21
Arbeide med hendene over skulderhøyde	23	15	18	7	4
Arbeid framoverbøyd uten støtte	18	14	15	8	5
Arbeide med hodet bøyd fremover	25	23	23	20	15
Gjentatte hånd- eller armbevegelser	50	46	47	37	43
Daglig arbeid med dataskjerm og tastatur > 4 timer	23	34	38	54	75

* Utdanningsnivå: 1. Ungdomsskole eller lavere; 2. Videregående påbegynt; 3. Videregående fullført; 4. Universitet/høgskole inntil 4 år; 5. Universitet/høgskole > 4 år"

Kilde: NOA 2011. Tallene i tabellen er hentet fra tabell 3.2.4, tabell 3.2.12 og tabell 3.3.3.

Data fra SSB viser en nedgang i andelen som er midlertidig ansatt fra 1989 til 2009, men hele nedgangen skjedde mellom 1989 og 1996. En tilsvarende nedgang har det vært i andelen som mener at de er i fare for å miste jobben. Andelen som jobber uten skriftlig kontrakt er også blitt noe mindre siden 1996 (se Mehlum 2013:24).

Arbeidstidsforhold

En systematisk litteraturoppsummering har vist at skift- og nattarbeid øker risikoen for søvnforstyrrelser, hjerte- og karsykdommer, psykiske plager, og sannsynligvis også mageplager, muskel- og skjelettplager, brystkreft og svangerskapskomplikasjoner (Lie m.fl. 2008). Tabell 9.1 viser at nattarbeid er mer vanlig blant de som har utdanning opp til fire års høyere utdanning (7-11 prosent), mens kun tre prosent av dem med den høyeste utdanningen har nattarbeid. Arbeid utenom dagtid er også mer vanlig med lavere utdanningsnivåer. Også lange arbeidsdager kan ha helsekonsekvenser, men som tabell 9.1 viser er andelen som rapporterer 45 timer eller mer ukentlig høyest blant de med høy utdanning. Dette gjelder likevel også 14-17 prosent av de med lavere utdanningsnivåer. Andelen som arbeider nattarbeid har ikke endret seg vesentlig de siste ti årene, mens det har vært en økning fra hver femte til nesten hver fjerde arbeidstaker som arbeider skift/turnus (Mehlum 2013:24).

Ergonomiske forhold

Foruten ergonomiske arbeidsforhold som har med PC å gjøre, er det en sterk utdanningsgradient i ergonomiske arbeidsmiljøbelastninger (se tabell 9.1). Den samme gradienten finner vi om man bruker yrkesklasser heller enn utdanningsnivå. Det er 46 prosent blant dem med det laveste utdanningsnivået som daglig løfter 20 kilo eller mer oftere enn fem ganger daglig, mot 20 og fire prosent i de to høyeste utdanningsgruppene. Stående og ubekvemme arbeidsstillinger er også betydelig skjevfordelt, og slike faktorer er viktige årsaker til muskel- og skjelettplager (Knardahl m.fl. 2008). Utsatthet for tungt fysisk arbeid og arbeid med mye gåing og ståing er særlig utbredt blant faglærte menn og ufaglærte kvinner, der mer enn halvparten av arbeidstakerne har slike jobber. Og blant høyere underordnede funksjonærer, der blant annet sykepleiere kategoriseres, er det en betydelig høyere andel kvinner enn menn som har slike påkjenninger (Mehlum 2013:12). Siden 80- tallet har det ergonomiske arbeidsmiljøet generelt blitt bedre (Mehlum 2013:26). Et mulig unntak er gjentatte eller ensidige arm- og håndbevegelser. Bare de siste ti årene kan vi se en nedgang for flere ergonomiske faktorer, og spesielt blant håndverkere (Mehlum 2013:22).

Fysiske og kjemiske forhold²⁵

Fysiske eksponeringer, som støy, vibrasjoner, varme og kulde, kan ha betydning for helse. Støy kan medføre hørselsskader (Kirchner m.fl. 2012) og muligens også hjerte- og karsykdom

²⁵ Denne framstillingen er en mildt redigert versjon av Mehlum (2013: 12-14).

(Chang m.fl. 2013). Vibrasjoner med håndholdt verktøy kan gi hånd-arm vibrasjonssyndrom (HAVS), med skade på nerver og blodkar i hender og armer, mens helkroppsvibrasjon (f.eks. i anleggsmaskiner) øker risiko for rygg smerter (Knardahl m.fl. 2008). Arbeid i kulde påvirker også yteevne og helse, men dokumentasjonen er her noe mangelfull (Knardahl m.fl. 2010).

Menn er i mye større grad enn kvinner eksponert for slike arbeidsmiljøfaktorer. Tabell 9.2 viser den sosioøkonomiske fordelingen av fysiske arbeidsmiljøfaktorer etter både utdanning og yrkesklasse. Det er tydelige gradienter etter begge indikatorene, men sterkere for yrkesklasse ettersom denne gir mer homogene arbeidsmiljørelaterede kategorier enn utdanningsnivå. Det er verdt å merke seg at gradienten ikke er veldig gradvis, men at det er en betydelig terskel mellom «lavere underordnet funksjonær» (3), selvstendige (4) og arbeidere (5). Dette gjelder også for utdanningsindikatoren, der skillet går mellom de som har høyere utdanning og de som ikke har det.

Tabell 9.2 Prosentandel av yrkesaktive menn som er utsatt for visse fysiske arbeidsforhold minst en fjerdedel av arbeidsdagen, etter sosial posisjon basert på yrkesklasse (Erikson-Goldthorpe-Portocarero, EGP) og utdanningslengde.

Sosial posisjon	Antall		Støy		Vibrasjoner helkropp		Vibrasjoner hånd		Varme		Kulde	
	Yrke	Utdanning	Yrke	Utdanning	Yrke	Utdanning	Yrke	Utdanning	Yrke	Utdanning	Yrke	Utdanning
1	1629	571	3,8	1,2	1,4	0,4	1,7	0,4	2,5	1,2	5,1	1,4
2	746	1130	4,8	3,0	3,9	1,4	1,6	1,1	3,5	2,5	5,5	4,6
3	619	1758	7,1	16,1	6,3	10,4	5,3	10,0	8,6	9,2	12,4	22,4
4	279	440	16,1	16,6	19,4	9,8	11,5	10,9	6,5	7,3	33,7	21,1
5	1480	844	23,6	15,5	13,9	12,4	18,5	15,6	12,9	11,6	33,2	27,1
Alle menn	4753	4743	11,1		7,3		7,8		6,9		16,4	

* Sosial posisjon basert på:

Yrke: 1. Overordnet/akademiker/fagfunksjonær (EGP I-II); 2. Høyere underordnet funksjonær (EGP IIIa); 3. Lavere underordnet funksjonær (EGP IIIb); 4. Selvstendig næringsdrivende (EGP IV); 5. Faglært/ufaglært arbeider (EGP V-VII).

Utdanning: 1. Universitet/høgskole > 4 år; 2. Universitet/høgskole inntil 4 år; 3. Videregående fullført; 4. Videregående påbegynt; 5. Ungdomsskole eller lavere.

Kilde: Mehlum 2013, tabell 3.

Kjemiske eksponeringsfaktorer kan gi ulike sykdommer, bl.a. avhengig av eksponeringstype og eksponeringsvei (se tabell 9.3 nedenfor). Hudeksponering (hudkontakt med oljer, smøremidler eller skjærevæsker) kan gi eksem, men kan også føre til at stoffer tas opp i kroppen og kan gi systemeffekter. Visse eksponeringer via luftveiene (gass, røyk og damp) kan gi astma eller kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), andre kan gi løsemiddelskader eller kreft (Leira 2011).

Med hensyn til kjemiske eksponeringer har menn i større grad enn kvinner hudkontakt med oljer, smøremidler eller skjærevæsker og ser eller lukter støv, røyk, gasser eller damp. Kvinner har i større grad hudkontakt med rengjøringsmidler og vann, med til dels svært høy andel eksponerte blant selvstendig næringsdrivende og blant arbeidere. Mer enn halvparten av kvinnelige ufaglærte arbeidere har våtarbeid (61 %, i tabell 9.3, der de er slått sammen med faglærte arbeidere). Igjen er det snakk om tydelige sosiale gradienter.

Tabell 9.3 Prosentandel av yrkesaktive kvinner og menn som er utsatt for visse kjemiske arbeidsforhold minst en fjerdedel av arbeidsdagen, etter sosial posisjon basert på yrkesklasse (Erikson-Goldthorpe-Portocarero, EGP). Se operasjonalisering i tabell 9.2 ovenfor.

Sosial posisjon Yrkesklasse	Antall		Oljer, smøremidler		Rengjørings- / avfettingsmidler		Vann på huden flere ggr/time		Støv, røyk, gasser, damp	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
1	1629	936	1,9	0,3	2,5	5,2	3,8	8,7	2,9	2,7
2	746	1332	2,3	0,5	4,8	12	7,1	24,3	4	5
3	619	1504	4,2	2	10,5	19,4	18,9	38,1	9,9	6,4
4	279	102	12,5	5,9	13,3	13,7	25,4	37,3	24,7	13,7
5	1480	517	16,4	5,6	13	37,3	19	53,4	23,9	12,2
Alle	4753	4391	7,4	1,7	7,8	16,1	12,3	29,4	11,8	6

Kilde: Mehlum 2013, tabell 4.

Fysiske og kjemiske arbeidsmiljøfaktorer vi har data for over tid er blitt mindre utbredt siden 1989, med unntak av utsatthet for hudirriterende stoff (Mehlum 2013:25).

Psykososiale forhold

Et av de områdene som har vært hyppigst studert i relasjon til helseulikheter er det psykososiale arbeidsmiljøet. Det psykososiale arbeidsmiljøet handler om hvordan arbeidsmiljøet påvirker helsen gjennom følelser slik som opplevelsen av å bli verdsatt, følelsen av kontroll og medbestemmelse, stress og konflikt eller sosial støtte. Interessen for det psykososiale arbeidsmiljøet innen helseulikhetsforskningen har vært særlig inspirert av to innflytelsesrike teorier: innsats/belønning- teorien²⁶ og krav/kontroll- teorien. Begge teoriene har som sitt utgangspunkt at endringene i sysselsettingsstrukturen påvirker helsen og helseulikheterne på nye måter.

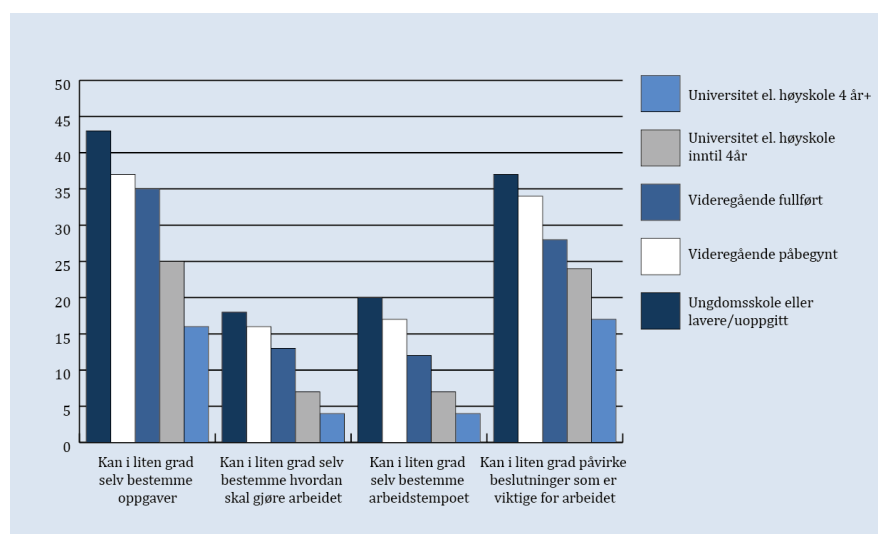
Krav/kontroll- teorien (Karasek 1979) antar at ulike kombinasjoner av krav som stilles til en ansatt og den autonomi/selvbestemmelse den ansatte har i jobben danner ulike psykososiale arbeidsmiljø. Den mest stressende situasjonen er hvis kravene er høye samtidig som arbeidssituasjonen er preget av lite kontroll over arbeidet – en belastende («high

²⁶ På engelsk heter teorien «effort/reward imbalance»- teorien, det er altså den mulige ubalansen mellom innsats og belønning som vektlegges.

strain») arbeidssituasjon. Opplevelsen av kontroll er her det avgjørende elementet som har potensial til å senke stressnivået gjennom følelse av mestring. Høye krav i kombinasjon med høy kontroll forventes ikke å være helseskadelig, og kan til og med forventes å være gunstig for helsen. Kontroll handler om å ha medbestemmelse over egne arbeidsoppgaver, men også om å få brukt og utviklet sine evner og ferdigheter (Siegrist og Theorell 2006:75). Sosial støtte er også blitt lagt til som en dimensjon i denne teorien.

Innsats/belønning- teorien fokuserer på gjensidigheten som preger ethvert arbeidsforhold. I bytte mot arbeid og slit mottar en goder fra arbeidsgiveren, slik som inntekt, selvfølelse, karrieremuligheter og økonomisk forutsigbarhet, og det forventes fra begge sider at det skal være balanse i bytteforholdet. Imidlertid er det flere kilder til *ubalanse* i forholdet mellom innsats og belønning i den ansattes disfavør som kan lede til stress og vonde følelser, og i siste instans til helseplager. For det første har ofte arbeidsgiver et forhandlingsovertak ved at tilbudet av jobber er begrenset samtidig som behovet for inntekt hos arbeideren er stort. Dette fører til at arbeidstakeren står i et *avhengighetsforhold* til arbeidsgiveren som gjør at han/hun vil akseptere lavere belønning enn om kontraktsforholdet var mer preget av gjensidig avhengighet. For det andre vil mange, kanskje spesielt tidlig i karrieren, akseptere en ubalanse mellom inntekt og belønning, dersom det er rimelig håp om en *gunstig karriereutvikling* («*strategic choice*»). Om denne utviklingen uteblir kan arbeidssituasjonen bli helseskadelig over tid. For det tredje vil en del mennesker være tilbøyelige til å *overprestere* i jobben («*overcommitment*») uten at innsatsen blir tilsvarende belønnet, og uten hensyn til egne mestringsressurser, noe som kan lede til utslitthet. Begge dimensjonene er vist å ha effekter på helse, spesielt psykisk helse, muskel- og skjelettlidelser og hjerte- og karsykdommer (Siegrist og Theorell 2006).

Figur 9.1 Prosentandel av sysselsatte som opplever lav kontroll på jobben, etter utdanningslengde.



Kilde: NOA 2011, figur 3.2.

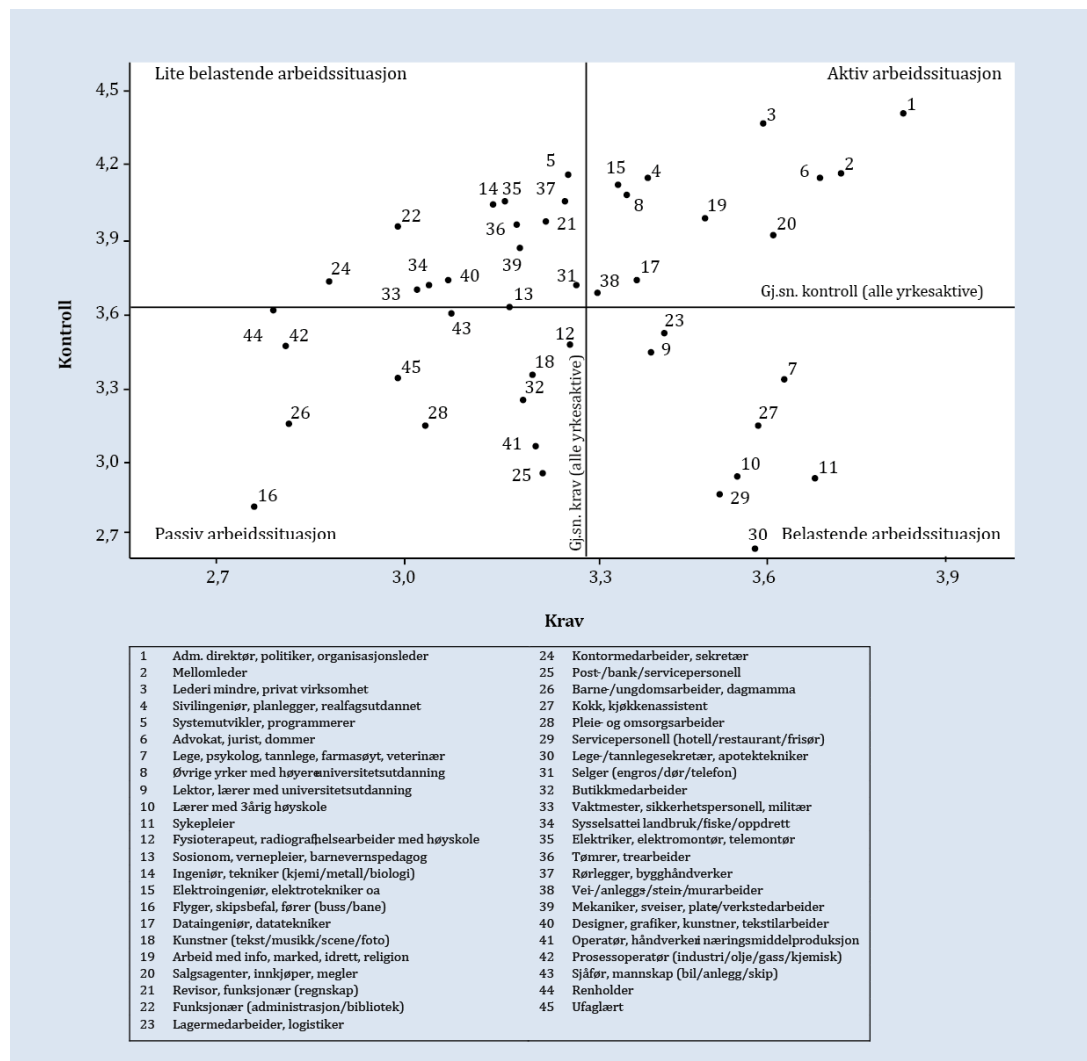
Figur 9.1 viser den sosiale fordelingen av fire dimensjoner av kontroll over arbeidet. Det er tydelige gradienter, der for eksempel nesten 40 prosent av de med grunnskoleutdanning rapporterer at de i liten grad kan påvirke beslutninger som er av betydning for arbeidet, mot ca. 17 prosent blant de med høyest utdanning. Hver femte med grunnskoleutdanning kan i liten grad selv bestemme arbeidstempoet, mot nesten hver åttende blant de med høyest utdanning. Særlig i hvilken grad en kan bestemme hvordan arbeidet skal gjøres har en sterk utdanningsgradient.

Om en ser på yrkesklasser blir gradientene enda tydeligere. Mehlum (2010) studerte jobbkontroll med data fra Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO). Blant ufaglærte menn var det rundt 56 prosent som hadde lav jobbkontroll sammenlignet med kun 12 prosent blant akademiske yrker og fagfunksjonærer. Kvinner hadde generelt høyere andeler med lav jobbkontroll enn menn innenfor samme yrkesklasse.

Figur 9.2 nedenfor viser ulike typer arbeidssituasjoner etter yrkesgruppenes gjennomsnittsskårer på krav og kontroll. Området øverst til høyre, med høye krav og høy jobbkontroll regnes for å være helsemessig mest gunstig, og betegnes som en «aktiv arbeidssituasjon». Den mest ugunstige kombinasjonen er den nederst til høyre, med høye krav og lite jobbkontroll, og denne situasjonen betegnes derfor som belastende («job strain»). Yrkene som befinner seg i denne kategorien er pleie- og omsorgsarbeidere og (tann)legesekretærer, men også yrker med høyskoleutdanning som lærer og sykepleier. Yrkesgruppene i den mest fordelaktige situasjonen er, blant annet, ledere og jurister.

Andre psykososiale forhold, slik som manglende sosial støtte og hjelp fra kolleger eller overordnede er i liten grad sosialt skjevfordelt (Mehlum 2013:17). Det er heller ikke store forskjeller mellom yrkesgrupper i opplevelsen av å få respekt og anerkjennelse for sin innsats og prestasjoner på jobben. De sosiale forskjellene i ubalanse mellom innsats og belønning ser ut til å være mindre i Norge enn i andre land (Lau 2008, Mehlum 2013:18). Dette kommer av at de aller fleste i ulike yrkesgrupper føler at de får den anerkjennelsen de fortjener. Blant politikere og ledere gjaldt dette 90 prosent, blant håndverkere 86 prosent, og blant operatører og sjåførere 81 prosent. Opplevelsen av at det å gjøre feil kan få konsekvenser for andres liv og helse er derimot betydelig høyere i salgs- og serviceyrker, og blant håndverkere og operatører, enn blant ledere og politikere. En slik jobbsituasjon kan føre til høye opplevde krav.

Figur 9.2 Yrkesgrupper i fire ulike typer arbeidssituasjoner, etter yrkesgruppens gjennomsnittskårer på krav og kontroll.



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2006, SSB. Figuren er hentet fra NOA 2008, Figur 8.

Det er usikkert i hvilken grad utsatthet for ugunstige psykososiale forhold er blitt mer eller mindre vanlig over tid i Norge. Dette skyldes både tilgjengelighet av data og at det er komplisert å sammenligne yrkesklasser over tid på grunn av endringer i sysselsettingsstrukturen (for en diskusjon, se Mehlum 2013:23-24). Sammenligninger av Levekårsundersøkelsene fra 1993 og 2009 kan tyde på en økning i de sosiale ulikhetene i andelen som sier at de kan bestemme når de vil ha pauser fra arbeidet. Dette skyldes en økning blant høyere funksjonærer fra 62 til 78 prosent, og en nedgang blant ufaglærte arbeidere fra 58 til 53 prosent. Mellom 1989 og 2009 har det ikke vært noen vesentlig endring i andelen som opplever å bli ertet eller plaget, eller som opplever seksuell trakassering, mens det ser ut til å ha vært en nedgang i konfliktnivået mellom ansatte og ledelse (Mehlum 2013:26).

Norsk arbeidsmiljø i europeisk sammenheng

Det er betydelig usikkerhet knyttet til å sammenligne data om arbeidsmiljøet på tvers i Europa. Dette handler både om representativitet, om reliabilitet og om oversetting av spørsmål. For en diskusjon, se Mehlum (2013:27).

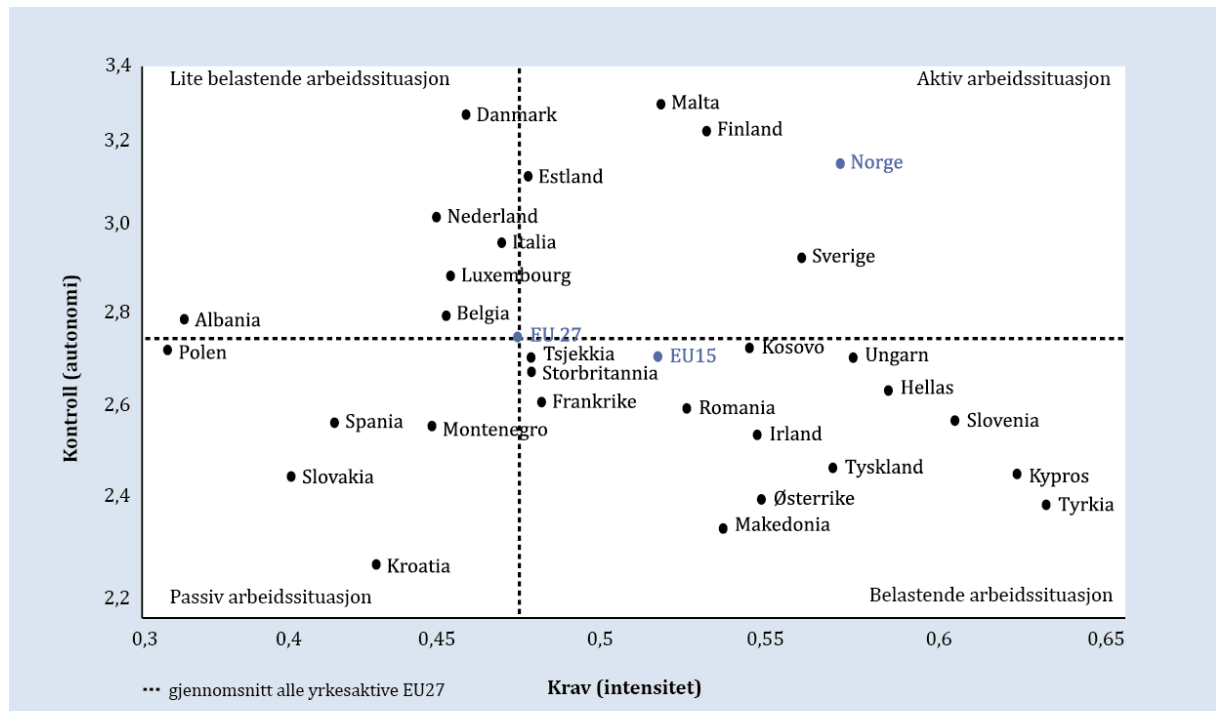
Norge er blant de landene hvor lange arbeidsdager (mer enn 10 timer) i inntil 10 dager i måneden er mest utbredt. Likevel er ukentlig arbeidstid og omfanget av lange arbeidsuker (48 timer eller mer) under det europeiske gjennomsnittet, noe som skyldes at mange også jobber deltid. Andelen kvinner som arbeider deltid er 43 prosent i Norge, mot 32 prosent i EU, ifølge Den europeiske arbeidsmiljøundersøkelsen (European Working Conditions Survey 2010). Norske arbeidstakere skiller seg ut i Europa ved at over 90 prosent oppgir at arbeidstiden passer veldig godt eller godt til familiære og sosiale forpliktelser (Mehlum 2013:31).

Organisatoriske endringer, som innføring av nye prosesser, ny teknologi, og omstruktureringer, er vanligere i Norge og de andre nordiske landene enn i Europa for øvrig. Dette har imidlertid ikke gått på bekostning av medbestemmelse: Norske arbeidstakere opplever oftere enn arbeidstakere i de fleste land at de får delta i utviklingen av organisasjonen de arbeider i og sitt eget arbeid (Mehlum 2013:31). Den sosiale støtten på arbeidsplassen fra kollegaer og ledere er også høy i europeisk sammenheng.

Jobbkontroll/jobbkraft-balansen i Norge skiller seg ut som en av Europas gunstigste (se figur 9.3). Også Finland og Sverige har en relativt gunstig plassering her, mens Tyrkia, Kypros og Slovenia kommer dårligst ut. Tyskland og Østerrike kommer heller ikke særlig godt ut i denne sammenligningen.

Andelen norske arbeidstakere som rapporterer at arbeidsdagen er styrt av kunder, pasienter og lignende er også Europas høyeste, 80 prosent. I Storbritannia og Irland er det også mange som rapporterer om dette, mens andelen er lave i flere østeuropeiske land. Andelen som opplever at arbeidsdagen styres av den automatiske hastigheten til en maskin er derimot blant Europas laveste.

Figur 9.3 Plasseringen av Norge, andre enkeltland, EU15 og EU27 i henhold til fire ulike arbeidssituasjoner basert på dimensjonene jobbkrav og kontroll.



Kilde: Aagestad 2012, Figur 6.11.

Eksposering for biologiske, kjemiske og ergonomiske helsetrusler på jobben er mindre systematisk fordelaktig, men samlet sett er situasjonen i Norge mer gunstig enn gjennomsnittet for Europa, men mindre gunstig enn i Nederland, Danmark og Storbritannia (Mehlum 2013:34). Mye av de internasjonale forskjellene vist her skyldes ulik næringsstruktur i ulike land.

For å oppsummere: I dette avsnittet har vi sett at innen alle typer arbeidsmiljøforhold er det en sosial gradient, men at disse er særlig tydelige for fysiske, kjemiske og ergonomiske faktorer. Andelene som blir eksponert for slike faktorer er imidlertid nedadgående, men likevel er det i dag betydelige andeler i lavere sosioøkonomiske grupper som er utsatt for slike påkjenninger. Om ulikhetene er mindre innenfor psykososiale arbeidsmiljøforhold, er disse til gjengjeld mer utbredt. I lavere sosioøkonomiske klasser er det for eksempel mellom 40-56 prosent som har lite kontroll over jobben sin. Likevel viser europeiske sammenligninger at arbeidsmiljøet i Norge er ganske bra, særlig på det psykososiale området.

9.3 Hva betyr arbeidsmiljøet for helseulikhetene?

Hva arbeidsmiljøet har å bety for helse og helseulikheter er et komplisert spørsmål. Den kausale sammenhengen kan for en rekke lidelser og sykdommer inntreffe med en betydelig forsinkelse, og dessuten ha flere ulike årsaker (bakenforliggende og medierende). Det er heller ikke mulig å skille en arbeidsrelatert astma eller lungekreft fra andre tilfeller ut i fra kjennetegn ved sykdommen i seg selv.

Dessuten står en også her overfor problemer med seleksjon: enten ved at mennesker med dårlig helse sorteres inn i dårligere jobber (direkte seleksjon), eller ved at mennesker med bestemte personlighetstrekk og evneprofiler både har en tendens til å få dårlige jobber og dårlig helse (indirekte seleksjon) (se også kapittel 4 og Mehlum 2013:51-53). Gode studier av slike sammenhenger forutsetter derfor både gode longitudinelle data (gjørne over livsløpet) og en adekvat metodisk tilnærming (se kapittel 3). En studie av tyske paneldata som benytter fast effekt- modeller finner at en økning i jobbtillfredshet bedrer helsen, målt med både subjektive og objektive helsemål (Fischer og Sousa-Poza 2009). En amerikansk longitudinell studie som fulgte folk over tre tiår fant at stabil jobbusikkerhet påvirket generell helse negativt og økte depressive symptomer (Burgard m.fl. 2009). Tilsvarende finner en annen amerikansk panelstudie at akkumulert fysisk arbeidsmiljøbelastning (tungt arbeid og utsatthet for ekstreme temperaturer/fukt) påvirker helsen negativt (Fletcher m.fl. 2011). Styrken til den første av disse studiene er at analysemetoden utelukker påvirkningen fra faste personegenskaper, slik som for eksempel personlighet eller rapporteringstilbøyeligheter, mens de to andre studiene kontrollerer for tidligere helsestatus og en rekke andre faste og varierende variabler.

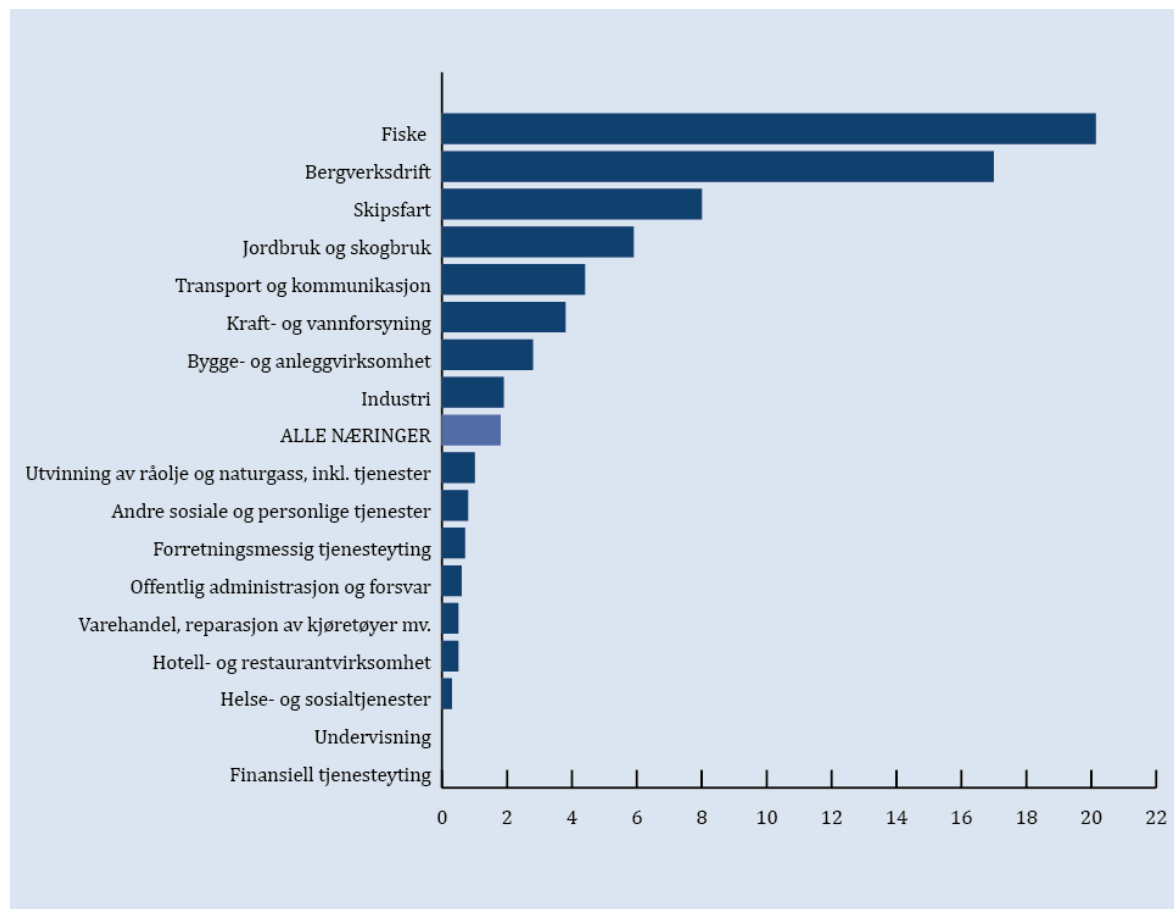
Et annet element relatert til helseulikheter er at helsekonsekvensene av å bli utsatt for en gitt arbeidsmiljøfaktor kan variere med sosioøkonomisk status, det vil si at det er snakk om differensiell sårbarhet (Landsbergis m.fl. 2012; Hoven og Siegrist 2013). Denne mekanismen omtales i et eget avsnitt nedenfor.

De fleste studier av arbeidsmiljø og helse er tverrsnittundersøkelser, det vil si at de er mindre egnet til å identifisere en kausaleffekt. Få studier har også tilstrekkelig informasjon om bakenforliggende og mellomliggende variabler. Studier av hvordan helse og sosial posisjon i oppveksten påvirker helseulikhetene i voksen alder, sammenlignet med betydningen av arbeidsmiljøfaktorer, antyder imidlertid at arbeidsmiljøfaktorene er viktigere (Marmot m.fl 1997, Brunner m.fl. 2004, Siegrist og Theorell 2006). De longitudinelle studiene står heller ikke i motstrid til funnene i forskningsfeltet som helhet, selv ved kontroll for faste personegenskaper og ved å studere endringsammenhenger (Fischer og Sousa-Poza 2009). Dette styrker også det sosiale determinant- perspektivet på helseulikheter (se kapittel 2), selv om det her er behov for flere studier - også fra Norge.

Arbeidsskader og arbeidsrelatert sykdom

En av de helsekonsekvensene av arbeidsmiljøet som er lettest å identifisere er skader eller død som følge av arbeidsulykker. Tall fra de arbeidsmedisinske avdelingene (institusjoner som utreder sannsynligheten for at en antatt arbeidssykdom eller -skade virkelig er det), viser at antall pasientsaker er høyest blant håndverkere, maskinoperatører/transportarbeidere og service- og omsorgsyrker (Mehlum 2013:37). Tallene er betydelig høyere for menn enn for kvinner. I yrker uten krav til utdanning og i de fleste yrkesgruppene som krever høyere utdanningsnivå er antallet temmelig lavt. Disse tallene samsvarer med selvrapportert risiko for yrkesskade i Levekårsundersøkelsen. Som man kan lese av figur 9.4 nedenfor gjenspeiles dette langt på vei også i arbeidsskadedødsfall, der risikoen per 100 millioner arbeidstimer er betydelig høyere i primærnæringene (fiske, bergverksdrift skipsfart, jordbruk og skogbruk) og innen transport, kraftforsyning og bygg- og anlegg enn innen tjenesteyting og i yrker som krever høyere utdanningsnivå. Selv om kvaliteten på disse dataene generelt er god er det blitt vist at det er mangelfull registrering av spesielt veitrafikk-/transportulykker (Wergeland m.fl. 2009).

Figur 9.4 Arbeidsskadedødsfall per 100 millioner arbeidstimer 2006–2009, etter næring.



Kilde: NOA 2011: Figur 4.4.2

En studie av nye uføretrygdede som følge av ulykker (7241 i perioden 1992-1997) fant at 33 prosent av disse var yrkesskader (Lund og Bjerkedal 2001). Lavere funksjonærer hadde 3-4 ganger høyere risiko for arbeidsrelatert uførhet enn høyere funksjonærer, og mest utsatt var arbeidere innen gruvedrift og industri. En annen studie av arbeidsskader blant besøkende til Legevakten i Oslo viste at håndverkerne var spesielt utsatt. Polititjeneste- menn, lagerarbeidere, kokker, vektere og sjåførere var også utsatt (Gravseth m.fl. 2003).

Selvrapporterte arbeidsrelaterte plager

Selvrapportert arbeidsrelaterte sykdommer eller plager kan også være en god kilde til informasjon, selv om det er en tendens til at slike plager blir underrapportert, spesielt blant de med lavere sosioøkonomisk posisjon (Mehlum m.fl. 2005). Data fra Levekårsundersøkelsene viser at det er en klar utdanningsgradient i rapporteringen av opplevd arbeidsrelaterte smerter i nakke/skulder, rygg og ben, men mindre tydelig i arm og hode. Arbeidsrelaterte psykiske helseproblemer var imidlertid ganske likt fordelt over utdanningsgruppene (Mehlum 2013:41). Gradienten gjenfinnes også for luftveisplager og hørselsplager. For eksempel er det 4-6 prosent som rapporterer hørselsplager som gjør det vanskelig å følge en samtale når flere er samlet blant de som har videregående opplæring eller kortere utdanning mot 1-2 prosent blant de med lengre utdanning (Mehlum 2013:42).

Studier av formidlingseffekter

For å finne ut om arbeidsmiljøet er av betydning for helseulikhetene er det ikke tilstrekkelig å se på den sosiale fordelingen av arbeidsmiljøfaktorer eller på sosiale ulikhet i rapporteringen av arbeidsrelaterte plager og skader. De sosiale helseulikhetene er noe som eksisterer på befolkningsnivå, og for å danne seg et inntrykk av om og hvor mye arbeidsmiljø har å si for disse må en gjøre formidlingsanalyser: altså studere hvor mye av sammenhengen mellom sosial posisjon og helse som formidles gjennom arbeidsmiljøfaktorer. Det finnes en del internasjonale oversikter om dette emnet (f.eks. Siegrist og Theorell 2006, Huisman m.fl. 2008, Clougherty m.fl. 2010, Landsbergis 2010, Landsbergis m.fl. 2012, Hoven og Siegrist 2013). Noen eksempler og hovedtrekk fra enkelte av disse presenteres her.

Mange studier har funnet sterke gradienter for muskel- og skjelettlidelser og at særlig fysiske arbeidsmiljøfaktorer bidrar til å forklare disse. Tverrsnittundersøkelser finner at fysiske arbeidsmiljøforhold forklarer mellom 50 og 90 prosent av forskjellene (Melchior m.fl. 2006, Aittomäki m.fl. 2007). En longitudinell studie (Melchior m.fl. 2005) fant at fysiske og psykososiale faktorer forklarte ca. 25 prosent av den sosiale gradienten i muskel- og skjelettsykefravær. Den forklarte forskjellen var større for menn (42 prosent) enn for kvinner (15 prosent).

En longitudinell studie (Marmot m.fl. 1997) av Femårsinsidens av hjertesykdom fant at en større del av de sosiale helseforskjellene ble forklart av lav jobbkontroll (ca. 60 prosent) enn

av tradisjonelle risikofaktorer som røyking, kolesterol, BMI, høyt blodtrykk og fysisk aktivitet, som forklarte 26 prosent blant kvinner og 40 prosent blant menn.

Dette funnet reflekteres delvis i en longitudinell studie av selvrapportert generell helse (Borg og Kristensen 2000). Her fant man at BMI og røyking til sammen forklarte 17 prosent av de sosiale helseulikhetene, mens arbeidsmiljøfaktorene, psykososiale, ergonomiske, kjemiske, klimatiske og fysiske, til sammen forklarte 66 prosent. Sterkest blant disse var ergonomiske forhold, mens selvbestemmelse kun forklarte 7 prosent. Den forklarte andelen av helseulikhetene er generelt større for tverrsnittstudier enn for longitudinelle studier (Hoven og Siegrist 2013).

Det finnes også flere norske studier. Elstad (2003) studerte betydningen av helsemessige forhold tidlig i voksenlivet, livsstil som voksen og arbeidsmiljø for variasjonen i allmenn helsetilstand gjennom yrkeslivet. Helsen som ung og arbeidsmiljøet var begge viktige, mens livsstil hadde minimal betydning. En annen studie har undersøkt hva som fører til sosiale ulikheter i risikoen for å bli ufør i Nord-Trøndelag (Hagen m.fl. 2002, 2006). Arbeidsforhold bidro her mest til å forklare sammenhengen mellom utdanningsnivå og uførerisiko for menn, mens yrkesklasse, arbeidsforhold og livsstil var like viktige blant kvinner. Internasjonalt har en rekke studier vist at arbeidsmiljøfaktorer har større betydning for helseulikhetene en livsstil (Marmot m.fl. 1997, Borg og Kristensen 2000, Hagen m.fl. 2006, Christensen m.fl. 2008).

En nyere studie av uførerisiko fra Bergen (Haukenes m.fl. 2011) fant at arbeidsrelaterte faktorer forklarte omtrent 25 prosent av de sosiale forskjellene mellom høyeste og laveste yrkesklasse. Særlig viktig her var fysiske jobbkrav og jobbkontroll. Hansen og Ingebrigtsen (2008) fant i en tverrsnittsundersøkelse (levekårsundersøkelsene) at det fysiske arbeidsmiljøet var en viktig forklaring på klasseforskjeller i sykefravær, mens dette ikke gjaldt psykososiale forhold (til tross for at disse var tydelig forbundet med en økt risiko for sykefravær). Mehlum (2008) undersøkte klasseforskjeller i korsryggsmerter, og smerter i nakke/skuldre og armer i aldersgruppen 30-45 i Oslo (HUBRO). For korsryggsmerter hadde fysiske jobbkrav størst betydning, mens for smerter i nakke og skulder var selvbestemmelse viktigst.

Differensiell sårbarhet

I følge den generelle modellen for sosiale ulikheter som vi presenterte i kapittel 3 kan sosiale helseulikheter ikke bare oppstå som et resultat av ulike påkjenninger (differensiell eksponering), men også som følge av at en gitt påkjenning kan ha forskjellig effekt i ulike sosioøkonomiske grupper (differensiell sårbarhet). Slik sårbarhet kan skyldes ulik motstandskraft mot påkjenninger som personer i ulike sosiale lag innehar. Det er mange forskjellige forhold som kan være av betydning for motstandskraften, for eksempel underliggende helseressurser, kognitive mestingsressurser, materiell ressurser og trygghet.

Det kan også oppstå samspill mellom ulike arbeidsmiljøfaktorer i tillegg til den rene effekten av hver enkelt faktor (opphepningseffekter) på helse. En slik teoretisk modell er også plausibel innenfor studiet av arbeidsmiljø og helseulikheter (Landsbergis m.fl. 2012:2). Funn fra en litteraturoppsummering viser at jobb-usikkerhet, arbeidssituasjoner med lav kontroll og høye krav, og dårlig balanse mellom innsats og belønning påvirker i sterkere grad opplevelsen av arbeidssituasjonen og en rekke helseutfall blant personer fra lavere sosioøkonomiske grupper. Studiene var imidlertid ikke entydige, ettersom andre studier ikke fant noen slik sammenheng, eller til og med en omvendt sammenheng (Landsbergis m.fl. 2012). En annen fersk studie oppsummerte longitudinelle studier om betydningen av psykososialt og fysisk arbeidsmiljø for helseulikheter. Den fant ingen studier om differensiell sårbarhet overfor fysiske og kjemiske arbeidsmiljøfaktorer. For psykososiale arbeidsmiljøfaktorer var det derimot noen studier som undersøkte dette, og som fant en økt sårbarhet i lavere sosioøkonomiske grupper, men også her sprikte funnene en del (Hoven og Siegrist 2013).

For å oppsummere: Vi har her sett at arbeidsulykker er betydelig skjevfordelt, og dette er særlig knyttet til utsatte bransjer/yrker, slik som primærnæringene og bygg- og anlegg. Selvrapporing av arbeidsrelaterte lidelser er også sosialt skjevfordelt, mens det samme er gjeldende i liten grad for psykiske plager. For muskel- og skjelettlidelser har fysiske arbeidsmiljøforhold stor betydning, mens lav jobbkontroll forklarer mye av den sosiale ulikheten i hjertesykdom og selvrapportert generell helse. Sett opp mot andre forklaringer av helseulikheter, som for eksempel helsevaner, konkluderer de fleste studiene med at arbeidsmiljøet samlet sett er viktigere, og kanskje særlig for menn.

9.4 Politikken på feltet

Arbeidsmiljøet reguleres av arbeidsmiljøloven, og følges opp av ulike tilsynsetater: Arbeidstilsynet for landbasert virksomhet, Petroleumstilsynet for offshorevirksomhet og oljeanlegg på land, Luftfartstilsynet for luftfartsvirksomhet og Sjøfartsdirektoratet for sjøfart. Militær luftfart, fangst og fiske og sjøfart er ikke omfattet av loven, og enkelte virksomheter er unntatt fra deler av den.

Sett opp mot internasjonale anbefalinger (CSDH 2008) for å redusere helseulikheter gjennom forebyggende arbeid på arbeidsmiljøområdet, gjør vi i Norge mye riktig. Likevel bidrar arbeidslivet stadig, som vi har sett, med et vesentlig bidrag til at de sosiale helseulikhetene opprettholdes. Vi har også sett at det er store sosiale ulikheter i eksponering for potensielt helseskadelige arbeidsmiljøfaktorer. Formålet med dette avsnittet er å gå gjennom relevant politikk for å svare på hva vi gjør, hva vi kan gjøre mer av, og hva vi kan gjøre annerledes innenfor arbeidsmiljøområdet.

Arbeidsmiljøloven

Dagens arbeidsmiljølovgivning fra 2006 bygger i store trekk på lovens utforming fra 1977, som kom til som en erstatning for arbeidsvernloven av 1956. Dagens lovgivning omfatter ikke bare kjemisk og fysisk arbeidsmiljø og sikkerhet, men også det psykososiale arbeidsmiljøet. I revisjonen fra 2006 er det i tillegg lagt større vekt på likebehandling, behov for tilrettelegging, samt helsefremmende og inkluderende arbeidsliv. Arbeidsmiljølovens krav skal ivaretas i arbeidslivet gjennom blant annet arbeidstidsbestemmelser, verneombud, arbeidsmiljøutvalg og systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS). Bedrifter med spesielle risikoforhold har plikt til å ha en bedriftshelsetjeneste som er godkjent av arbeidstilsynet. Arbeidsgivere har videre plikt til å gjennomgå opplæring i HMS-arbeid, legge forholdene til rette for varsling, og vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant arbeidstakerne.

Arbeidsmiljøloven dekker dermed de fleste områder av relevans for arbeidstakernes helse, og må derfor kunne sies å være ganske god. Loven har ikke noe eksplisitt mål om å redusere sosiale ulikheter i helse, selv om det – teoretisk sett – ville bli utfallet om en lyktes med å regulere bort all yrkesrelatert helseskade. Likevel er en avhengig av at den faktisk blir fulgt for at dens potensial for å beskytte arbeidernes helse skal være optimal.

Arbeidstilsynet

Det er arbeidstilsyn(ene) som skal påse at loven følges. Det er imidlertid ikke praktisk gjennomførbart å følge opp alle virksomheter. Arbeidstilsynet har med sine 467 årsverk i ytre etat nesten to ansatte til å drive tilsyn per 10 000 sysselsatte. Dette er godt over minimumskravet på minst én per 10 000 arbeidere, som anbefales av den internasjonale arbeiderorganisasjonen (ILO) (NOA 2011). Arbeidstilsynets strategi, på bakgrunn av sine begrensede ressurser, er å kontrollere oftere næringene som statistisk sett har høyest risiko for skader og sykdom, såkalt «risikobasert tilsyn». I tillegg følger de opp enkeltbedrifter der en er blitt kjent med at det er problemer. Dette kan være som følge av meldinger fra ansatte, verneombud eller legemeldinger om arbeidsrelatert sykdom. Bygge- og anleggsvirksomhet, industri og overnattings- og serveringssteder er de næringene som fikk flest tilsyn i 2009: Henholdsvis 16, 14 og 13 prosent i disse næringene fikk tilsyn. Dette er også bransjer med yrker som går igjen i statistikken over belastende arbeidsmiljøfaktorer, arbeidsrelaterte helseskader og arbeidsskader, og der mange av de som rammes har lavere sosioøkonomisk posisjon. Det er rimelig at dette arbeidet således bidrar til å redusere helseulikhetene, selv om dette ikke er et uttalt mål fra Arbeidstilsynets side. Arbeidstilsynet driver også med omfattende informasjons- og veiledningsarbeid.

Bedriftshelsetjenesten

Etter arbeidsmiljøloven plikter virksomheter som innehar spesielle arbeidsmiljømessige risikoforhold å ha en bedriftshelsetjeneste som er godkjent av Arbeidstilsynet. Bedriftshelsetjenestens oppgaver er å bistå arbeidstakere og arbeidsgivere, samt

arbeidsmiljøutvalg og verneombud, med å skape sunne og trygge arbeidsmiljøforhold. Bedriftshelsetjenesten skal ha en uavhengig rolle i sitt arbeid. For å bli godkjent av Arbeidstilsynet må bedriftshelsetjenesten ha faglig personale som er i stand til å gi rådgivning innen kompetanseområdene arbeidsmedisin/arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, og systematisk HMS- arbeid (Arbeidstilsynet 2014). Den skal videre ha et faglig personale som dekker minst tre årsverk totalt og med minimum 30 % av et årsverk innenfor arbeidsmedisin, yrkeshygiene, ergonomi og psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø.

Avtalen om et inkluderende arbeidsliv²⁷

IA- avtalen ble inngått mellom myndighetene og partene i arbeidslivet første gang i 2001 (Arbeids- og administrasjonsdepartementet 2001). Den hadde som mål at sykefraværet skulle reduseres med minst 20 prosent, at flere med redusert arbeidsevne skulle komme i arbeid, og at den reelle pensjoneringsalderen skulle økes. IA- avtalen ble fornyet i 2005 og senere i 2010. IA-avtalen gjaldt frem til utgangen av 2013 (Arbeidsdepartementet 2010). De mer spesifiserte delmålene er:

1. At sykefraværet, målt i prosent av mulige arbeidsdager, skal reduseres med minst 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001 (dvs. ikke overstige 5,6 prosent på nasjonalt nivå).
2. Økt overgang til arbeid for dem som har vært sykmeldte i minst 13 uker (minst 70 prosent i arbeid fire uker senere), økt andel som starter opp yrkesrettet attføring i sykepengeperioden, og økt andel personer som kommer i arbeid blant personer registrert med nedsatt arbeidsevne.
3. At yrkesaktivitet for personer over 50 år forlenges med i gjennomsnitt seks måneder sammenlignet med 2009 (dvs. til 11,4 år yrkesaktivitet fra 50 års alder).

IA- samarbeidet foregår både på nasjonalt nivå og på den enkelte arbeidsplass. De bedrifter som har inngått IA- avtale, og derved har forpliktet seg til å arbeide for IA- målene, får tilgang til visse virkemidler. Samtidig følger det med forpliktelser for både arbeidsgiver, tillitsvalgte og verneombud, øvrige ansatte i virksomheten, og for NAV.

Siden lavere sosiale grupper har høyere sykefravær, vil mange IA- tiltak rettes mot personer i disse gruppene. Ettersom IA- avtalen da den ble evaluert (Ose m.fl. 2009) ikke hadde noen betydelig effekt på sykefraværet generelt er det imidlertid tvilsomt om den har redusert sosial ulikheter i sykefravær eller helse (se kapittel 8 for en nærmere presentasjon av evalueringen).

Spørsmålet her er imidlertid hvorvidt IA- avtalen har bidratt til å redusere betydningen av arbeidsmiljøforhold for sosiale helseulikheter. Hovedfokus i IA- avtalen har vært å redusere

²⁷ Se også kapittel 8 for mer om IA- avtalen og arbeidslinja.

sykefravær gjennom tiltak for å få sykmeldte tilbake i arbeid (sekundærforebygging), framfor tiltak for å hindre at arbeidstakere faller ut av arbeidet (primærforebygging) (Mehlum 2011). Eller, uttrykt på en annen måte: «raskere tilbake» fremfor «færre ut». En slik strategi vil ikke nødvendigvis påvirke hverken utstøting fra arbeidslivet, rekruttering av mennesker med nedsatt arbeidsevne, eller redusere koplingen mellom arbeidsmiljø og sosiale ulikheter i helse. Evalueringen fra SINTEF viste at målet om å inkludere flere med nedsatt arbeidsevne ikke ble nådd, og at det kanskje ikke heller ble arbeidet seriøst nok med dette målet fra bedriftenes side (Ose m.fl. 2009:70-73). Mehlum (2011) viser til internasjonal litteratur om evalueringer av tiltak på arbeidsplassene, med kartlegging av arbeidstakeres arbeids-situasjon og helse og påfølgende nødvendige tilrettelegginger, som har vist seg å være effektive.

Politiske dokumenter

Stortingsmeldingen «Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv» (St. meld. 29 (2010-2011)) tar for seg arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerhet i norsk arbeidsliv. Å begrense sosiale ulikheter er ikke nevnt i meldingen, til tross for at St. meld. 20 (2006-2007) om strategier for å utjevne helseulikheter spesifikt nevner arbeidsmiljø i bransjer med store arbeidsbelastninger som et satsingsområde. Tiltakene som St. meld. 29 (2010-2011) foreslår kan likevel tenkes å tjene dette formålet. Meldingen har et særlig fokus på å bedre arbeidsmiljøet i bransjer som er spesielt utsatt, for eksempel transport, bygg- og anlegg, landbruket gjennom styrking av helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet og bedring av partssamarbeidet (St. meld. 29 (2010-2011):317) (se under).

Fagforeningene og trepartssamarbeidet

Fagbevegelsen kan tilskrives en vesentlig historisk rolle i arbeidet med å sette arbeidsmiljøet på dagsordenen (Bjørnson 1993:227-238). Årene rundt og etter 1970 var preget av uro og fremvoksende krav til at industriproduksjonen ikke lenger kunne skje på bekostning av helse og miljø. I flere europeiske land arrangerte arbeiderne ulovlige streiker. I Finland og Sverige var det langvarige streiker, og dette skjedde også ved noen tilfeller i Norge. Misnøyen rettet seg ikke bare mot arbeidsgiverne, men også mot de lovgivende myndigheter, Arbeidstilsynet, arbeiderbevegelsens ledelse og mot fagforeningene internt. Stadig rasjonalisering av industriarbeidet, lite medbestemmelse, en autoritær ledelseskultur, og en flom av nye kjemiske midler i produksjonen, fremtvang sterkere regulering, mer aktivt tilsyn og et bredere syn på arbeidsmiljø, som inkluderte psykososiale- så vel som samfunns- og naturmiljøforhold, ifølge arbeidernes talspersoner. Den velvilje som kravene - tross alt - etter hvert ble møtt med av de som hadde makt over ulike sider av arbeidsmiljøområdet kan nok tilskrives både høykonjunkturen som gav arbeidsgiverne økonomisk armslag, og at fagforeningene selv kom aktivt på banen, ikke bare for å imøtekomme grasrotas krav, men også for å vinne legitimitet gjennom selv å være en pådriver i arbeidet for et bedre arbeidsmiljø. Fagforeningene var sentrale ved innføringen av verne- og miljøutvalg,

styrkingen av verneombudets myndighet og skolering, styrking av forskningsaktivitet, og tilsyn og endringer i lovgivningen.

Trepartssamarbeidet mellom myndigheter, fagforeninger og arbeidsgiverorganisasjonen har gitt norske arbeidstakere stor grad av medbestemmelse og innflytelse, og fremstilles også som et konkurransefortrinn (St. meld. 29 (2010-2011):169, 170). Gjennom forhandlingsretten, styrerepresentasjon, og innflytelse over egen arbeidssituasjon, sikres et demokratisk arbeidsliv. Likevel har Norge bare middels organisasjonsgrad, på rundt 52 prosent, mens Sverige, Danmark og Finland ligger rundt 70 prosent. Dette har antakelig sammenheng med at det er fagforeningene i disse landene som administrerer arbeidsledighetsforsikringen. I en komparativ studie av arbeidsmiljøinnsatser innen oljebransjen i Norge, Storbritannia og USA legges det vekt på at den tillitsbaserte reguleringen som kjennetegner Norge, og til en viss grad Storbritannia, kan være en effektiv form for regulering i en kontekst av langvarige og stabile relasjoner (Lindøe m.fl. 2012).

Tiltak mot sosial dumping²⁸

Økt arbeidsinnvandring har ført til problemer med «sosial dumping» i deler av arbeidslivet, dvs. at utenlandske arbeidstakere utsettes for brudd på HMS -reglene og tilbys lønn som er uakseptabelt lav. Høyere skadetall blant utenlandske arbeidstakere kan være et uttrykk for dårligere arbeidsforhold for denne gruppen. I 2006 ble det lansert en handlingsplan mot sosial dumping, med tiltak rettet mot arbeidsforholdene i en del utsatte bransjer, med mål om å sørge for ordnede lønns- og arbeidsvilkår for alle. Det kom en ny handlingsplan i 2009, og en tredje kom i 2012. Tiltakene dreier seg, blant annet, om styrking av Arbeidstilsynets og Petroleumstilsynets ressurser og sanksjonsmidler, tiltak for å skape ryddigere forhold når det gjelder inn- og utleie av arbeidskraft, og tiltak for sterkere kontroll og oppfølging av lønns- og arbeidsvilkår i de bransjer der tariffavtaler er allmenngjort. Andre tiltak er innføring av ID-kort i bygge- og anleggsbransjen og renholdsbransjen, regionale verneombud i hotell- og restaurantbransjen og informasjon om rettigheter til yrkesskadeforsikring. Den siste handlingsplanen legger også mer vekt på kontrolltiltak som skal sikre at reglene blir fulgt. En evaluering av handlingsplanene er foretatt ved FAFO (Eldring m.fl. 2011). Forfatterne bak rapporten finner det sannsynlig at flere av virkemidlene har hatt effekt, men at også mye kan gjøres bedre. Blant annet kan oppdragsgiverne stilles raskere til ansvar, og arbeidstilsynets samarbeid med Politiet, NAV og lokalt tillitsvalgte kan bli bedre.

Effekten av politikken på feltet

Mange studier indikerer at arbeidsforhold kan være en mediator mellom sosial posisjon og helse. Et viktig poeng i så måte, er at risikofaktoren kan være lettere tilgjengelig for intervensjon enn den sosiale ulikhetsstrukturen (Kristensen og Aalen 2013). Sosial posisjon

²⁸ Dette avsnittet er i sin helhet hentet fra Mehlums underlagsrapport (Mehlum 2013).

er det ikke så enkelt å endre på kort sikt, men et helsefarlig arbeidsmiljø bør det være mulig å gjøre noe med.

Det finnes en del intervensjonsstudier som har sett på effekten av arbeidsrelaterte intervensjoner på helse. Det finnes langt færre intervensjonsstudier som har sett på effekten av arbeidsrelaterte intervensjoner på sosiale ulikheter i helse. Men tiltak som retter seg mot dem som har det mest belastende arbeidsmiljøet, med den høyeste risikoen for sykdom og skader (dvs. hovedsakelig lavstatusyrker), og som viser seg å være effektive, vil nødvendigvis også ha betydning for sosiale ulikheter i helse, uansett om man klarer å måle det eller ikke. Det kan for eksempel være tiltak rettet mot arbeidsulykker, tunge løft, eller kjemikalieksposering på arbeidsplassene.

Arbeidstilsynet gjennomfører regelmessige kampanjer rettet mot spesielle arbeidsmiljøutfordringer i utvalgte bransjer, for eksempel tunge løft i alders- og sykehjem (kampanje i 1998 og 2000), belastninger i hjemmebaserte tjenester (tidspress, tunge løft og uheldige arbeidsstillinger, vold og trusler; kampanje 2002–2007), og kjemikaliekampanje 2003–2006, med tilsynsbesøk i 1700 virksomheter innenfor bilverksteder, verksted- og mekanisk industri, plastbåtindustri og grafisk bransje. Ved evaluering av slike kampanjer finner de gjerne at kunnskapsnivået i bedriftene har økt, mens arbeidsmiljøbelastningene er blitt redusert etter kampanjen. De fant for eksempel at det var nødvendig å gi langt færre pålegg om utbedring til sykehjemmene ved annengangsbesøk i 2000 enn ved førstegangsbesøk i 1998 (Wathne 2001).

Å måle effekten av langvarige eller mer permanente «tiltak», som arbeidsmiljøloven eller bedriftshelsetjenesten, kan imidlertid være mye vanskeligere enn å måle effekten av en tidsbegrenset kampanje med før- og etter- målinger.

Arbeidsmiljøtiltak som er vist å ha effekt på helse, er blant annet enkelte tiltak rettet mot arbeidsulykker (økt bevisstgjøring, økt kontroll over arbeidstempo, involvering av fagforeningsrepresentanter) og reorganisering av skiftarbeid (se for eksempel Bambra m.fl. 2010:286-7). Når det gjelder psykososialt arbeidsmiljø, har flere intervensjonsstudier sett på effekten av stressmestringsprogrammer, mens langt færre har studert effekten av endringer i arbeidsmiljøet. En review-undersøkelse fant at individfokuserede tilnærminger bare hadde effekt på individnivå, mens organisasjonsfokuserede tilnærminger hadde effekt på både individ- og organisasjonsnivå (Lamontagne m.fl. 2008). Økt jobbkontroll og autonomi er vist å ha positiv effekt på helse (Bambra m.fl. 2010:287), og spesielt psykisk helse, mens det er svakere dokumentasjon for en positiv effekt av reduserte jobbkrav og økt sosial støtte (Egan m.fl. 2007). Økt medvirkning og økt grad av belønning basert på personlig og organisasjonsmessig utvikling er også vist å være positivt (for mer detaljer, se Siegrist m.fl. 2009). Det er generelt få studier av hvordan arbeidsmiljøintervensjoner påvirker helseulikheter, men enkelte studier har funnet differensielle effekter av intervensjoner på arbeidsplassen, slik som team-arbeid og økt medbestemmelse/kontroll (Bambra 2010: 287-288).

9.5 Oppsummering og diskusjon

I dette kapitlet har vi sett at arbeidsmiljøet er en viktig delforklaring på sosiale ulikheter i helse. Vi finner store sosioøkonomiske ulikheter i eksponeringen overfor fysiske, kjemiske, ergonomiske faktorer og arbeidsulykker. Om ulikhetene er mindre innenfor psykososiale arbeidsmiljøforhold, er disse til gjengjeld mer utbredt. I lavere sosioøkonomiske klasser er det for eksempel mellom 40-56 prosent som har lite kontroll over jobbsituasjonen sin. Fysisk arbeidsmiljø er av betydning særlig for ulikheter i muskel- og skjelettlidelser, mens det å ha kontroll over egen arbeidssituasjon forklarer mye av ulikhetene i hjertesykdom og selvrapportert helse.

Det har over mange år vært gjort en god jobb med å bedre arbeidsmiljøet, og til en viss grad har også endringer i yrkesstrukturen bidratt i denne retningen, selv om noen risikofaktorer også kan tenkes å ha blitt mer utbredt. Dette har vi imidlertid få indikasjoner på. Utbredelsen av en rekke skadelige arbeidsmiljøfaktorer viser også nedgang. Dette gjelder først og fremst de fysiske og kjemiske risikofaktorene, og i mindre grad de organisatoriske. For eksempel har det vært en økning i skiftarbeid. Andelen med dårlige ergonomiske arbeidsmiljøforhold viser imidlertid en viss nedgang. Enkelte tegn på polarisering, som kan tenkes å følge av den parallelle framveksten av service- og kunnskapssamfunnet, finner vi ved at en økende andel rapporterer om stadig gjentatte arbeidsoppgaver, mens det samtidig er en nedgang i andelen som rapporterer dårlige muligheter for fagutvikling. I europeisk sammenheng er arbeidsmiljøet i Norge ganske godt, særlig gjelder dette det psykososiale arbeidsmiljøet.

Hvordan virkningene av arbeidet som gjøres på arbeidsmiljøfeltet påvirker helseulikhetene kan være vanskelig å måle. Dessuten er det mangel på intervensjonsstudier som undersøker differensielle effekter etter sosioøkonomisk posisjon. Reduksjon av helseskadelige arbeidsmiljøfaktorer generelt vil imidlertid logisk sett bidra til å redusere helseulikhetene fordi eksponeringen overfor disse er betydelig skjevfordelt. Reduksjon av de faktorene som er mest utbredt blant lavere sosioøkonomiske grupper vil i så måte tenkes å være særlig effektive. Forhold som lav kontroll, monotone og gjentatte arbeidsoppgaver, og ergonomiske faktorer kan være aktuelle innsatsområder hvor det kanskje hittil ikke har vært gjort nok. Gjennomgangen av politikken på tiltaksområdet «arbeid og arbeidsmiljø» i strategien for å redusere sosiale helseulikheter (Giæver 2013) viser også at politikken på arbeidsmiljøområdet har vært preget av høyrisikotekning: Altså mer fokus på umiddelbare risikoer og mindre på «midtstrømsfaktorer» med potensielt større nedslagsfelt, som for eksempel psykososialt arbeidsmiljø, organisatoriske forhold, og arbeidstidsordninger.

9.6 Mål, anbefalinger og forskningsbehov

Mål

Målet er å redusere sosial ulikhet i kvaliteten på arbeidsmiljøet. Dette innebærer både å redusere ulikheter i utsatthet for helsefarlige arbeidsmiljøfaktorer og ulikheter i tilgangen til helsefremmende ressurser på arbeidsplassen.

Anbefalinger

1. *Bedre arbeidsmiljøet:* Få arbeidsmiljøfaktorer viser en så klar gradient som de fysiske, for eksempel utsatthet for støy, kulde og vibrasjoner. Halvparten av ufaglærte kvinner og faglærte menn går, står og løfter mye i jobben sin. Også når det gjelder rengjøringsmidler og våtarbeid er det store kjønnsforskjeller og høye prevalenser blant lavt utdannede kvinner. Her er det nødvendig å arbeide for at gjeldende reguleringer etterfølges og fortsette å rette ekstra innsats mot utsatte yrker og næringer.

Jobbkontroll/autonomi/selvbestemmelse i arbeidet er en arbeidsmiljøfaktor med en sterk sosial gradient som det også er godt dokumentert at har effekt på helse. Økt grad av kontroll i arbeidet er viktig for alle, uansett posisjon i arbeidslivet. Arbeidsulykker rammer ofte unge og personer med innvandrerbakgrunn, og først og fremst personer med lav sosial posisjon, og kan ha fatalt utfall eller skade en person for livet. Det anbefales å sette enda mer fokus på dette og vurdere, og evaluere nye forebyggingsstrategier.

2. *Opprettholde et godt sikkerhetsnett:* Grunnet i behovet for økt fleksibilitet er det et press mot å øke arbeidstiden, begrense oppsigelsesvernet og utvide bruken av midlertidige stillinger. Dette kan føre til økt jobbusikkerhet og økt belastning, og kanskje særlig blant dem med lavere utdanning. Om endringer på disse områdene presser seg fram er det viktig at de kombineres med et sterkt og tilgjengelig sikkerhetsnett.
3. *Primærforebygging i IA-arbeidet:* Selv om HMS nevnes i forbindelse med IA-arbeidet, er det lite fokus på «færre ut»- strategier. Når man først er blitt sykmeldt, vil det for mange ta lang tid før de vil være i stand til å arbeide igjen. Det bør derfor legges mer vekt på primærforebyggende tiltak for å redusere arbeidsrelatert sykdom og tilrettelegge arbeidet for personer med økt risiko for sykefravær, før de blir sykmeldt.

Forskningsbehov

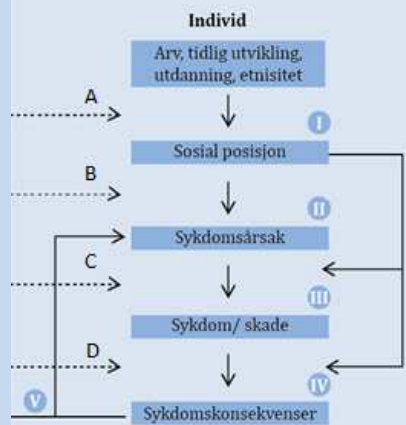
1. *Forskning på betydningen av arbeidsforhold for sosiale ulikheter i helse:* Det er behov for mer forskning på hvilken betydning arbeidsmiljø og arbeidsforhold har for sosiale

ulikheter i helse og utstøting fra arbeidslivet. Dels er det begrenset med forskning på dette feltet, dels er den i liten grad etterprøvd.

2. *Det trengs intervensjonsstudier:* Det er mangel gode intervensjonsstudier av hvordan tiltak som settes i verk på arbeidsmiljøområdet påvirker den sosioøkonomiske fordelingen av arbeidsmiljøfaktorer og helseulikheter.

10 Inntekt og fattigdom

Med referanse til analysemodellen i kapittel 3 (figur 3.2) dreier diskusjonene i dette kapittelet seg om flere mekanismer: dels differensiell eksponering (mekanisme II), dels differensiell sårbarhet (mekanisme III), og dels differensielle konsekvenser av sykdom (mekanisme IV). I tråd med dette er intervensjonspunktene B, C og D alle aktuelle for å påvirke og modifisere de nevnte mekanismene.



10.1 Innledning

Formålet med dette kapittelet er å undersøke hvordan inntekt og inntektsfattigdommen har utviklet seg i Norge over de siste årene, og på hvilken måte disse determinantene henger sammen med helse. Videre er formålet å vurdere den politikken som har vært ført, og konsekvensene av den. Kapittelet bygger i stor grad på en underlagsrapport utarbeidet for prosjektet av Pedersen (2013), men vi trekker også veksler på underlagsrapporter levert til prosjektet fra Elstad (2013) og Giæver (2013).

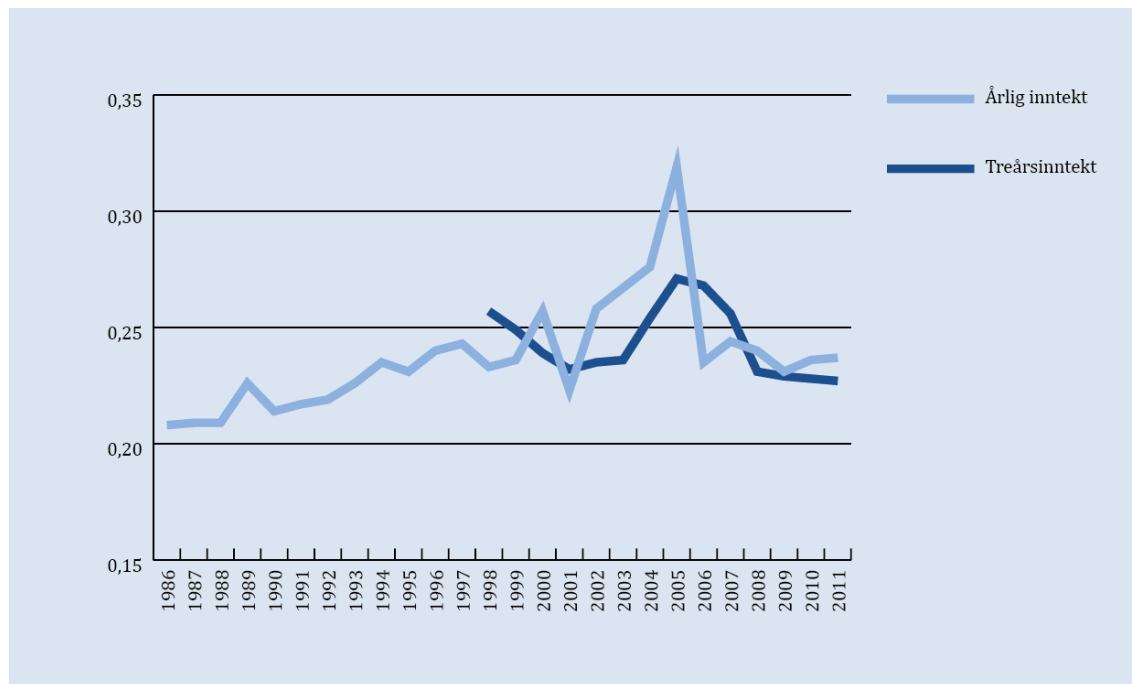
Selv om søkelyset er rettet mot inntektsfordeling og fattigdom og disse determinantenes relasjon til helse, er det viktig å ha i mente at Norge i løpet av de siste 15 årene har opplevd en sterk velstandsvekst. Det typiske inntektsnivået i den norske befolkningen (median husholdningsinntekten per forbruksenhet) har økt med vel 50 prosent i perioden fra 1996 til 2011 (i faste priser). Finanskrisen førte til et lite fall fra 2008 til 2009, men deretter har veksten tatt seg opp igjen. «Alle» er vinnere i denne utviklingen, men noen grupper har vunnet klart mer enn andre som vi snart skal se. Bak denne utviklingen i samlet inntekt etter skatt ligger det en sterk vekst i alle de viktigste inntektskomponenter: lønninger, trygder og kapitalinntekt. Sammensetningen av den samlede inntektspakken er omtrent den samme i dag som den var for 15 år siden, men med det unntak at lønningenes andel har økt svakt mens andelen fra næringsinntekter har sunket noe. Andelen av bruttoinntekten som betales i innteks- og formuesskatt har ligget konstant over hele perioden, på ca. 25 prosent i gjennomsnitt.

10.2 Inntektsulikhet og fattigdom

Inntektsulikhet

Utviklingen i ulikhet i inntekt i Norge de siste 25 år slik den tegnes av Gini-koeffisienten vises i figur 10.1. nedenfor.

Figur 10.1 Utviklingen i ulikhet i inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU-skala) målt ved Gini-koeffisienten. Alle eksklusiv studenthushold. 1986-2011.



Kilde: Pedersen 2013, figur 3.5.

De store svingningene i Gini-ulikheten på 2000-tallet var forårsaket av midlertidige tilpasninger til endringer i skattelovgivningen. Stoltenberg-regjeringen skjerpet beskatningen av utbytter med virkning fra 2006 og det førte til ekstraordinært store uttak av utbytter i 2005 (NOU 2009:10).

Som en kan se av den heltrukne linjen i figur 10.1, viser Gini- ulikheten i Norge en svakt økende tendens fra midten av 80- tallet og frem til slutten av 1990- tallet, og deretter, på begynnelsen av 2000- tallet, noen store svingninger med en utpreget topp i 2005, etterfulgt av en ny stabilisering fra og med 2006 på omtrent det samme nivå som på slutten av 1990-tallet. Den samlede økning i inntektsulikheten i Norge over denne 25- årsperioden målt med Gini- indeksen er på tre prosentpoeng, fra i underkant av 0,21 til 0,24. Andre ulikhetsmål som er mer sensitive for endringer i toppen og bunnen av inntektsfordelingen viser i hovedsak den samme tendensen. Den stiplede linjen i figur 10.1 viser utviklingen i Gini-ulikhet når en i stedet for den årlige inntekten tar utgangspunkt i inntektene summert over en treårsperiode. Dette er en måte å komme nærmere et mål på permanentinntekten (som omtales i informasjonsboksen om inntektsbegreper nedenfor). Utviklingen i dette antatt mer

valide målet på inntektsulikhet gir et overordnet inntrykk av stabilitet over det siste tiåret, etter en liten nedgang på 1990- tallet.

Faktaboks 10.1 Om ulike inntektsbegreper.

Det finnes en rekke inntektsbegreper og inntektsmål. Et viktig teoretisk skille går mellom brutto lønnsinntekt som reflekterer i hvilken grad arbeidsinnsats belønnes, og netto disponibel husholdsinntekt som avspeiler et husholds, og husholdsmedlemmenes, forbruksmuligheter. Begge kan være knyttet til helse, men på grunn av ulike mekanismer. Kjernen i inntektsbegrepet er muligheter til forbruk. Inntekten er lik med det forbruket det er mulig å oppnå over en gitt tidsperiode uten å måtte låne eller tære på oppsparte midler. Det er vanlig å anta at familien eller husholdet er den relevante økonomiske enheten og at alle i samme familie/hushold dermed per definisjon har den samme inntekten og dermed de samme mulighetene til forbruk. Det kanskje mest brukte empiriske inntektsmålet i norsk og internasjonal forskning er det som SSB kaller for årlig «inntekt etter skatt». Dette er summen av all yrkesinntekt, kapitalinntekt og diverse offentlige og private overføringer som husholdets medlemmer mottar i løpet av et år fratrukket den skatten (inntekts- og formuesskatt) som husholdets medlemmer har betalt i denne samme perioden. Det er en rekke kilder til variasjon i forbruksmuligheter som ikke fanges opp av dette inntektsmålet: Fordelen av å bo i en nedbetalt eierbolig, avkastning fra ikke-deklarte formuesgjenstander, uformelle overføringer fra andre hushold, verdien av uformell hjemmeproduksjon, ikke-deklarte eller underrapporterte inntekter fra selvstendig virksomhet, svart arbeid, samt verdien av gratis eller subsidierte offentlige tjenester som husholdet mottar. Til sammen innebærer dette at den årlige inntekten til et hushold gjerne er målt på en nokså upresis måte og dette vil svekke mulighetene for å avdekke en eventuell reell kausal effekt av inntekt på helse.

En distinksjon som kan være spesielt relevant for helse er årlig inntekt versus inntekt over en lengre periode, den såkalte permanentinntekten. Det kan settes spørsmålsteget ved den konvensjonelle bruken av årlig inntekt som et mål på husholdets reelle forbruksmuligheter, også på kort sikt. I følge en teori om forbrukeradfærd er det ikke den årlige inntekten men (forventningene om) inntektens størrelse på lang sikt – permanentinntekten – som avgjør hvor mye et hushold forbruker i det enkelte år (Friedman 1957). Mer eller mindre tilfeldige variasjoner i inntekten fra ett år til et annet vil sjelden ha konsekvenser for forbruket til et hushold, og særlig ikke hvis de er forutsett på forhånd. Ved å flytte fokus fra den årlige inntekten til permanentinntekten brytes også ned skillet mellom inntekt og formue, ettersom oppbygging av formue er en måte å utjevne forbruksmulighetene over tid på. Videre kan permanentinntekt tett knyttes til et begrep om inntektsevne eller humankapital om en vil, og det blir slik sett en klar parallell til husholdets rådighet over andre typer av formue: finansiell formue, eiendom, osv. Ved å summere inntektene over en årrekke fjernes fluktuasjoner i inntekten fra ett år til et annet og dermed en kilde til ulikhet i årlige inntekter som antakelig har lite relevans for individenes forbruksmuligheter og deres økonomiske velferd. Ulikhet i inntekt målt over en treårsperiode vil alltid bli lavere enn et veid gjennomsnitt av de årlige ulikhetsmålene, med mindre alle individer har helt stabile inntekter over tid. Det er derfor plausibelt at en eventuell kausaleffekt av inntekt på helsen vil være knyttet mer til størrelsen på permanentinntekten enn til den årlige inntekten. Dette gjelder uansett om man legger hovedvekten på et materielt eller et psykososialt perspektiv som drivkraft bak en

kausaleffekt av inntekt på helsen. En empirisk tilnærming til dette er å summere inntektene til et hushold over en årrekke slik at fluktuasjoner i inntektene fra et år til det neste gattes ut. I norsk inntektsstatistikk har det blitt vanlig å rapportere om både relativ inntektsfattigdom og generell inntektsulikhet med utgangspunkt i inntekten målt over en treårsperiode, men det finnes foreløpig mindre forskning i Norge og internasjonalt der begrepet om permanentinntekt har vært utnyttet for å avdekke en eventuell kausaleffekt av inntekt på helse.

Det mest brukte målet på inntektsulikhet er Gini-koeffisienten. Den varierer mellom 1 som markerer maksimal ulikhet, det vil si at én person eller hushold mottar all inntekt, og 0 som betyr maksimal likhet, det vil si at hver gruppe av individer eller hushold mottar en andel av inntekten som tilsvarer dens størrelse. Gini-koeffisienten har den fordel at den tar hensyn til inntektsforskjellene over hele fordelingen. Dessuten har Gini-koeffisienten den egenskapen at den legger sterkest vekt på inntektsforskjeller der fordelingen er tettest og mindre vekt på ekstremverdier helt i toppen og bunnen av fordelingen.

Som antydnet innledningsvis har noen sosiale grupper høstet mer av den økonomiske veksten de siste årene enn andre, noe som har ledet til større inntektsforskjeller mellom ulike sosiale grupper og lag. Alderspensionistene har hatt den sterkeste inntektsveksten, mens enslige under 35 år og enslige forsørgere (og deres barn) har hatt den laveste. Dette gjenspeiles – som vi skal se nedenfor – også i fattigdomsstatistikken.

Ulikhet i lønnsinntekter viser en klart økende tendens over tid. Teknisk beregningsutvalg har beregnet at alle lavere inntektsdesiler blant heltids sysselsatte har tapt terreng i perioden 1986-2011 sammenliknet med de aller rikeste desilene. I løpet av denne perioden har de ti prosent rikeste økt sin andel av den totale lønssummen fra 19 til 22 prosent. Denne utviklingen gjenspeiles også i veksten i reallønn for ulike inntektsgrupper. For de ti prosent rikeste har realveksten i lønn vært over 80 prosent de siste 25 år. For dem med lavere lønn har den ligget på mellom 50 og 60 prosent i samme periode (Pedersen 2013).

Det er også verdt å merke seg at det er en klar, men ikke særlig sterk, tendens til økning i lønnsforskjeller mellom ulike utdanningsgrupper og mellom ulike yrkeskategorier: Blant grupper med utdanning på universitets- og høyskolenivå ligger det relative nivået på månedslønnen stabilt høyere enn gjennomsnittet, mens det er en klar tendens til at gruppene med utdanning bare på grunnskolenivå sakter akterut fra et nivå nærmere 90 prosent i 1997 til 80 prosent i 2008 av gjennomsnittet for alle utdanningsgrupper. En tendens til økende ulikhet i lønn over tid ses også for ulike yrkeskategorier: lederyrkene drar svakt ifra i toppen, mens salgs-, service-, og omsorgsykker taper terreng i bunnen av fordelingen. Personer med «ukjent utdanning», en kategori med mange innvandrere, har også saket akterut i lønnsutviklingen (Pedersen 2013).

En rekke faktorer ligger bak denne utviklingen (NOU 2009:10, s.16-17). Ett generelt trekk er at globalisering, som henger nært sammen med arbeidsinnvandring, forsterker ulikhet i og mellom land (NOU 2009:10, s.14). I Norge kommer dette til uttrykk ved at næringer med en

høy andel arbeidsinnvandrere har hatt en svakere lønnsvekst enn andre næringer (Bratsberg og Raaum 2012, Langberg 2013). Dette er ett tegn på at i kjølvannet av den tiltakende arbeidsinnvandringen til Norge er sosial dumping blitt et problem (Eldring m.fl. 2011).

I internasjonal sammenheng er ulikheten i lønnsinntekter i Norge forholdsvis lav, men ulikheten har altså – som i de fleste andre land – økt siden slutten av 1990- tallet og fram mot slutten på 2000- tallet (OECD 2011b:87-88, Pedersen 2013).

1990- tallet markerte for øvrig slutten på en over 100 år lang epoke med reduksjon i inntektsulikheten i Norge og flere andre land, målt med inntektsandelen til de 10 prosent rikeste (Aaberge m.fl. 2013). Et mer omfattende mål på tilfang av økonomiske ressurser er markedsinntekter (summen av bruttolønn, inntekt fra selvstendig næringsvirksomhet, kapitalinntekter og renteinntekter). På slutten av 2000- tallet har flere OECD- land ulikhet i markedsinntekter på nivå med, eller lavere enn, Norge. Mens Gini- indeksen for ulikhet i markedsinntekt er omlag 0.38 i Norge, er gjennomsnittet for OECD ca. 0,41 (OECD 2011b, c). Også ulikhet i markedsinntekter har økt i de fleste OECD- land (OECD 2011c:36). Som i andre land er formue svært skjevt fordelt i Norge, og det er en klar inntektsgradient: De to laveste inntektsdesilene har negativ formue, altså gjeld. Deretter øker formuen for hver desil, og den øker svært mye når en nærmer seg toppen av inntektsfordelingen. Over halvparten av formuen befinner seg hos de 10 prosent rikeste husholdene, og over 20 prosent av formuen tilhører de én prosent rikeste husholdene (Epland og Kirkeberg 2012).

Fattigdom

Termen fattigdom vil for mange signalisere en ide om at det finnes et kvalitativt skille nederst i inntektsfordelingen der inntekten blir så lav at de negative konsekvensene for levekår, samfunnsdeltakelse og (antakelig) helse øker dramatisk. Dette kommer klart til uttrykk i den britiske sosiologen Peter Townsends (1983 [1979]) innflytelsesrike tilnærming til studiet av fattigdom: «Hypotesen er som følger: ettersom man beveger seg nedover inntektsskalaen vil, på et bestemt punkt for ulike typer familier, et stort antall familier redusere – mer enn proporsjonalt – deres deltakelse i nærmiljøets livsstil og levesett. De dropper ut, eller blir ekskludert. Disse inntektspunktene kan identifiseres som en fattigdomsgrense» (vår oversettelse) (sitatet er hentet fra Pedersen 2013:15).

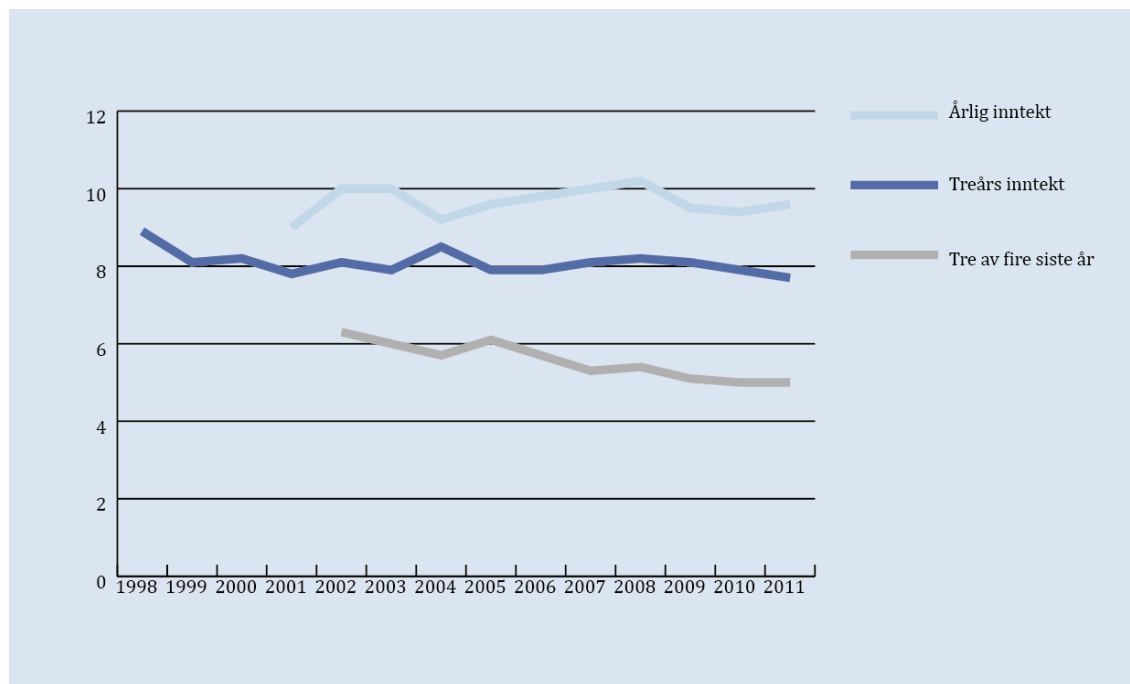
Omfattende forskning på disse spørsmålene over de siste 30 årene tyder imidlertid på at det ikke finnes et bestemt punkt på inntektsskalaen hvor lav inntekt (absolutt eller relativ) går over i fattigdom i Townsends forstand, og at man derfor bør oppgi tanken om at fattigdom er et reelt dikotomt fenomen (Fløtten og Pedersen 2008). Igjen står vi overfor gradienter, ikke dikotomier. Like fullt er det, som har sett, ikke likegyldig helsemessig sett hvor en befinner seg i inntekthierarkiet: sammenhengen mellom inntekt og helse er sterkere i de lavere inntektslag enn i de høyere.

Faktaboks 10.2 Å måle inntektsfattigdom.

EU har valgt en pragmatisk tilnærming i sitt system for rapportering om sosiale indikatorer, og Norge følger denne. Grensen for å bli klassifisert som å være «under risiko for fattigdom» er satt ved 60 prosent av medianinntekten ellers i samfunnet. I OECDs rapportering om fattigdom har man derimot vanligvis satt grensen ved 50 prosent, og den samme grensen valgte Bondevik-regjeringen i 2002 i sin Stortingsmelding om fattigdom (St. meld. 6 (2002-2003)). Felles for disse fattigdomsindikatorerne er at de gjennomgående er relativistiske. De måler i realiteten et aspekt ved inntektsfordelingen og ignorerer endringer i det generelle velstandsnivået. I diskusjonen om hvor lavt eller høyt en slik pragmatisk fattigdomsgrense bør settes, kan flere hensyn og argumenter gjøres gjeldende. I Danmark har et ekspertutvalg nettopp lagt frem et forslag til en offisiell dansk fattigdomsgrense der grensen er foreslått satt ved 50 prosent av medianinntekten, blant annet ut fra et argument om at det er viktig å minimere risikoen for at reelt ikke-fattige personer klassifiseres som fattige (Ekspertutvalg om fattigdom 2013). I Norge valgte Fordelingsutvalget i 2009 å bruke en lavinntektsgrense ved 60 prosent av medianinntekten (NOU 2009:10). Et viktig argument for å anvende en romslig grense er at det er et betydelig innslag av feilmålinger i den offisielt registrerte inntekten. Flere empiriske analyser tyder på at det relative innslaget av personer og hushold hvis reelle inntekter og forbruksmuligheter er vesentlig høyere enn den registrerte inntekten faktisk kan tenkes å øke jo lavere fattigdomsgrensen settes. Forklaringen kan være at en relativt stor del av de individene som har registrerte inntekter ned mot 50 eller 40 prosent av medianinntekten har tilgang på andre økonomiske ressurser. Eksempler på dette er familieoverføringer, tæring på uregistrert formue, svarte inntekter, uregistrerte næringsinntekter, osv. I en analyse av registerdata som omfatter hele den norske befolkningen viser Elstad og Dahl (2012) at den generelle sterke positive sammenhengen mellom inntekt og utdanning snur og blir negativ i den nedre delen av inntektsfordelingen, og at dette knekkpunktet over tid ser ut til å ligge stabilt ved et inntektsnivå som om lag tilsvarende 50 prosent av medianinntekten. Det er altså grunn til å tro at målingen av inntekt i den nedre delen av fordelingen er beheftet med betydelig støy slik at innslaget av falske positive målinger (dvs. målinger som identifiserer «fattige» uten at de faktisk er det) paradoksalt nok vil øke, jo lavere man velger å sette fattigdomsgrensen.

Som allerede nevnt er antakelig den konvensjonelle bruken av årlige inntekter problematisk for å avdekke reelle forskjeller i forbruksmuligheter. Figur 10.2 viser utviklingen i relativ inntektsfattigdom i Norge basert på tre forskjellige indikatorer med henblikk på varigheten av fenomenet: Fattigdom definert konvensjonelt med utgangspunkt i årlig inntekt, treårsinntekten, og en indikator som krever at den aktuelle årlige inntekten er under fattigdomsgrensen det inneværende året og i to av de siste tre foregående årene.

Figur 10.2 Andel i relativ inntektsfattigdom målt ved tre indikatorer. 60 prosent av medianinntekten. Hele befolkningen eksklusiv studenthushold 1998-2011.

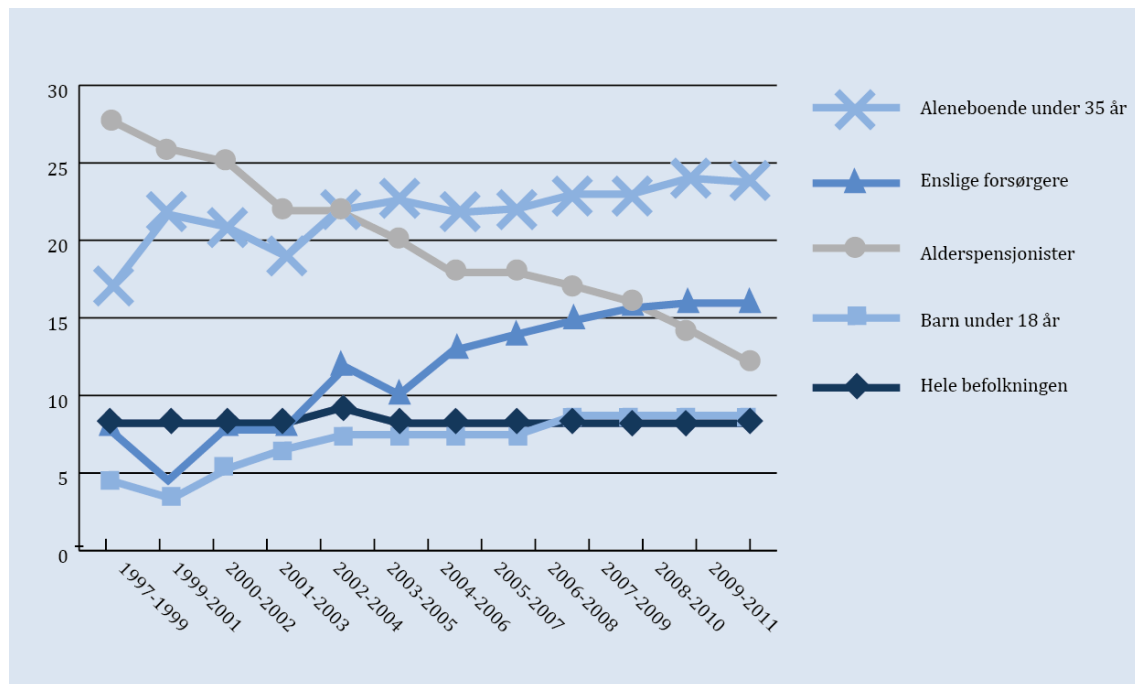


Kilde: Pedersen 2013, figur 3.6.

Indikatorene basert på årlig inntekt og på treårsinntekt avtegner et bilde preget av stabilitet over 2000-tallet, med nivåer på henholdsvis rundt 10 og 8 prosent av den norske befolkningen. Når det gjelder den siste, strengere indikatoren viser tallene en svakt fallende tendens fra år 2002 og fremover, fra vel 6 prosent til 5 prosent i 2011. Denne siste indikatoren, og andre av denne typen som krever at husholdsinntekten skal være lavere enn den årlige fattigdomsgrensen i flere påfølgende år, har den avgjørende svakhet at variasjoner i inntekten fra det ene året til det andre vil påvirke målingen av fattigdom, slik at sannsynligheten for å bli klassifisert som fattig minker. Dette er uheldig ettersom det ikke finnes noen teoretiske grunner for å tro at selve variasjonen i inntekt over tid har positive velferdsmessige konsekvenser. Derfor er målet på vedvarende lavinntekt som Statistisk sentralbyrå bruker, basert på treårsinntekten, å foretrekke.

Det generelle bildet av stabilitet i vedvarende fattigdom dekker imidlertid over store forskjeller mellom ulike demografiske grupper. Dette er illustrert i figur 10.3 nedenfor.

Figur 10.3 Andel i relativ inntektsfattigdom målt med utgangspunkt i treårsinntekten. 60 prosent av medianinntekten. Utvalgte demografiske grupper, samt hele befolkningen eksklusiv studenthushold 1998-2011.



Kilde: Pedersen 2013, figur 3.7.

Figur 10.3 viser at andelen fattige alderspensjonister er gått kraftig ned, mens andelen fattige småbarnsfamilier, enslige forsørgere, og enslige under 35 år har økt. Mens Norge i likhet med de andre nordiske landene i lang tid har skilt seg ut ved å ha klart lavere fattigdomsrater blant barn og barnefamilier sammenlignet med den øvrige befolkningen, så er nå fattigdomsraten i barnefamilier på nivå med fattigdomsraten i befolkningen som helhet. På samme vis som sterk offentlig inntektssikring har ført eldre ut av fattigdommen, har politikken som har vært ført overfor barnefamilier ikke forhindre at flere er havnet i fattigdom. Tradisjonelt har fattigdom vært forbundet med spesielle livsfaser i livsløpet. Som Rowntrees (1901) klassiske studie illustrerte, var fattigdomsrisikoen spesielt høy i barndommen, blant familier med mange barn, og i alderdommen. Fremveksten av velferdsstaten og en effektiv sosialpolitikk har endret dette: Kangas og Palme (2000) har for eksempel vist hvordan familiepolitikk og alderspensjon har redusert fattigdom både i barndom og i alderdom, og at politisk endring og variasjon kan forklare endringer over og tid og forskjeller mellom land. Budskapet fra denne analysen er at det er mulig, gjennom sosialpolitiske virkemidler, på ny å redusere fattigdommen blant småbarnsfamilier og enslige.

Like fullt er Norge ett av landene i verden med den laveste relative inntektsfattigdommen, og det på tross av at denne indikatoren er relativ slik at den fattigdomsgrensen som gjelder i Norge (60 prosent av medianinntekten) er høyere målt i kjøpekraft enn i noe annet land i Europa, bortsett fra Luxembourg. Ifølge EUs statistikk-kontor er det bare Tsjekia som har en

lavere andel av befolkningen med inntekter under den nasjonale fattigdomsgrensen enn Norge. De fleste europeiske land har de siste tiårene opplevd en økning i fattigdomsratene, og da i mange tilfeller fra et vesentlig høyere nivå enn i Norge (Pedersen 2013).

For å oppsummere: Den generelle inntektsulikheten har vært relativt stabil i løpet av de siste årene i Norge. Dette skjuler imidlertid at småbarnsfamilier, og særlig enslige forsørgere, nå oftere opplever relativ fattigdom enn for noen år siden, mens eldre er kommet bedre ut over tid. Når det gjelder ulikhet i lønninger har de rikeste sikret seg en større del av velstandsveksten enn de mindre bemidlede. Grupper med lite utdanning, bestemte utsatte yrkesgrupper, og ansatte i næringer med en høy andel arbeidsimmigranter sakker akterut i lønnsutviklingen. Ulikhet i lønnsinntekter og i markedsinntekter har økt i Norge, som i andre vestlige land, og ulikhet i markedsinntekter er ikke vesentlig mindre i Norge enn gjennomsnittet for OECD-landene. Like fullt er omfanget av relativ inntektsfattigdom i Norge på et lavere nivå enn i de aller fleste land i den rike delen av verden.

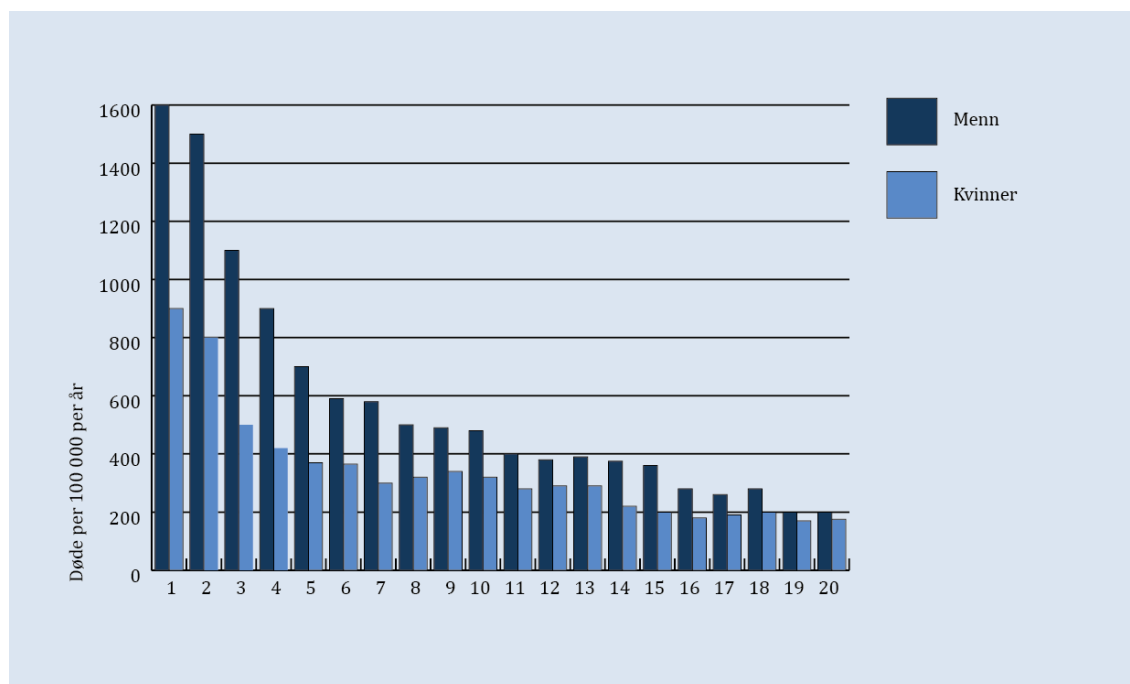
10.3 Sammenhengen mellom inntekt, fattigdom og helse

Inntekt og helse

Det er en nærmest universell sammenheng mellom inntekt og helse og forventet levealder (Mæland 2009). Sammenhengen har som regel form av en kurvelineær gradient: jo høyere inntekt, jo bedre helse, men helseforbedringen avtar ettersom inntekten øker.

Figur 10.4 nedenfor viser et typisk eksempel fra Norge, der helseutfallet er dødelighet. Figur 10.4 viser nivået på dødeligheten blant middelaldrende menn og kvinner i Norge fordelt etter 20 like store inntektsgrupper. Figuren viser et karakteristisk kurveforløp der dødeligheten faller kontinuerlig med økende inntektsnivå. Gradienten er brattest ved lave inntektsnivåer, mens den gradvis flater ut, uten å forsvinne helt, jo høyere man kommer i inntektsfordelingen. En kan således snakke om avtakende grensenytte av inntekt. Gradienten er generelt brattere for menn enn for kvinner, slik at de store forskjeller i dødelighet man finner blant menn og kvinner nederst i inntektsfordelingen, blir nesten borte blant dem høyest inntekt.

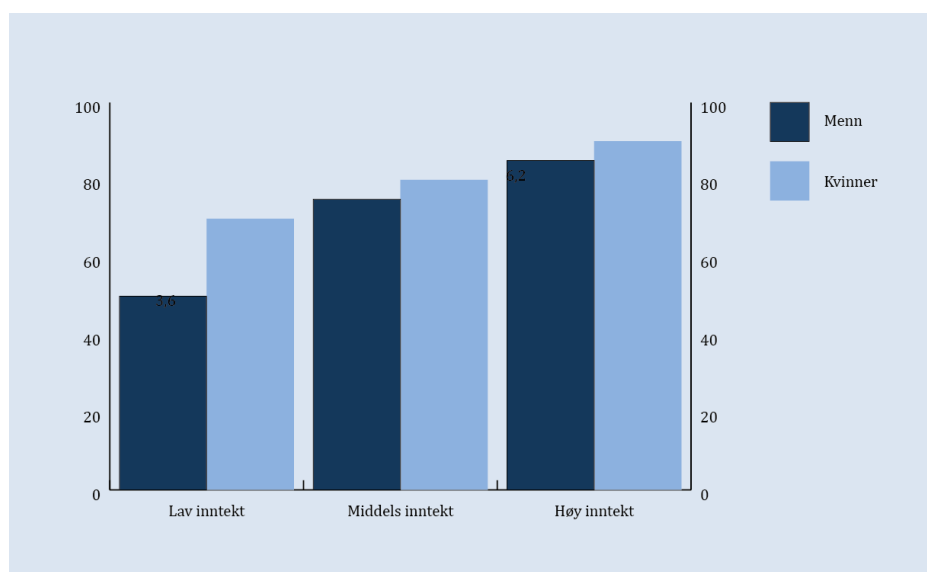
Figur 10.4 Årlig dødelighet per 100 000 for menn og kvinner 45-59 år, etter inntektsnivå. 1999-2003.



Kilde: NOU 2009:10, figur 10.1.

En tilsvarende – om enn ikke så dramatisk – sammenheng med inntekt finner man når man i stedet ser på variasjon i selvrapportert helse. Figur 10.5 viser andelen respondenter som i år 2002 vurderte sin egen generelle helse som meget god eller god fordelt på tre inntektskategorier: lav, middels og høy inntekt.

Figur 10.5 Andel (aldersjustert) med meget god/god helse i alderen 25-64 år. Helse- og levekårsundersøkelsen 2002.



Kilde: NOU 2009:10, figur 10.5.

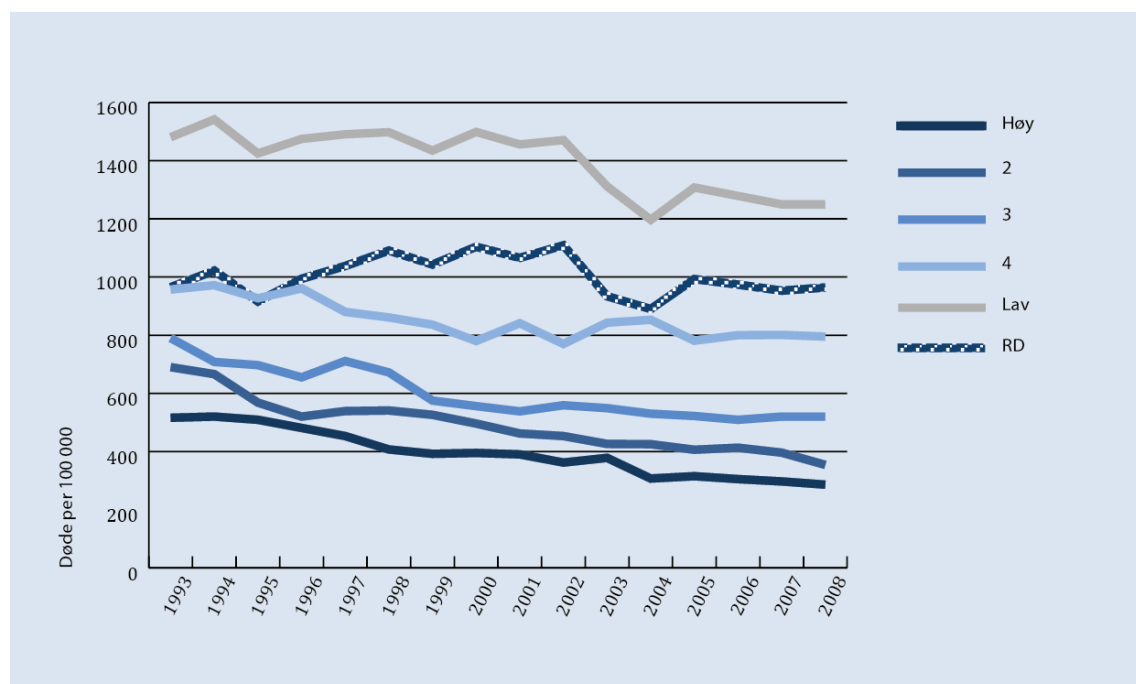
Mens nærmere 90 prosent av gruppen med høy inntekt oppfatter sin egen helse som god, gjelder det samme for mellom 70 og 80 prosent av gruppen med lav inntekt. Når det gjelder selvrapportert generell helse kommer kvinner noe dårligere ut enn menn, særlig i gruppen med lav inntekt, og gradienten ser her ut til å være litt brattere for kvinner enn for menn.

Flere tidligere studier tyder på at samvariasjonen mellom inntekt og dødelighet er blitt sterkere i de siste tiårene fram mot 2000-tallet og at helsegradienten etter inntekt dermed har blitt brattere relativt sett. Dette er for eksempel klart i dokumentert forhold til dødelighet blant middelaldrende menn og kvinner Rognerud og Zahl (2005) for tre tidsperioder, henholdsvis på 1970-, 1980-, og 1990- tallet (se Pedersen 2013 for en bearbeiding og presentasjon av disse).

Vi har argumentert for at i et folkehelseperspektiv er absolutte ulikheter viktigere enn relative ulikheter. Nyere tall over inntektsulikhet og dødelighet tyder ikke på noen markert økning i absolutte inntektsforskjeller og dødelighet fra 1990 til 2000 tallet.

Figur 10.6 og 10.7 nedenfor viser dødsfall per 100 000 etter forutgående kalenderårs inntekt for fem om lag like store inntektsgrupper (kvintiler). Inntektsgruppene er ikke nøyaktig like store hvert år og for hvert kjønn fordi kvintilene er beregnet ut fra aggregerte data over mange år og begge kjønn. Dette innebærer dermed noen avvik fra 20 prosent for hvert år/hvert kjønn. Inntektsbegrepet er ekvivalent husholdningsinntekt etter skatt. Den stiplede linjen indikerer forskjellen mellom den høyeste og laveste inntektsgruppen.

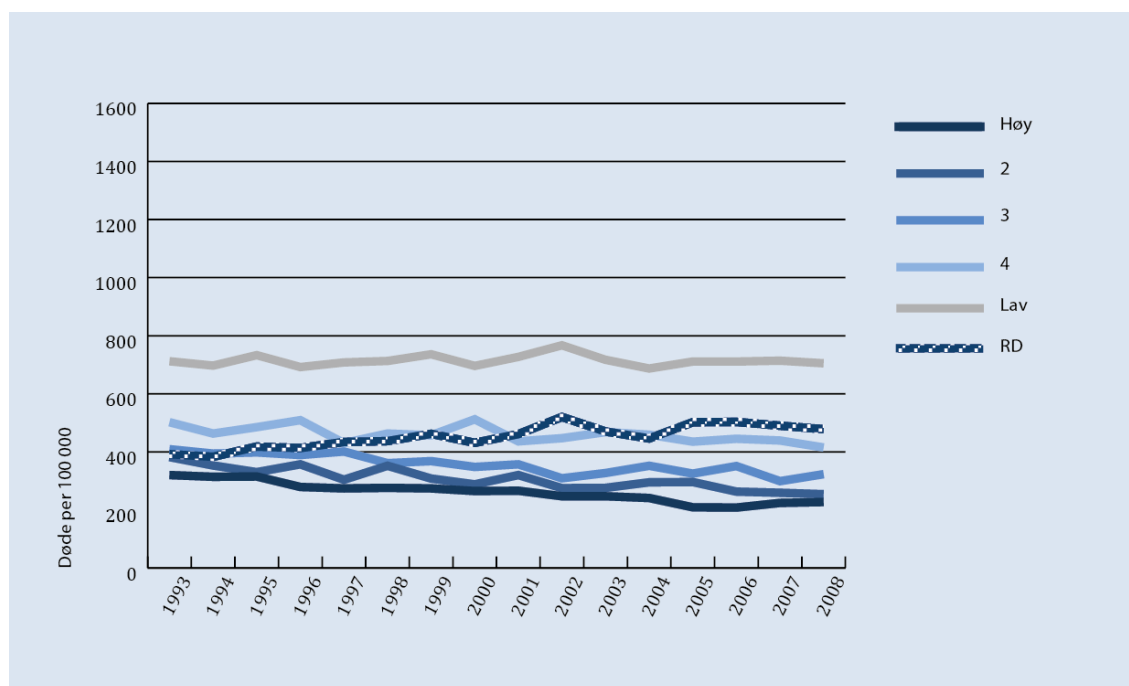
Figur 10.6 Antall dødsfall per 100 000 for menn i alderen 45-67 år for fem tilnærmet like store inntektsgrupper for perioden 1993-2008. Aldersstandardiserte tall.



Kilde: Elstad og Dahl 2012, samt nye beregninger av Elstad. Basert på koplede registerdata.

Blant menn ser vi en generell reduksjon i dødeligheten i alle inntektsgruppene. De absolutte forskjellene (målt med risikodifferansen (RD) og indikert ved den stiplede linjen) mellom yttergruppene har endret seg lite fra 1993 til 2008, til tross for enkelte svingninger i løpet av perioden.

Figur 10.7 Antall dødsfall per 100 000 for kvinner i alderen 45-67 år for fem tilnærmet like store inntektsgrupper for perioden 1993-2008. Aldersstandardiserte tall.



Kilde: Elstad og Dahl 2012, samt nye beregninger av Elstad. Basert på koblede registerdata.

Også blant kvinner er det en nedgang i dødeligheten i alle inntektsgruppene, med unntak av den nederste, der dødelighetsnivået ligger temmelig stabilt i hele perioden. Her skiller altså kvinnene seg fra mennene. Dette fører til at det er en svak økning i forskjellen i dødelighet mellom den øverste og laveste inntektsgruppen, slik en kan se av den stiplede linjen.

Flere studier har vist at Norge og de andre nordiske landene har forholdsvis høy inntektsulikhet i helse, spesielt i sammenligning med en rekke av de kontinentale europeiske land, og da både når det gjelder ulike mål på selvrapportert helse og når det gjelder dødelighet (se bl.a. Mackenbach m.fl. 1997, 2008, Eikemo m.fl. 2008, Bambra 2011).

Fattigdom og helse

Tabell 10.2 viser resultatene av analyser av registerdata som dekker hele den norske befolkningen, og som er produsert for dette prosjektet av Elstad (2013). En person defineres som «fattig» om hans/hennes husholdning, i tre år på rad, har hatt en ekvivalert disponibel husholdningsinntekt under 60 prosent av medianen for hele befolkningen. Tabell 10.2 viser ulikhet i dødelighet etter fattigdomsstatus. Som en skulle vente etter å ha sett

sammenhengen mellom posisjon i inntektsfordelingen og dødelighet, er det et klart gap i dødelighet mellom fattige og ikke-fattige. Hovedtrekkene i tabell 10.2 er derfor at fattige har høyere dødelighet enn ikke-fattige, noe som gjelder for begge kjønn, i alle aldersgrupper og for begge tidsperioder.

Tabell 10.1 Fattigdom og dødelighet 1996-2000 og 2006-2010.

	Alder 13-79 i 1995, dødsfall 1996-2000			Alder 13-79 i 2005, dødsfall 2006-2010		
	Femårs kumulativ dødelighet (%) pr. 10 000 personer			Femårs kumulativ dødelighet (%) pr. 10 000 personer		
	Andel fattige (%)	Fattige 1993-1995	Ikke-fattige 1993-95	Andel fattige (%)	Fattige 2003-2005	Ikke-fattige 2003-05
Begge kjønn						
13-19 år	3,3	58	26	4,2	44	20
20-34 år	5,0	80	37	6,1	67	31
35-49 år	3,1	272	99	4,0	191	76
50-66 år	4,8	897	415	4,0	761	332
67-79 år	20,8	2221	1769	11,7	2015	1432
Alle	6,3	594	370	5,4	510	298
Menn						
13-19 år	3,2	83	38	4,1	53	28
20-34 år	4,4	132	53	5,2	103	43
35-49 år	3,2	342	122	4,2	235	89
50-66 år	4,0	1247	526	3,7	943	407
67-79 år	12,8	3231	2266	6,4	2887	1771
Alle	4,8	841	474	4,5	691	368
Kvinner						
13-19 år	3,3	32	14	4,4	34	12
20-34 år	5,6	37	21	7,0	38	19
35-49 år	3,0	194	75	3,8	140	62
50-66 år	5,5	644	305	4,3	599	256
67-79 år	27,0	1850	1308	16,1	1727	1115
Alle	7,8	455	272	6,2	414	230

Kilde: Elstad 2013a:8, basert på koblede registerdata.

Forskjellen i dødelighet mellom fattige og resten av befolkningen gjelder ikke bare middelaldrende, men også unge voksne (20-34 år) og ungdommer (13-19 år). Hos sistnevnte er selvsagt dødeligheten lav, men blant fattige tenåringsjenter, for eksempel, var femårs

kumulativ dødelighet 2006-2010 nesten tre ganger så høy som blant ikke-fattige tenåringsjenter.

Når det gjelder endringer over tid, ser vi at for alle undergrupper, fattige som ikke-fattige, var dødsrisikoen lavere i den siste perioden (2006-2010) enn i den tidligere perioden (1996-2000) – med unntak for kvinner under 34 år (både fattige og ikke-fattige), som hadde praktisk talt uendret dødsrisiko mellom de to tidsrom. Har dødelighetsforskjellen mellom fattige og ikke-fattige blitt mindre eller større i denne tidsperioden? De aldersstandardiserte tallene for «Alle» kan kanskje gi en indikasjon. For menn og kvinner samlet gikk antallet døde pr. 10.000 over fem år ned fra 594 til 510 for fattige, og fra 370 til 298 for ikke-fattige. Den *absolutte* forskjellen er derfor blitt marginalt mindre (224 mot 212), mens den *relative* forskjellen (målt som de fattiges dødelighet i prosent av de ikke-fattiges) er blitt større: den har økt fra 61 til 71 prosent høyere dødelighet. Det samme mønsteret ser vi for menn, altså litt mindre absolutte forskjeller og større relative forskjeller, mens blant kvinnene var de absolutte forskjellene uendret og de relative økte fra 67 til 80 prosent. Gitt at de absolutte forskjellene er de vesentlige i et folkehelseperspektiv, er det altså stabilitet eller svak nedgang i dødelighetsforskjellene mellom fattige og ikke-fattige som preger bildet.

Men helse er langt mer enn dødelighet. Tabell 10.3 nedenfor viser at hvordan de fattige kommer ut helsemessig i noen grad varierer med valg av helsemål. Vi ser av tabellen at de fattige har klart høyere forekomst enn ikke-fattige av psykiske plager, bruk av marihuana/hasj, annen narkotika, og alkoholavhengighet. De fattige i denne undersøkelsen skiller seg derimot lite fra ikke-fattige når det gjelder daglig røyking, fedme, og mosjon.

Tabell 10.2 Andel 25-64-åringer med ulike symptomer og levevaner, etter fattigdomsstatus (OECD-skala). Prosent.

Variabel*	Fattig (n=256)	Ikke fattig (n=4714)
Har psykiske plager	16,0 %	8,0 %
Brukt hasj/marihuana siste 12 mnd.	13,9 %	2,2 %
Brukt annen narkotika siste 12 mnd.	6,0 %	0,8 %
Alkoholavhengig	8,6 %	5,1 %
Dagligrøyking	29,3 %	26,9 %
Har fedme (BMI > 30)	10,9 %	11,2 %
Mosjonerer mindre enn en gang i uka	30,9 %	29,1 %

Kilde: Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2014, Inntekt og helse, faktaark med helsestatistikk.

I tillegg – som vi har sett i kapittel 6 – viser flere undersøkelser at barn som vokser opp i fattige familier har dårligere helse enn andre barn. Barn i fattige familier har for eksempel lavere høydevekst enn andre barn, større tendens til overvekt, dårligere trivsel, uheldig psykososial tilpasning og problematisk adferd, har flere fraværsdager på skolen, overvekt av ADHD, og blant 13- til 15- åringene er det flere dagligrøykere (Sandbæk m.fl. 2008).

10.4 Forklaringer på sammenhengen mellom inntekt og helse

Den påviste statistiske sammenhengen mellom inntekt og helse kan, som vi også var inne på i tidligere kapitler, skyldes sosiale årsaker, mekanismer knyttet til bakenforliggende faktorer, eller helserelatert sosial mobilitet. Disse er diskutert i kapittel 4, men i dette kapitlet er drøftingen fokuserer mer spesifikt på inntekt, og ikke på sosioøkonomisk posisjon mer allment.

Innenfor sosial årsaks- perspektivet er det lansert flere mulige forklaringsmodeller. Det klassiske materielle perspektivet peker på at et visst minimum av inntekt er en avgjørende forutsetning for å kunne skaffe seg de grunnleggende materielle ressursene som i sin tur trengs for å utvikle og opprettholde en god helse. Eksempler på dette er tilstrekkelige mengder av sunn mat, varme klær og sunne boforhold. Det er imidlertid vanlig å anta at den positive effekten av inntekt på helse via denne mekanismen avtar med et økende velstandsnivå, og da både på individnivå (og som en følge av dette) på samfunnsnivå. Tesen om avtakende grensenytte av (absolutt) inntekt på helse kan forklare hvorfor den aggregerte sammenhengen mellom et lands velstandsnivå og folkehelsen er sterk blant fattige land (og i en tidlig fase av et lands økonomiske utvikling), men ser ut for å avta blant land som har nådd et visst velstandsnivå (se for eksempel Lynch m.fl. 2000, Wilkinson 1996). Tesen innebærer samtidig en antakelse om at betydningen av variasjoner i inntektens absolutte størrelse mellom individer og hushold vil være svakere i rike land, der alle har råd til et visst minimum av materielle levekår, og da særlig hvis et velutviklet offentlig helsevesen sørger for at mangel på økonomiske ressurser ikke er en avgjørende hindring for å få nødvendig helsestell.

Det psykososiale perspektivet antar derimot at det relative inntektsnivået har en kausal effekt på helsen via psykososiale og eventuelt psykosomatiske mekanismer. Richard Wilkinson (1996) hevder for eksempel at det å ha lav inntekt i forhold til andre mennesker kan føre til stress, sviktende selvbilde, og manglende følelse av kontroll, og at dette i sin tur kan utløse psykiske problemer, dysfunksjonell helseatferd, og potensielt psykosomatiske lidelser (se også Marmot m.fl. 1978, Marmot 2005).

Betydningen av psykososiale mekanismer for en eventuell kausaleffekt av inntekt på helse er imidlertid teoretisk omstridt. En innvending er at det ikke er åpenbart hva som er den relevante rammen for de sammenligningene som fører til opplevelsen av relativ deprivasjon som i sin tur er skadelige for helsen. Sammenligner vi oss primært med folk i nabolaget, lokalsamfunnet, nasjonalstaten eller enda større enheter, og kan det tenkes at relative forskjeller til folk i den samme etniske gruppen eller den samme aldersgruppen er spesielt viktige (Cutler m.fl. 2011; Pedersen 2004)? Videre har det vært påpekt at det i de fleste samfunn kan være flere kilder til sosial status, og at den psykososiale teorien åpner for vilkårlighet gjennom å tillegge den subjektive opplevelsen av å ha lavere inntekt enn andre, og ikke den faktiske inntektssituasjonen, avgjørende betydning for helsen. Begge deler kan føre til at teorien mister prediksjonskraft (Deaton 2011, Lynch m.fl. 2000).

Kritikere av det psykososiale perspektivet har i stedet tatt til orde for det de kaller et neo-materielt perspektiv, se også kapittel 4 for en mer generell diskusjon av dette synet. I denne sammenhengen er poenget at individuelle forskjeller i inntektsnivå fører til reelle forskjeller i tilgangen på helserelevante materielle ressurser – også i rike land (Lynch m.fl. 2000). Selv i rike samfunn, der alle får dekket grunnleggende behov for mat og klær, kan nivået på inntekten påvirke mulighetene til å føre en sunn livsstil og eksponeringen for ulike helserisikoer. Sunne matvarer er for eksempel gjerne dyrere enn usunne, sikre biler er dyrere enn usikre, osv. Det neo-materielle perspektivet skiller seg fra den mer klassiske varianten ved å åpne for at ikke bare det absolutte, men også det relative inntektsnivået kan spille en vesentlig rolle for helseutfall (Kawachi m.fl. 2010). Her kan flere mekanismer være aktuelle. For eksempel vil samfunnsmessig deltakelse og adgangen til nødvendig infrastruktur stille større krav til den individuelle inntekten hvis man bor i et rikt land enn hvis man bor i et fattig land. I et land, eller et geografisk område, der alle andre familier har råd til en eller flere biler og moderne elektroniske kommunikasjonsmidler, vil det å ikke selv ha råd til slikt åpenbart svekke mulighetene til deltakelse i samfunnet. Dette kan, direkte eller indirekte, ha negative konsekvenser for tilgangen på helsemessig relevante ressurser. En annen mulig mekanisme er at relativt fattige individer står overfor en tøffere prioriteringskonflikt mellom hensynet til egen sunnhet på den ene siden, og ønsket om å oppnå en livsstil og et tilhørende forbruksmønster som ligner på forbruksmønsteret til de mer velstående i samfunnet på den andre siden. Relativt inntektsfattige individer kan derfor være tilbøyelige til å velge billige og usunne varianter av viktige forbruksvarer og å velge bort kostbare investeringer i egen helse, for til gjengjeld å få råd til de (eventuelt mer luksuspregede) godene som trengs for å tilnærme seg det de oppfatter som en normal og sosialt akseptabel livsstil i det omkringliggende samfunn. Igjen peker dette resonnementet på betydningen av det relative inntektsnivået fordi man må anta at de samme individene ville valgt en mer helsevennlig livsstil hvis de hadde levd i et samfunn der alle var (nesten) like fattige som dem selv.

Endelig har vi muligheten for helserelatert sosial mobilitet (også omtalt som sosial seleksjon, eller omvendt kausalitet) som innebærer at helseproblemer, eller helserelaterte egenskaper, påvirker inntekten, og ikke omvendt. Dette kan skje ved at helseproblemer i oppvekst påvirker utdanning og dermed inntekt (som beskrevet ovenfor), eller at helseproblemer påvirker yrkesvalg og/ eller deltakelse i arbeidsmarkedet i voksen alder. Problemet med omvendt kausalitet kan antas å spille en mindre rolle når det gjelder sammenhengen mellom familieinntekt og helseutfall for barn på kort og lang sikt. Det er likevel mulig at foreldre til barn med funksjonshemminger eller alvorlige sykdommer i barndommen, kan tendere mot å redusere sin arbeidsmarkedsdeltakelse, og dermed skape en kausaleffekt fra barnets helse til familieinntekten.

Omfattende forskning fra flere land, Norge inkludert, viser at helse i liten grad påvirker klassemobiliteten i arbeidsmarkedet (Dahl og Elstad 2009), men at det er klar evidens for at helseproblemer kan forklare uttreden fra arbeidsmarkedet noe vi har drøftet grundigere i

kapittel 8 om sysselsetting. Siden ikke-yrkesaktive jevnt over har lavere inntekt enn yrkesaktive kan det således forklares med dårlig helse. Dette er et plausibelt argument, men spørsmålet er hvor mye slike mekanismer kan forklare. En måte å teste dette på er å undersøke om overdødeligheten i lavere inntektsgrupper avtar over tid ettersom de sykeste, altså de som er selektert inn i lavinntektsgruppene på grunn av svak helse, etter hvert dør ut. En norsk studie med et slikt design fant at det var store ulikheter mellom inntektsdesilene over tid som varte ut hele undersøkelsesperioden på 10 år, både blant menn og kvinner. Undersøkelsen konkluderte med at det i svært liten grad var en avtakende overdødelighet blant personer i de lavere inntektslag, slik en skulle forvente dersom seleksjonshypotesen var korrekt. Seleksjon kunne i forsvinnende liten grad forklare de vedvarende inntektsulikhetene i dødelighet i observasjonsperioden på 10 år (Hofoss m.fl. 2013). Denne studien gjelder dødelighet og ikke nødvendigvis andre helseutfall, og den har en begrenset observasjonsperiode.

Vi vil også peke på muligheten for at de statistiske mål som ofte brukes ikke er velegnet til å si noe entydig om endringer i assosiasjonen mellom inntekt og helse. Brekke m.fl. (2012) har vist at konvensjonelle bivariate mål på inntektsulikhet i helse som RII og konsentrasjonsindeksen har den uheldige egenskapen at de kan registrere økende ulikhet i helse som et resultat av at selve inntektsfordelingen blir mer jevn, mens både selve helseulikheten og den gjensidige påvirkningen mellom helse og inntekt forblir uendret. At de ellers relativt egalitære nordiske landene skårer høyt på disse konvensjonelle mål på inntektsulikhet i helse er derfor i virkeligheten et trivielt og logisk nødvendig resultat av at selve inntektsfordelingen i de nordiske landene er spesielt egalitær. Denne tekniske forklaringen på eksistensen av en relativt høy inntektsulikhet i helse i Norge og de andre nordiske landene kan imidlertid ikke forklare den sterke økningen i helseulikhet som har funnet sted over tid i Norge, ettersom selve inntektsulikheten ikke har blitt mindre i den perioden hvor helseulikhetene har økt.

Den kompleksiteten som nå er beskrevet betyr at ethvert forsøk på å estimere den faktiske kausale effekten av inntekt på helse vil være forbundet med store metodiske utfordringer. Etter vår vurdering er det imidlertid støtte i forskningslitteraturen for å anta at inntekt påvirker helse (Forget 2011, Kawachi m.fl. 2010, Pedersen 2013:31-32, Williams m.fl. 2008), men at sammenhengen er resultatet av et komplekst samspill mellom en kausaleffekt, effekter av helse på inntekt, samt bakenforliggende variabler som bidrar til en korrelasjon mellom inntekt og helse. Det er videre sterkere empirisk støtte for tesen om at inntekt og velstandsnivå påvirker barns helse på kort og lang sikt enn eldres helse. En norsk studie konkluderer for eksempel at fattigdommen i seg selv har en negativ effekt på barnas helse (Elstad og Pedersen 2012b).

Forskningen gir ikke entydige svar på hvorvidt årsakene er knyttet til (neo-)materielle eller psykososiale mekanismer. Formodentlig er det ikke avgjørende hvilke mekanismer som virker dersom inntektsendring i seg selv gir en helseeffekt. Men siden det er grunn til å anta

at sammenhengen mellom inntekt og helse er knyttet både til kausalitet, helserelatert sosial mobilitet og felles bakenforliggende faktorer, taler det for å iverksette tiltak som kan modifisere alle disse mekanismene.

Den normative politiske relevansen av inntektsulikhet i helse i et rikt land som Norge står og faller ikke med hypotesen om at gradienten i all hovedsak er drevet av en egentlig kausaleffekt av inntekt på helse. Det kan også være problematisk sett fra et normativt synspunkt om kausaliteten løper i motsatt retning – for eksempel ved at uforskyldte helseproblemer får alvorlige negative konsekvenser for inntektssituasjonen til et individ. Inntekt og helse er hver for seg sentrale komponenter i et individs samlede velferd. En kan derfor argumentere for at de eksisterende ulikhetene i fordelingen av henholdsvis inntekt og helse blir mer problematiske jo sterkere korrelasjonen er mellom de to fordelingene, uansett hva som er de underliggende årsaksmekanismene. Poenget er at en sterk korrelasjon, ”alt annet likt”, innebærer at den samlede fordelingen av velferd og livssjanser blir skjevere.

10.5 Politikken på feltet

Inntektsfordelingen påvirkes av politikk på en rekke områder. Her skal vi konsentrere oss om politiske tiltak for å påvirke inntektsfordelingen og lønnsdannelsen. Sentralt i diskusjonen står hvordan offentlige overføringer og skattesystemet har bidratt til utviklingen i inntektsulikhet og relativ inntektsfattigdom – både i et litt lengre tidsperspektiv og i løpet av de siste årene.

Giæver (2013) har i sin underlagsrapport til prosjektet vurdert i hvilke grad de inntektsutjevnerende tiltak Regjeringen varslet i Helseforskjellsmeldingen faktisk er blitt iverksatt (se også kapittel 14). Disse tiltakene innbefatter arbeid med å sikre at skattesystemet i sterkere grad bidrar til en mer rettferdig inntektsfordeling, følge utviklingen i inntektsfordelingen, og å gjennomføre tiltak for å avskaffe (senere rettet til «bekjempe») fattigdom. Regjeringen har fulgt opp disse signalene med en rekke ulike tiltak (Giæver 2013:15). For eksempel har skattepolitikken særlig dreid seg om tiltak som har hatt som mål å gi lettelse nederst i inntektsfordelingen, og skjerpelse øverst. I fattigdomspolitikken har en holdt fast ved og fulgt opp hovedstrategien, nemlig arbeidslinja. Det vil si at arbeid er det viktigste virkemiddelet mot fattigdom og sosial eksklusjon. Vi vil drøfte innsatsen mot fattigdom grundigere i kapittel 13.

En enkel måte å belyse de samlede virkningene av skatte- og overføringssystemet på inntektsfordelingen er ved å sammenligne ulikheten i markedsinntekt (summen av yrkesinntekter, kapitalinntekter og private overføringer) med fordelingen etter at de offentlige overføringene er lagt til (samlet bruttoinntekt) og med den endelige fordelingen etter at skattene til slutt har blitt trukket fra (inntekt etter skatt). Fordelingsutvalget (NOU 2009:10, Tabell c) har vist at for befolkningen i yrkesaktiv alder er det tendenser til en betydelig økning av ulikheten i markedsinntekt i tiåret 1986-1996. Effekten av dette dempes særlig av at inntektsoverføringene bidrar mer til utjevning i 1996 og 2007 enn tidligere. Det

kan altså se ut som at den underliggende ulikheten i markedsinntekter har økt betraktelig, mens dette bare har gitt seg utslag i en beskjeden økning i ulikheten i inntekt etter skatt på grunn av en sterkere utjevningseffekt, særlig av overføringene, men også av skattene. Her skal man imidlertid være oppmerksom på at en del av økningen i ulikhet i markedsinntekt antakelig har sammenheng med at både andelen arbeidsløse og andelen på helserelaterte trygdeytelser var høyere på 1990- og 2000- tallet enn den var i 1986. Når trygdesystemet på denne måten «får mer å gjøre» vil omfordelingsvirkningene av systemet automatisk øke, uten at det har skjedd endringer i hvor sjenerøse eller lett tilgjengelige ytelsene er. Det økte bidraget til utjevning betyr dermed ikke nødvendigvis at selve systemet har blitt endret i mer omfordelingsvennlig retning.

Reglene for tildeling og utmåling av trygdeytelser som bidrar til utjevning av inntekt har vært preget av en høy grad av stabilitet over det siste tiåret. Likevel har det skjedd en rekke endringer som blant annet bidrar til å forklare de til dels store utslagene i fattigdomsrater for ulike demografiske grupper som ble omtalt ovenfor.

Det er flere endringer som bidrar til lavere inntektsulikhet og fattigdom. Regjeringen Stoltenberg tok i 2008 initiativ til en betydelig opptrapping av minstepensjonen for alders- og uførepensjonister. Endringen kommer på toppen av den mer automatiske tendensen til reduserte fattigdomsrater blant alderspensjonistene som følger med modningen av folketrygdens pensjonssystem. I 2006 gjennomførte regjeringen en skattereform. Hovedmålet med reformen var å tette et hull i skattesystemet som oppstod i forbindelse med den såkalte delingsmodellen. Før reformen innebar denne modellen at personer som jobbet i egen bedrift kunne unndra mye av inntekten sin fra arbeidsinntektsskatt til fordel for en ofte langt lavere kapitalinntektsskatt. Reformen ble evaluert for et par år siden (St. meld. 11 (2010-2011)). Finansdepartementet argumenterer i evalueringen for at reformen har ført til at «omfordelingen gjennom skattesystemet (er) betydelig styrket» (St. meld. 11 (2010-2011):16). Det kan imidlertid hende at de valgte målepunkter rett før og rett etter reformen gir et noe overdrevet bilde av omfordelingsutviklingen, på grunn av tilpasninger til reformen. I tillegg har personkretsen for bostøtteordningen blitt utvidet og inntektsprøvingen er blitt mildere, men virkningene av denne endringen er antakelig nokså beskjeden. Vi har også fått kvalifiseringsprogrammet, og den tilhørende kvalifiseringsstøtten myntet på langtidsmottakere av sosialhjelp og andre grupper som står langt fra arbeidsmarkedet. Dette omtales nærmere i kapittel 13.

Men det er også gjennomført endringer som bidrar til økt inntektsulikhet og fattigdom, blant annet underreguleringen av barnetrygden. Mens hovedregelen i det norske trygdesystemet er at ytelsene blir oppregulert i takt med folketrygdens grunnbeløp, og dermed med den alminnelige lønnsutviklingen, har barnetrygden vært fastlåst i nominelle verdier siden 1996. Kjøpekraften til barnetrygden har dermed blitt redusert med mer enn 25 prosent. Størrelsen på barnetrygden sett i forhold til medianinntekten – og dermed fattigdomsgrensen – har blitt redusert med vel 50 prosent (Pedersen 2013). Dette er antakelig hovedforklaringen på

den svært ugunstige utviklingen i fattigdomsrater for barn i alminnelighet og barn av enslige forsørgere i særdeleshet, som ble vist ovenfor. Enslige forsørgere mottar barnetrygd for ett barn mer enn de har og barnetrygden utgjorde, før underreguleringen satte inn, en vesentlig del av inntektspakken til denne gruppen.

Etter innføringen av statlig veiledende normer for utmåling av stønad til livsopphold i sosialhjelpssystemet har satsene som hovedregel blitt oppregulert årlig med prisveksten, og ikke med lønnsveksten. På tross av to ekstraordinære økninger i de veiledende satsene på til sammen 10 prosent (som har blitt gjennomført siden 2005), sakker de etter lønnsutviklingen.

For øvrig er det selvsagt vanskelig å vurdere de samlede effektene av disse politiske reformene på utviklingen i overordnet inntektsulikhet i Norge. Siden Helseforskjellsmeldingen ble lagt frem har ulikhet i inntekt (både ettårsinntekt og treårsinntekt) vært temmelig stabil, og fattigdomsratene viser også høy grad av stabilitet. Mye tyder på at skattereformen i 2006, samt enkelte andre grep som har vært gjennomført i ettertid, har lyktes med å tette smutthull og dermed gitt et mer rettferdig skattesystem, slik intensjonen var. Gitt disse grepene er det kanskje noe overraskende at inntektsulikheten og fattigdomsratene ikke har gått mer merkbart ned. En mulig forklaring er at skattepolitikken de senere årene har befunnet seg i en motstrøm av økende ulikhet i markedsinntekter, slik vi har vært inne på. I så fall kan skattepolitikken bidrag til utjevning i realiteten ha vært større enn det indikatorene viser.

Vi har vist at lønnsforskjellene mellom flere utdannings- og yrkesgrupper er økende. Tiltak mot blant annet lønnspress ble lansert i regjeringens handlingsplaner mot sosial dumping, og disse planene skal sikre at arbeidsinnvandrere får akseptable lønns- og arbeidsvilkår (Eldring m.fl. 2011). Planene mot sosial dumping er en blanding av strukturelle virkemidler, regelverksendringer, og mer pedagogiske virkemidler. En evaluering av planene konkluderer: «tiltakene mot sosial dumping har hatt en positiv virkning» (Eldring m.fl. 2011:193). Disse handlingsplanene synes altså relativt godt egnet som virkemidler for å dempe driften mot lavere lønninger i utsatte deler av det norske arbeidsmarkedet. Helserelevansen er til dels nokså åpenbar. Ved å forhindre forringelse av lønns- og arbeidsvilkår kan det forventes at disse tiltakene vil ha en positiv innvirkning på sosial ulikhet i helse.

10.6 Oppsummering og diskusjon

Inntektslikheten i Norge, målt med Gini- indeksen, har vært relativt stabil i løpet av de siste årene. Dette skjuler imidlertid at småbarnsfamilier, og særlig enslige forsørgere nå opplever i større grad relativ fattigdom enn for noen år siden, mens eldre er kommet bedre ut av det over tid. Blant årsakene til denne utviklingen er politiske endringer i deler av stønadssystemet. Når det gjelder ulikhet i lønninger har de rikeste sikret seg en større del av velstandsveksten enn de mindre bemidlede. Grupper med lite utdanning, bestemte utsatte yrkesgrupper, og ansatte i næringer med en høy andel arbeidsimmigranter sakker akterut i

lønnsutviklingen. Ulikhet i markedsinntekter, som i tillegg til lønninger omfatter blant annet kapitalinntekter, er ikke vesentlig mindre i Norge enn OECD- gjennomsnittet. Likevel er inntektsulikhet og fattigdom i Norge på et lavere nivå enn i de aller fleste land i den rike delen av verden. Inntektsulikhet i dødelighet har, i absolutte termer, vært ganske stabil i perioden 1993-2008, både for menn og kvinner. Det har vært en reduksjon i dødelighet i alle inntektsgrupper, bortsett fra blant kvinner i den laveste inntektsgruppen. Fattige, enten de er menn eller kvinner, unge eller eldre, har markert høyere dødelighet enn ikke-fattige. Sammenlikning av tall fra tidlig 1990- tall med sent 2000- tall viser liten eller ingen endring i absolutte dødelighetsforskjeller, men noe økning i relative forskjeller – både blant menn og kvinner – mellom fattige og ikke-fattige. Gitt at de absolutte forskjellene er vesentligst i et folkehelseperspektiv, er det altså stabilitet eller svak nedgang i dødelighetsforskjellene mellom fattige og ikke-fattige som preger bildet. Fordelingen av enkelte helseindikatorer eller risikofaktorer som daglig røyking, fedme, og mosjon viser imidlertid ubetydelige forskjell mellom fattige og ikke-fattige.

Regjeringen har satt i verk en rekke tiltak for inntektsutjevning. Det er vanskelig å vurdere de samlede effektene av disse politiske reformene, men mye tyder på at skattereformen i 2006, samt enkelte andre grep som har vært gjennomført, har lyktes med å tette smutthull. Siden skattepolitikken de senere årene har befunnet seg i en motstrøm av økende ulikhet i markedsinntekter, er det mulig at skattepolitikken bidrag til utjevning i realiteten har vært større enn det som faktisk kan observeres. I sosial- og velferdspolitikken har enkelte tiltak bidratt til forbedringer for noen (for eksempel eldre), mens andre tiltak har bidratt til relative forverring, for eksempel for barnefamilier.

På et mer generelt plan er det grunn til å anta at årsakene til sammenhengen mellom posisjon i inntektsstrukturen, herunder posisjon som «fattig», og helse skyldes kausale effekter av posisjonen. Men, det er også grunn til å formode at dårlig helse «påvirker» posisjonen i inntektsfordelingen negativt, og at sammenhengen skyldes effekten av bakenforliggende faktorer, for eksempel helsemessige og sosiale forhold i oppveksten.

10.7 Mål, anbefalinger og forskningsbehov

Mål

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

Anbefalinger

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

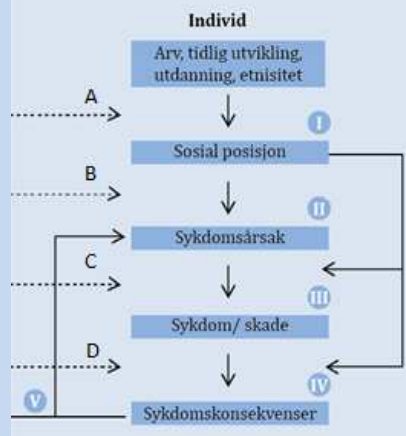
1. *Fortsatt omfordeling gjennom skatte- og overføringssystemet.* Gjennom skattesystemet og overføringssystemet bør myndighetene fortsatt sørge for at inntektsulikheten ikke øker, og sørge for å heve mennesker på bunnen av fordelingen. Fordi ikke alle personer med nedsatt funksjonsevne og kronisk syke vil få innpass i arbeidslivet, er det nødvendig med gode stønadsnivåer i folketrygden. Gode ytelser og levekår er viktig også for uførepensjonistenes helse, trivsel og livskvalitet og dermed også for ulikhet i helse, og for folkehelsen i stort. For eksempel bør en opprettholde nivået på uførepensjonen som folk gjerne mottar i en lengre periode.
2. *Innsats mot sosial dumping styrkes.* Lønnsforskjellene har økt, og personer med lavere utdanning, i enkelte yrkesgrupper, og i utsatte bransjer er blitt hengende etter i lønnsutviklingen. Sosial dumping er én mekanisme som presser ned lønningene blant mennesker med lite kvalifikasjoner og i konkurranseutsatte yrker og bransjer. Evalueringer viser at handlingsplanene mot sosial dumping har effekt. Gjennom å dempe lønnsforskjeller kan det forventes at innteksrelaterte ulikheter i helse kan reduseres.
3. *Reduksjon av fattigdom i barnefamilier.* Det er i dag flere barnefamilier enn før som er inntektsfattige. Nedskjæring i, eller manglende oppjustering av, flere av ytelsene til barnefamilier er en årsak til økt fattigdom i barnefamilier. Generelt vil vi anbefale en oppjustering av økonomisk støtte til barnefamilier. Eksempler er satsene i barnetrygden, barnetilleggene i trygdeordningene, i kvalifiseringsstønadene og i sosialhjelpen.

Forskningsbehov

1. *Mer kunnskap om årsakssammenhengen mellom økonomiske ressurser og helse.* Vi trenger mer forskning om hvordan bedring eller forverring i tilgang til økonomiske ressurser påvirker forskjellige helseutfall. I denne sammenheng er det behov for flere studier av og eksperimentell og kvasiekperimentell karakter, samt tilrettelegging og utnyttelse av naturlige eksperimenter. Det er videre behov for mer teoretisk utviklingsarbeid for å utforske de ulike mekanismene som forbinder inntekt og helse, både når det gjelder materielle og psykososiale mekanismer og kombinasjoner av disse.
2. *Utarbeiding av en økonomisk minstestandard for å leve et sunt liv.* Hvilket inntektsnivå er nødvendig for å leve et sunt liv? Minstestandarder for «healthy living» er blitt utarbeidet i England og er blant annet brukt til å vurdere hvorvidt stønadssatsene i stønadssystemene er høye nok til at mottakerne har mulighet til å leve sunt. Mennesker i ulike livsfaser har ulike behov, noe som bør reflekteres i minstestandarden. En slik norsk minstestandard må ta høyde for at mange som lever på lave inntekter har høyere utgifter til helsetjenester og medisiner enn andre.

11 Helsevaner

Jamfør analysemodellen i kapittel 3 (figur 3.2) omhandler dette kapitlet differensiell eksponering (mekanisme II) og differensiell sårbarhet (mekanisme III) fordi det ofte er samspill mellom ulike helsevaner – og andre risikofaktorer – som kan føre til forsterkede effekter og økt sårbarhet. Tiltak indikert med pil B og C er særlig aktuelle.



11.1 Innledning

Formålet med dette kapitlet er å dokumentere den sosiale dimensjonen ved utvalgte helsevaner, drøfte hvordan vi kan forstå disse vanenes sosiale fordeling og deres betydning for sosial ulikhet i helse, og å diskutere den politikken som føres for å få folk til å treffe sunne valg.

Forekomst av og trender i de typene helseatferd vi her retter søkelyset mot – kosthold, røyking, alkoholbruk, og fysisk aktivitet, er godt beskrevet andre steder (Tell m.fl. 2013, St.meld 34 (2012-2013, Helse- og Omsorgsdepartementet 2013, se også kapittel 5 foran). Alle fire typer helsevaner regnes som direkte eller indirekte risikofaktorer for utvikling av en rekke kroniske folkesykdommer, slik som hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer, diabetes, og for prematur død av slike sykdommer (Tell m.fl. 2013). Her vil vi altså konsentrere oss om hvordan disse vanene er sosialt fordelt. Kapitlet avgrenser seg til disse fire helsevanene som på engelsk er kalt «the holy four», selv om litteraturen ofte inkluderer også andre typer risikoatferd, helseforebyggende atferd, og legesøkingsatferd. Kapitlet bygger på tre underlagsrapporter som er levert til prosjektet av Elstad (2013), Giæver (2013), og Larsen og Hansen (2013).

Helsevaner, eller helseatferd, ansees som en sosial determinant for sosial ulikhet i helse. Det gjør det også i perspektivet om helsens sosiale determinanter, men betraktes her som en determinant som i seg selv krever en forklaring, det vil si en forståelse for «årsakene bak årsakene». Helsevaner aktualiserer spenningen mellom aktør og struktur, mellom eksponering og individets valg, og mellom helsevaner som noe lokalt og avgrenset og helsevaner som et fenomen integrert i mer omfattende livsstiler og sosiale strukturer. De

ulike begrepene hører opprinnelig til forskjellige faglige disipliner. Helseatferd har psykologiske konnotasjoner, mens uttrykk som 'helserelatert livsstil' hører mer hjemme i et sosiologisk vokabular (Wold og Samdal 2009).

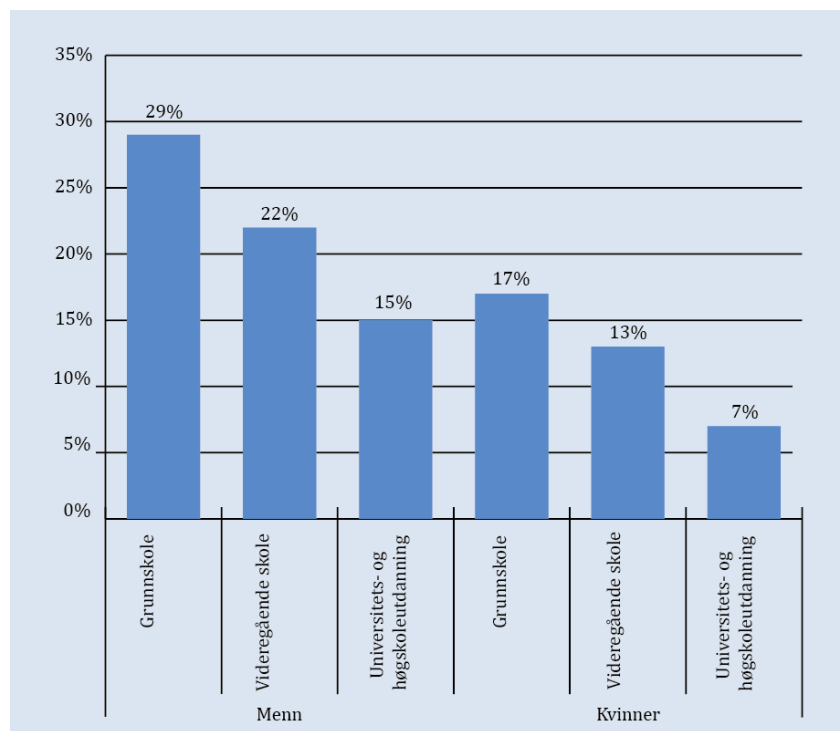
11.2 Helsevanenes sosiale fordeling

Det er en tendens til at både gode og dårlige helsevaner opptrer i hver sine klynger. En norsk studie fra 1986 konkluderte at «[s]å godt som alt som kalles sunt er mer vanlig i høystatusgrupper» (Aarø 1986:131, sitert i Elstad 2005). Det innebærer en fare for økt sårbarhet i grupper med én usunn helsevane, siden den helseskadelige effekten kan forsterkes av eksponeringen for andre usunne helsevaner (Cockerham 2013).

Kosthold

Et sunt kosthold kjennetegnes av mye frukt, grønnsaker, bønner, fiber, fullkorn, nøtter, planteoljer og fisk. Et usunt kosthold preges av et høyt innhold av salt, rødt og bearbeidet kjøtt, mettet transfett, fint hvetemel og raffinert sukker (Tell m.fl. 2013:27). Nedenfor i figur 11.1 fremkommer det hvor stor prosentandel, fordelt etter kjønn og utdanning, som inntok sukkerholdige drikke daglig.

Figur 11.1 Inntak av sukkerholdig drikke etter kjønn og utdanning. Prosent.



Kilde: Larsen og Hansen 2013, figur 1.

Figuren viser markerte utdanningsgradienter for daglig inntak av sukkerholdig drikke, spesielt blant menn. Tilsvarende gradienter finnes for inntak av andre næringsstoffer. Jo

lavere sosioøkonomisk posisjon, jo færre spiser frukt og bær, noe helsemyndighetene anbefaler fem av om dagen av (Larsen og Hansen 2013). Tilsvarende utdanningsgrader finner en for inntak av grønnsaker, selv om det er få personer innen alle utdanningsgrupper som sjelden eller aldri spiser grønnsaker (Næss m.fl. 2007a, Strand og Næss 2009:76).

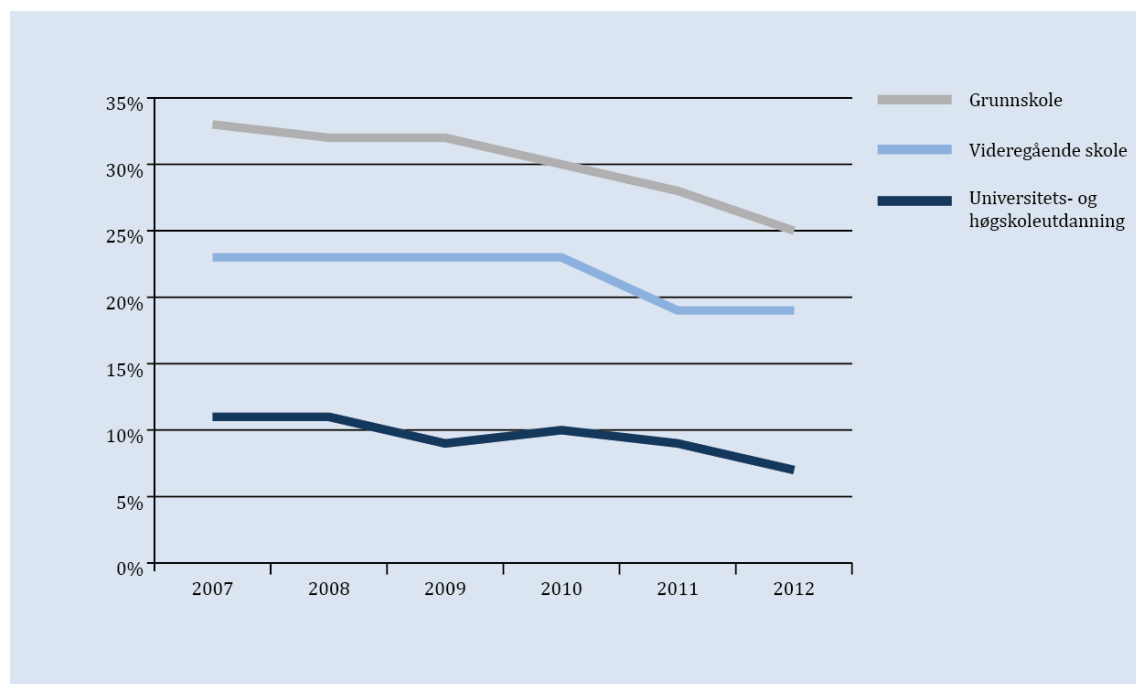
Internasjonale studier har vist at grupper med lavere sosioøkonomisk posisjon har høyere inntak av saltholdig mat enn grupper med høyere sosioøkonomisk posisjon, målt ved både yrke og utdanning (Ji m.fl. 2013, Miyaki m.fl. 2013). Vi har ikke funnet norske studier av sosioøkonomiske ulikheter i saltinntak, men det er liten grunn til å tro at mønsteret er annerledes i Norge.

Slike sosiale gradienter i kosthold går igjen i mange vestlige land (Cockerham 2013, Pampel m.fl. 2010, Elstad 2005).

Røyking

Røyking er knyttet til utvikling av 50 sykdommer og ansees for å være ansvarlig for et stort antall premature dødsfall i verden (Tell m.fl. 2013). Andelen i Norge som røyker daglig eller av og til har gått ned fra godt over 50 prosent i 1974 til 26 prosent i 2013 (Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2012d). Samtidig er det påvist tydelige sosioøkonomiske gradienter i røyking i Norge: jo lavere utdanningsnivå, jo flere røyker (Næss m.fl. 2007a). For noen tiår siden var derimot røyking mer utbredt i høyere sosiale lag (Lund m.fl. 2009). Nedgangen i andelen daglig røykere etter utdanningsnivå fra 2007 til 2012 vises i figur 11.2.

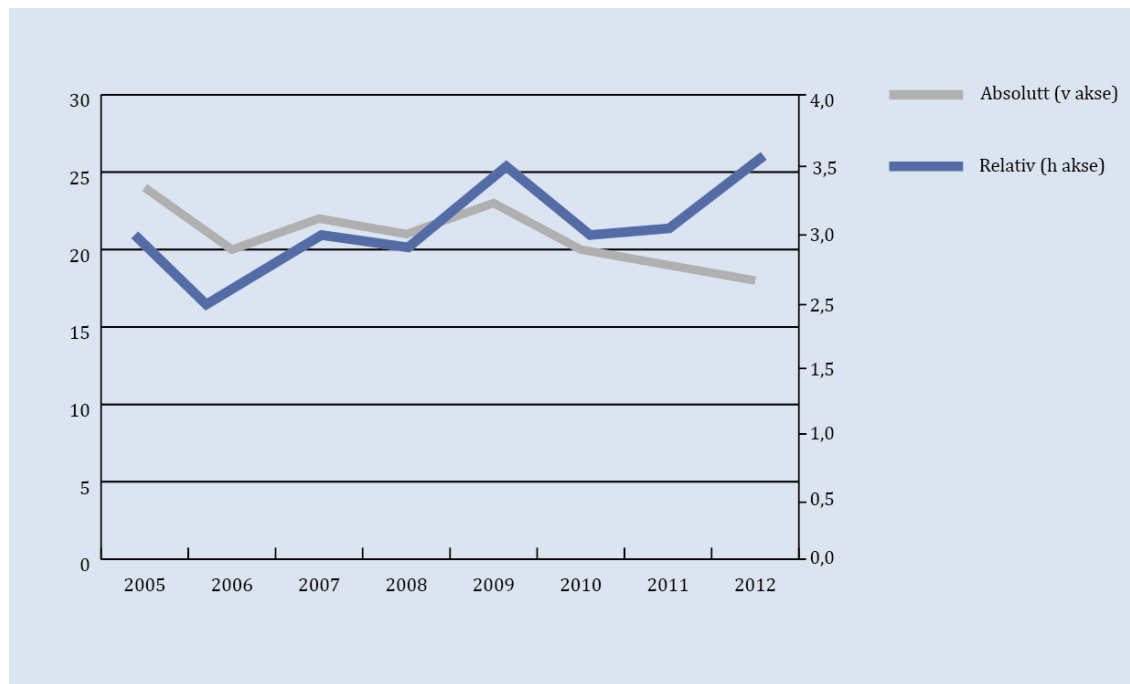
Figur 11.2 Endring i røykevaner i tre utdanningsgrupper 2007-2012. Prosent.



Kilde: Larsen og Hansen 2013, figur 3.

Figur 11.2 viser en klar tendens til nedgang i andelen daglig røykere i alle tre utdanningsgrupper, og det er også tegn til en reduksjon av utdanningsulikheten i røyking i løpet av de siste årene. Figur 11.3 nedenfor viser hvordan de absolutte og relative forskjellene i røyking har endret seg siden midten av 2000- tallet.

Figur 11.3 Absolutte og relative forskjeller i daglig røyking i Norge 2005-2012.



Kilde: Giæver 2013:9.

Figur 11.3 viser utviklingen i forskjeller i daglig røyking 2005-2012 mellom nordmenn med kort og lang utdanning. Venstre akse (v akse) og den grå kurven viser den absolutte differansen i prosentpoeng mellom røykeandelen blant de med universitetsutdanning og de med grunnskoleutdanning. Høyre akse (h akse) og den blå kurven viser den relative forskjellen som framkommer når røykeandelen blant de med grunnskole divideres med røykeandelen blant de med universitetsutdanning. Vi ser en tendens til reduksjon i absolutte forskjeller mellom de to utdanningsgruppene (grå linje), mens det er en svak økning i relative forskjeller (blå linje). Dersom absolutte størrelser er av størst betydning for folkehelsearbeidet, må dette betegnes som en gunstig utvikling.

I perioden fra 1976 til 2006 var det en økning i utdanningsforskjellene i røyking både i absolutt og relativ forstand (Næss og Kristensen 2009:297). Gitt at det tar 20-30 år fra eksponering for tobakk til helseskadene manifesterer seg, vil det gå noen år før en kan vente en reduksjon i sosiale forskjeller i tobakksrelatert sykdom og dødelighet.

Det er vist at relativ ulikhet i daglig røyking etter utdanning er større i nord-europeiske enn i andre europeiske land (Strand m.fl. 2013a). Dette forklares gjerne med at Norge har nådd et mer framskredent stadium i den såkalte røyke-epidemien, som omtales nærmere nedenfor.

Dersom de siste års trender i ulikhet i røyking fortsetter, kan dette geografiske bildet endre seg i overskuelig framtid.

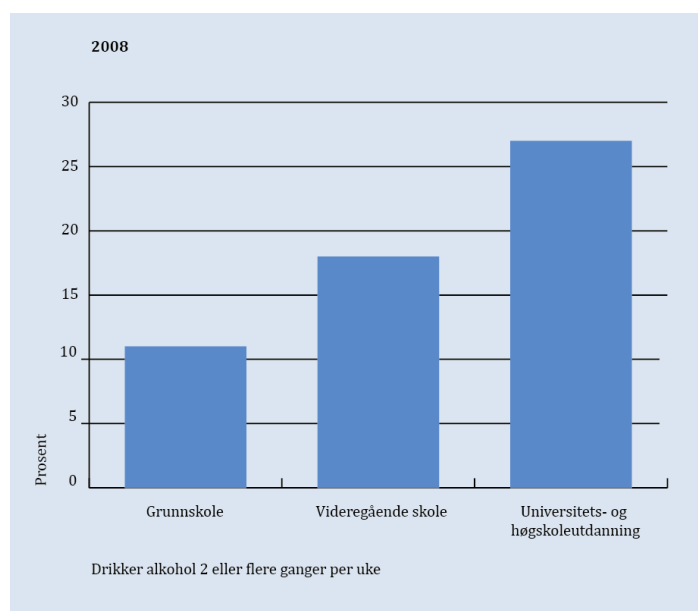
Alkohol

På verdensbasis er bruk av alkohol et betydelig folkehelseproblem. Alkoholbruk bidrar til 7,4 prosent av total sykdomsbyrde hos menn, og 3,0 prosent hos kvinner. Alkoholkonsum øker risikoen for anslagsvis 200 sykdommer og skader, herunder kreft, skrumplever og skader/ulykker (WHO 2013).

I alle europeiske land er det en sammenheng på individnivå mellom alkoholkonsum og i hvilken grad man har alkoholrelaterte problemer knyttet til sykdom eller skade. Sammenhengene på individnivå er sterkere i nord-europeiske enn i andre europeiske land (Storvoll m.fl. 2010). Likevel er dødsfall som kan tilskrives alkoholforbruk på et lavt nivå i Norge sammenliknet med resten av Europa (WHO 2013). Alkoholkonsumet er fremdeles lavere i Norge enn i de fleste andre land, selv om forbruket og hyppigheten av drikking har økt de siste tiår i alle befolkningsgrupper (Horverak og Bye 2007, Larsen og Hansen 2013, Tell m.fl. 2013). Hverdagsdrikking har blitt vanligere samtidig som helgedrikkingen vedvarer (Horverak og Bye 2007). En norsk studie fant at sporadisk stordrikking var forbundet med økt dødelighet av alle årsaker, også av hjerte- og karsykdommer, men at mindre mengder alkohol ukentlig eller sjeldnere var forbundet med lavere dødelighet av hjerte- og karsykdommer, sammenliknet med avholdenhet (Graff-Iversen m.fl. 2013).

Hyppigheten av ukentlig alkoholkonsum i tre utdanningsgrupper vises i figur 11.4 nedenfor.

Figur 11.4 Andel som drikker alkohol to eller flere ganger i uken, etter utdanningsnivå. Prosent.



Kilde: Larsen og Hansen 2013, figur 5.

Figur 11.4 viser at 28 prosent av dem med universitets- og høyskoleutdanning drakk to eller flere ganger i uka i 2008. For dem med videregående skole drakk 18 prosent alkohol like hyppig, mens dette kun gjaldt 11 prosent av dem med lavest utdanningsnivå. Dette mønsteret bekreftes også av andre undersøkelser: Det årlige forbruket av alkohol, særlig av vin og øl, har en tendens til å øke med utdanning og inntekt (Horverak og Bye 2007:202).

Dette mønsteret er i samsvar med funnene fra en stor europeisk undersøkelse, som konkluderer med at "familielevelstand er en risikofaktor ved at det øker hyppigheten av alkohol- og marihuanaforbruk blant ungdom gjennom bedre tilgang til økonomiske ressurser til å kjøpe det ønskede stoffet» (Steketee m.fl. 2013:87).

I Norge er det imidlertid mer beruselsesdrikking i lavere enn i høyere sosiale lag, først og fremst blant menn (Horverak og Bye 2007). Det er også en trend, om enn avtakende, at det er sosioøkonomiske forskjeller i hva man drikker. Høystatusgrupper foretrekker vin/øl, mens grupper med færre ressurser oftere velger sprit/hjemmebrent (Horverak og Bye 2007).

Fysisk aktivitet

Fysisk inaktivitet øker risikoen for flere kroniske sykdommer. I verdenssammenheng er fysisk inaktivitet anslått å forårsake seks prosent av hjerte- og karsykdommer, sju prosent av type 2 diabetes, ti prosent av brystkreft, og ti prosent av tykktarmskreft. Norske beregninger viser at en person med et anbefalt fysisk aktivitetsnivå kan forventes å leve 3,25 år lengre og vinne fem kvalitetsjusterte leveår i form av redusert sykkelighet sammenliknet med en inaktiv person (Tell m.fl. 2013:39). Siden 1985 har andelen inaktive gått ned, samtidig som andelen moderat aktive har økt. Andelen svært aktive er relativt stabil (Breivik og Rafoss 2012).

Endringer over tid i andelen som mosjonerer minst en dag i uken, etter kjønn og utdanningsnivå, vises i tabell 11.1 nedenfor.

Tabell 11.1 Fysisk aktivitet i tre perioder for menn og kvinner i tre utdanningskategorier. Prosent.

	Menn				Kvinner			
	1985	1995/98	2002/05	Endring	1985	1995/98	2002/05	Endring
Trener (minst) 1 dag i uken								
Alle	50.6	57.7	64.5	+13.9	54.6	61.8	70.7	+16.1
Høyere utdanning	66.3	67.7	74.0	+7.7	65.5	70.4	78.0	+12.5
Videregående utdanning	50.6	54.9	62.3	+11.7	57.0	61.1	69.9	+12.9
Grunnskole-utdanning	41.6	52.9	54.9	+13.3	47.3	54.9	56.7	+9.4

Kilde: Elstad 2013b:19. Aldersstandardiserte tall. Analyser av SSBs Helseundersøkelser.

Tabell 11.1 viser markerte utdanningsforskjeller i fysisk aktivitet (selv-rapportert) for begge kjønn ved alle tre tidsperioder. For menn vokser andelen fysisk aktive i observasjonsperioden, men mest for dem med lavest utdanning, slik at ulikheten blir mindre mellom yttergruppene. Dette gjelder for absolutte og relative forskjeller. Økningen blant kvinner er derimot størst blant dem med middels og høy utdanning, noe som fører til en økning i de absolutte forskjellene mellom yttergruppene, men ingen endring i de relative forskjellene. En tilsvarende gradient i fysisk aktivitet er påvist for husholdsinntekt (Breivik og Rafoss 2012).

En undersøkelse av voksnes fysiske form målt ved oksygenopptak finner også signifikante forskjeller etter utdanningsnivå, men ikke etter inntektnivåer (Anderssen m.fl. 2010). En studie av voksne (mellom 20 og 80 år) som brukte aktivitetsmåler dokumenterer klare, men ikke dramatiske, utdanningsgrader i andeler som oppfyller anbefalingene om 30 minutters fysisk aktivitet per dag (Folkehelsepolitisk rapport 2012:63). Det kan se ut til at utdanningsforskjellene i fysisk aktivitet fremtrer som mer markerte i studier som baserer seg på selv-rapportering enn i studier som baserer seg på «objektive» registreringer. Dette kan skyldes ulike tolkninger av fysisk aktivitet, for eksempel om den betraktes som en organisert aktivitet eller ei (Giæver 2013:34-35), men det kan også hende at utvalgene av respondenter er forskjellige.

Overvekt og fedme

Overvekts- og fedmeproblemet skyldes en ubalanse mellom kaloriinntak og kaloriforbruk, selv om det er vanskelig å si om det er endringer i fysisk aktivitet eller endringer i kosthold og energiinntak som spiller størst rolle. I helseundersøkelser blant voksne i alderen 40-45 år fant en at andelen med fedme (det vil si kroppsmasseindeks (KMI) større enn 30 kg/m²) var 27 prosent blant menn i laveste utdanningskategori mot 15 prosent blant menn med høyeste utdanningsnivå. I denne undersøkelsen var vekt og høyde målt og registrert, ikke selvrapportert. Tilsvarende forekomst av fedme for kvinner var henholdsvis 28 og 12 prosent (Næss m.fl. 2007a: tabell 18). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at i 2006-2008 er det en klar gradient i fedme (KMI > 30) etter utdanningsnivå, for begge kjønn. For eksempel var andelen lavt utdannede menn med fedme 30 prosent, mens blant menn med lengst utdanning er andelen drøyt 10 prosent (Krokstad og Knudtsen 2011:125).

Levekårsundersøkelsene har tall over utviklingen i overvekt og fedme (basert på selvrapportering av høyde og vekt) etter utdanning for perioden 2002-2012. Ifølge disse tallene er det i første rekke fedme som er relatert til sosial ulikhet på en noenlunde konsistent måte for menn og kvinner mens moderat overvekt og overvekt ikke har noen klar utdanningsgradient og viser heller ingen klare trender i ulikhetsmønstrene.

Det kan se ut til at utdanningsforskjellene i første rekke gjelder fedme, og ikke ulike grader av overvekt, og derfor muligens blir undervurdert i studier som baserer seg på selv-rapportering. Men det kan også være at de studiene som bygger på registreringer av høyde

og vekt har utvalg av respondenter som ikke er fullt ut representative for landet som helhet, slik for eksempel utvalgene i Levekårsundersøkelsene er (Jensen 2007).

11.3 I hvilken grad forklarer helsevaner sosial ulikhet i helse?

En første betingelse for at helseatferd skal kunne «forklare» ulikhet i helse i statistisk forstand er at disse vanene opptrer hyppigere i lavere enn i høyere sosiale lag. Som vist i avsnittet over er dette ganske entydig når det gjelder røyking, fysisk aktivitet og kostvaner, men mindre entydig når det gjelder bruk av alkohol.

Én innvending mot helseatferdsforklaringen er at både helseatferd og sosial posisjon skyldes en felles bakenforliggende personlighetsfaktor som tidspreferanser, verdsetting av fremtiden, evnen til utsatt behovstilfredsstillelse, risikoaversjon, eller selv-kontroll (Fuchs 1980, Cutler og Lleras-Muney 2010:2). Men empiriske studier at denne typen personlighetsfaktorer viser seg å være av underordnet betydning (Cutler og Lleras-Muney 2010).

Dessuten kan helsevaner være viktige for å forklare noen helseutfall, men ikke andre. Som vist, er det markante sosioøkonomiske forskjeller i muskel- og skjelettplager, smertetilstander, selvurdert helse, mental helse, sykefravær og uførepensjon. Det er ikke opplagt at helsevanene er like potente forklaringskandidater for alle disse helseproblemene (Elstad 2005). Storforsbruk av alkohol er som nevnt forbundet med forekomst av flere kreftformer (DiClemente m.fl. 2013:7, WHO 2013), men sosial ulikhet i kreftdødelighet er ikke i særlig grad forbundet med alkoholkonsum i nordiske land (Menvielle m.fl. 2008). Det er imidlertid bedre empirisk belegg for at en del av de sosioøkonomiske forskjellene i de dominerende dødsårsakene skyldes helseatferd knyttet til tobakk, kosthold og mosjon. Et typisk eksempel er røyking og dødelighet av lungekreft (Strand m.fl. 2013a).

En stor europeisk studie har anslått hvilken effekt det vil ha på utdanningsforskjeller i dødelighet dersom forekomsten av utvalgte risikofaktorer settes til samme nivå som dem som har høyest utdanning (Eikemo m.fl. 2013). Blant menn vil eliminering av sosial ulikhet i røyking ha størst effekt på de relative sosiale ulikhetene i dødelighet. Blant kvinner vil en eliminering av ulikhet i overvekt ha størst positiv effekt på de relative ulikhetene i dødelighet. Fjerning av sosiale ulikheter i andre helsevaner, som fysisk aktivitet og inntak av frukt og grønt, bidrar til å redusere dødelighetsforskjellene, men i mindre grad. Det er verdt å merke seg at effektene av å utjevne de forskjellige typene helsevaner mellom utdanningsgruppene varierer mye mellom europeiske land. I andre nordiske land (Sverige, Danmark og Finland) er det beregnet at en utjevning av røykeprevalensen fører til en reduksjon i utdanningsulikheten i dødelighet på rundt 18 prosent blant menn og rundt 9 prosent for kvinner (Eikemo m.fl. 2013, tabell 3). I Norge er den beregnede utjevningseffekten av røyking på dødelighet større: For menn er den 26 prosent og for kvinner 18 prosent. I Norge er de beregnede effektene av å utjevne overvekt og fysisk inaktivitet er langt mindre enn for utjevning av røyking: For menn er effekten av utjevning av

overvekt 6 prosent, og for kvinner 8 prosent. For menn er effekten av utjevning av fysisk inaktivitet 4 prosent, og for kvinner 5 prosent (Eikemo m.fl. 2013, tabell 3).

En studie av et amerikansk datamateriale har beregnet at utdanningsforskjellen i dødelighet minsker med 24 prosent gjennom reduksjon i ulikhet i helsevaner, som røyking, drikking og fysisk inaktivitet (Cutler og Lleras-Munas 2010:3). En amerikansk studie anslår at den samlede betydningen av røyking, alkohol, manglende mosjon og overvekt forklarte anslagsvis 10 til 30 prosent av de sosioøkonomiske forskjellene i dødelighet (Lantz m.fl. 1998, sitert i Elstad 2005). Etter en samlet vurdering anslår Pampel m.fl. (2010:3) at helseatferd i gjennomsnitt redegjør for – grovt sett – en fjerdedel av de sosioøkonomiske forskjellene i helse.

Som vist, blant annet i kapittel 5, er det dokumentert økende utdanningsforskjeller i dødelighet i Norge siden 1960. Hjerte- og kardødsfall bidro mest til disse utdanningsrelaterte dødelighetsforskjellene. Lungekreft bidro i liten grad til utdanningsforskjellene i totaldødelighet de første tiårene, men på 1990- tallet sto lungekreft for en betydelig del av disse ulikhetene. Lungekreft og KOLS sto for bare to prosent av utdanningsulikhetene i totaldødelighet for kvinner på 1960- tallet, mens på 1990- tallet sto disse dødsårsakene for 25 prosent av forskjellene. For menn var tilsvarende tall 14 og 20 prosent. For kvinner stod lungekreft og lungesykdommer for hele den observerte økningen i dødelighetsulikheter i perioden 1960-2000. For menn var hovedårsaken til økningen knyttet til hjerte- og karsykdom. Disse resultatene samsvarer med de voksende utdanningsulikhetene i røyking i Norge fra 1970- tallet til år 2000, og med det faktum at forbruket per røyker er høyere i lavere enn i høyere sosiale lag (Strand m.fl. 2013a, Lund og Lund 2005).

Et forhold som kompliserer den potensielt medierende effekten av helsevaner er samspill, altså at effekten av en atferd på helse varierer med sosioøkonomisk posisjon: Personer fra lavere sosiale lag kan for eksempel ha forhøyet sårbarhet for eksponering for en ugunstig helsevane. Den engelske Whitehall- studien viser at ansatte i det engelske regjeringsbyråkratiet med lavest rang hadde større sannsynlighet for å få hjerte- og karsykdom når de røykte enn ansatte med høyere rang (Cockerham 2013:133). Det er uklart hva et slikt samspill skyldes, men en opphopning av flere helseskadelige vaner, eller eksponering for andre helserisikoer blant dem med lavere sosial status, kan ikke utelukkes. I en analyse av to norske fylker separat fant Thrane (2006:475) at helsevaner medierte utdanningseffekten på selvvurdert helse i begge fylkesutvalgene. I ett av fylkene ga samspillsleddet en signifikant bedre statistisk modelltilpasning. Denne samspillseffekten indikerte at personer med høyere utdanning får bedre helseuttelling av hard fysisk aktivitet enn personer med lavere utdanning. Forfatteren tolker dette som en Matteuseffekt, altså at de som har mye fra før (her utdanning) får mer av et annet gode (her helse) når de er fysisk aktive.

På denne bakgrunn er det belegg for å anta at helsevaner, som røyking spesielt, men også fysisk aktivitet og kostvaner kan bidra til å forklare (mediere) en del av de sosiale ulikhetene i flere kroniske sykdommer, for eksempel hjerte- og karsykdom og lungekreft, og i dødelighet.

I Norge er det mye som tyder på at utdanningsforskjeller i røykevaner kan bidra til å forklare den økningen som er observert i utdanningsforskjeller i dødelighet. Likevel viser mange studier av helsevanenes betydning for ulikhet i dødelighet at en stor del av ulikhetene i dødelighet består etter statistisk kontroll for helseatferd: I hvert fall 70-75 prosent av ulikheten gjenstår. Det er også grunn til å tro at helsevaner er mindre relevant for å forklare sosioøkonomiske ulikheter i andre helseutfall, som muskel- og skjelettsykdommer. En utjevning i de sosioøkonomiske forskjellene i helseatferd vil etter alt å dømme bidra til å redusere helseulikhetene i alvorlige somatiske sykdommer og totaldødelighet, selv om det langt fra vil føre til en full utflating av den sosiale gradienten. Spørsmålet er imidlertid hvordan sosial ulikhet i helsevaner – som er en helsedeterminant som befinner seg et stykke ned i strømmen – skal forklares.

11.4 Forklaringer på sosial ulikhet i helseatferd

Det er en svært omfattende litteratur om helsevaner og deres sosiale fordeling, og det er lansert en lang rekke forklaringsmodeller inspirert av ulike vitenskapelige disipliner (se for eksempel Wold og Samdal 2009, Edberg 2010, Pampel m.fl. 2010, Cutler og Lleras-Muney 2010, DiClemente m.fl. 2013). Et stykke på vei er det også overlapping mellom forklaringene. I tråd med vårt mandat – å fokusere på sosial ulikhet, redegjør vi her for teorier og modeller som søker å forklare sosiale forskjeller i helseatferd, og ikke ulike teorier om individuelle valg.

Som vi var inne på i kapittel 4 har gode (og dårlige) helsevaner etablert tidlig i livet en tendens til å vedvare inn i voksenlivet (Lynch m.fl. 1997, Wold og Samdal 2009:84). En studie konkluderer at «mønsteret av helseatferd og psykososiale karakteristika som voksen viser bemerkelsesverdige konsistente sammenhenger med barndommen og de utdanningsmessige og yrkesmessige faser i det sosioøkonomiske livsløpet, og støtter forestillingen om at helseatferd og psykososiale fenomener har sosioøkonomiske røtter tidlig i livet» (vår oversettelse) (Lynch m.fl. 1997:817). Det er på dette grunnlag fruktbart å knytte forklaringer av helseatferd til et livsløpsperspektiv.

Pampel m.fl. (2010) har gitt en god gjennomgang av den teoretiske og empiriske litteraturen på feltet, og her skal vi gjengi de mest relevante forklaringene på ulikhet i helse. Forklaringene er ikke gjensidig utelukkende, men snarere supplerende og utfyllende.

1. I *deprivasjon-, ulikhet og stress-teorien* er en vanskeligstilt sosial posisjon både en kilde til helserisiko og til mestringssevne. Vanskeligstilte opplever kronisk stress av mange grunner. Det kan være knyttet til økonomisk knapphet, flere negative livsbegivenheter, følelse av maktesløshet, og sosial eksklusjon og isolasjon. Helsevaner representerer både en form for avslapping, glede og atspredelse. Det er følgelig en kostnad knyttet til å endre dårlige helsevaner.

2. Teorien om at helseatferd gir *mindre helse/levetid* å vinne for lavstatusgrupper bygger på forskning som viser at lavstatusgrupper vinner mindre enn høystatusgrupper i helse og levealder selv om de lever sunt (Blaxter 1990). De utvikler en fatalistisk innstilling, slik at det ikke fortoner seg rasjonelt å følge myndighetenes helseråd. Ikke alle studier bekrefter Blaxters funn. Likevel kan troen på at det hjelper lite å holde seg med sunne levevaner være en drivende kraft.

3. En annen teori hevder at det er *mangel på viten om og tilgang til informasjon* ('health literacy') om helserisiko som er kritisk. Når det gjelder kunnskap om røyking og fysisk aktivitet er dette en tvilsom teori i norsk sammenheng, men den er kanskje mer plausibel når det gjelder kunnskap om fedme og ernæring. Generelt er kunnskap om risiko og hvordan man oppfatter konsekvenser viktig for å endre helserelatert atferd, og denne kunnskapen varierer med utdanningsnivå (Næss m.fl. 2007a). Litteraturoppsummeringer konkluderer at mangelfulle helsekunnskaper ofte er forbundet med svakere helseutfall og utilstrekkelig bruk av helsetjenester og sosiale forskjeller i helsekunnskap er i internasjonal forskning framhevet som en faktor som øker sosiale forskjeller i helseutfall (Næss m.fl. 2007a, Sanders m.fl. 2009).

4. Teorien om opplevd *mestringskontroll og handlingskompetanse* legger særlig vekt på utdanningens frukter. Utdanning letter innhenting av helseinformasjon, samt vurderingen og bruken av den. Med utdanning følger egenkontroll og handlingsevne som antas å være særlig viktig for å overkomme handlingsbarrierer og for å utvikle og opprettholde «riktig» helseatferd. Evnen til å omsette kunnskap til handling er sentral. Teorien om diffusjon av innovasjoner (Coleman m.fl. 1957), som særlig passer på røykeatferd, er relevant her. I en underlagsrapport for prosjektet har Elstad (2013) testet hypoteser avledet fra denne modellen på norske data: Modellen forutsier at nye praksiser sprer seg gjennom sosiale nettverk, at de først vil bli tatt i bruk av mennesker med høy utdanning, for deretter å spre seg nedover i utdanningshierarkiet. Elstad (2013) konkluderer med at spredningen i vaner som røyking, fysisk aktivitet og kosthold fra 1985 og fram til midten av 2000-tallet har utviklet seg slik modellen predikerer.

5. Teorier om støtte til helseatferd legger mer vekt på at det ofte er *kostbart å leve sunt*. Det koster penger å drive med mange typer fysisk aktivitet. Det er dyrt å gå på kurs for røykeslutt, og sunn og næringsrik mat er dyrere en usunn mat. En kan innvende at det også koster penger å leve usunt. Ikke minst er tobakk dyrt. En amerikansk undersøkelse fant at 20 prosent av utdanningsulikheten i helsevaner kunne tilskrives ulikt tilfang av økonomiske ressurser (Cutler og Lleras-Muney 2010), uten at dette uten videre kan gjøres gjeldende for norske forhold.

6. Medlemskap i sosiale grupper kan påvirke helseatferd gjennom to former *for sosial kapital*. Sosiale nettverk kan støtte helsebringende atferd og sanksjonere helseskadelige vaner, og de kan sørge for informasjon om hva som er sunt og hva som er helseskadelig. De kan selvsagt også virke motsatt: For eksempel viser studier av vanskeligstilte nabolag der det

er en høy andel overvektige at sannsynligheten for egen overvekt er forhøyet, uavhengig av individuelle egenskaper.

7. Teorier om *klassedistinksjoner* henter inspirasjon fra den franske samfunnsforskeren Pierre Bourdieu (Larsen og Hansen 2013). I dette perspektivet plasseres helse i lys av klasse- og dominansrelasjoner, og i en historisk kontekst (Cockerham 2013, Larsen og Hansen 2013). Dominerende sosiale klasser setter trenden for hva som er fint, godt og riktig, både generelt og i forhold til helse. Gjennom ulike livsstiler søker de sosiale klassene å skille seg fra andre klasser. Røyking som innovativ atferd i privilegerte sosiale lag på første halvdel av 1900-tallet er et eksempel på dette (Pampel m.fl. 2010:7). I dag kan røyking (og andre helsevaner) i dette perspektivet tolkes som uttrykk for et motiv blant lavere klasser for å adskille seg fra andre klasser. Røyking signaliserer opposisjon, uavhengighet, tøffhet og fristilling fra sosiale konvensjoner. Festrøyking er imidlertid forbeholdt de høyere sosiale lag. Rekreativ røyking i høyere sosiale lag er forbundet med et stilvalg, på samme måte som forbruk av andre nytelsesmidler (Larsen og Hansen 2013:7).

Sosiale forskjeller i helsevaner er et komplekst, men også dynamisk (jfr. røyke-epidemien) fenomen som er knyttet til sosiale posisjoner som skiller seg ad på en rekke måter: sosialt, økonomisk, kulturelt, og når det gjelder maktrelasjoner. Det er således grunn til å tro at det er en rekke kilder til, og forklaringer på, hvorfor ulike sosiale lag og klasser markerer seg så forskjellig med hensyn til livsstil og helsevaner. Med fare for å øve vold på en kompleks virkelighet vil vi nevne en kvantitativ undersøkelse som har forsøkt å anvende en rekke av disse modellene for å forklare sosiale ulikheter i helseatferd. Den bygger på flere datasett både fra England og USA, og har uvanlig omfattende informasjon om determinanter for helseatferd. Undersøkelsen konkluderer at inntekt, helseforsikring og familiebakgrunn redegjør for omkring 30 prosent av utdanningsgradienten i helseatferd. Noe tilsvarende er tilfellet for mål på kognitiv evne, mens sosiale nettverk gjør rede for ti prosent (Cutler & Lleras-Muney, 2010:1). Overføringsverdien av disse funnene til en norsk kontekst bør imidlertid vurderes kritisk.

11.5 Politikken på feltet

Kosthold

Handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen gikk ut i 2011. Planen var et av de regjeringsdokumentene som ble utviklet samtidig som, og i et visst samspill med, helseforskjellsstrategien (Departementene 2007:12), og det å « redusere sosiale forskjeller i kosthold » er derfor ett av to hovedmål for strategien (Departementene 2007:13). Det andre hovedmålet er å « endre kostholdet i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger ». Det er videre uttalt at « forbedringene skal være størst i de gruppene hvor utfordringene er størst ». Det blir også sagt at « tiltakene skal bidra til å redusere sosiale forskjeller i kosthold » (Departementene 2007:16), og det er flere steder i handlingsplanen reflektert rundt hva slags type tiltak som vil kunne bidra til dette målet: pris og (andre) økonomiske virkemidler;

helsestasjonsbaserte tiltak i forhold til amming; barnehage- og skolebaserte tiltak, osv. (Departementene 2007: 13,38,43).

Kostholdshandlingsplanen er nylig evaluert av WHO's Europakontor på oppdrag fra Helsedirektoratet, og evalueringen inneholder et eget avsnitt om sosiale forskjeller (WHO Europe 2013:21-25, punkt 3.3). Vurderingen er at handlingsplanen har et rimelig balansert forhold mellom tiltak rettet mot ulike deler av årsakskjeden, og mellom universelle og målrettede strategier. Evalueringen av kostholdshandlingsplanen peker også på enkelte mulige forbedringspunkter – for eksempel at skolefruktordningen bør utvides til å omfatte *alle* skoler. Ordningen med gratis frukt og grønt ble innført på alle landets ungdomsskoler – samt på barnetrinnene på 1-10. klasse- skolene – etter at kontrollerte forsøk hadde vist at en gratisordning – i motsetning til en alternativ abonnementsordning (med egenandel) – hadde varig positiv fordelingseffekt (Bere m.fl. 2005, 2007). Forsøkene viste at ordningen ikke bare økte inntaket av frukt og grønt blant alle elever, men at elevene ved forsøksskolene også hadde et redusert inntak av usunn snacks. En samfunnsøkonomisk beregning utført ved Helsedirektoratet anslår at gratisordningen er samfunnsøkonomisk lønnsom (Helsedirektoratet 2005). Til tross for godt dokumentert effekt på helsefordeling, er ordningen ikke utvidet til å omfatte hele grunnskolen. I stedet brukes det statlige midler på en abonnementsordning som øker de sosiale forskjellene i frukt- og grøntinntak.

Avgiften på alkoholfrie drikkevarer som inneholder sukker eller kunstig søtstoff er det eneste pris- og avgiftsvirkemidlet som er omtalt i de folkehelsepolitiske rapportene, trolig fordi det foreløpig ikke er innført andre slike tiltak i strategiperioden. Også drikkevareavgiften er eldre enn helseforskjellsstrategien, men den har økt betydelig de senere årene (fra kr 1,64/liter i 2007 til kr 3,06/liter i 2013). Fordelingseffekten av økningen er ikke kjent, men det er generelt grunn til å anta at prisendringer har fordelingseffekter.

En systematisk oversikt fant at følsomheten for pris på mat og drikke varierer fra matvare til matvare. Denne «priselastisiteten» var størst for brus, juice og kjøtt. Studien undersøkte ikke hvordan prislelsomheten varierte mellom sosiale grupper, men generelt er den høyere i grupper med dårligere økonomi (Andreyeva m.fl. 2010). En norsk studie konkluderte at en 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 (Gustavsen 2002). Denne studien pekte på at frukt og grønt er dyrere i Norge enn i andre land, og at forbruket av slike varer også er lavere her. En lignende studie fra Danmark så spesielt på hvordan pris kan påvirke kostholdet til mennesker med lav sosioøkonomisk status. Beregninger viste at fjerning av moms på sunn mat og en økning av skatten på usunn mat stimulerer forbruket av sunn mat, og at denne stimulansen er sterkere for lavere sosiale klasser enn for de høyere (Danish Academy of Technical Sciences 2007:15). At prisregulering virker er i samsvar med funnene fra en systematisk oversikt over randomiserte forsøk om hvordan kjøp og konsum av matvaner ble influert av «økonomiske insentiver» (Wall m.fl. 2006). En systematisk oversikt over atferdsorienterte og psykologiske intervensjoner for å fremme sunne matvaner

konkluderte at slike intervensjoner kan endre spisevaner, i hvert fall på kort sikt (Jepson 2010:9). Forfatterne fant ingen studier som hadde sett på om det var sosioøkonomiske forskjeller i effekt.

En annen meta-analyse lette spesielt etter randomiserte studier av effekter for ulike sosioøkonomiske grupper. Konklusjonen var at det er «få studier som rapporterer effekter separat for grupper med lav sosioøkonomisk status. Studiene er i tillegg av så lav kvalitet at vi ikke har grunnlag for å trekke noen konklusjoner om effekten av tiltak for å utjevne sosioøkonomiske forskjeller i kosthold og fysisk aktivitet» (Smedslund m.fl. 2008:2).

Alt i alt peker forskningsresultatene i retning av at når sunn mat gjøres billigere og usunn mat dyrere, kan myndighetene påvirke sosiale forskjeller i kostvaner i utjevne retning.

Tobakk

Siden 1975 har Norge hatt en omfattende tobakklovgivning med forbud mot tobakksreklame, helseadvarsler på tobakkspakkene og 16- års aldersgrense for kjøp og salg av tobakk. Loven er siden utvidet med paragrafer som, blant annet, beskytter mot passiv røyking på arbeidsplasser, transportmidler og serveringssteder, forbyr synlig oppstilling av tobakksvarer på utsalgssteder, samt økt aldersgrense for kjøp og salg av tobakk til 18 år. Det er også foretatt flere økninger i realprisen på tobakk. Våren 2013 ble enkelte andre innskjerpinger i tobakkskadeloven vedtatt (forbud mot røykerom, røykfrie inngangspartier, osv.). En evaluering av forbudet mot synlig oppstilling av tobakksvarer fant en sannsynlig sammenheng mellom nedgang i tobakksbruk og forbudet (Lavik og Scheffels 2011).

Den nasjonale tobakksstrategien – som nå er utløpt – ligger til grunn for den norske strategien for å redusere sosial ulikhet i helse (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Utfordringen er naturlig nok knyttet til store – og, på den tiden strategiplanen ble til, antatt økende – sosiale ulikheter i røyking. Det framheves også at et bredt spekter av virkemidler – pedagogikk, behandling, lovregulering, økonomi og primærforebygging – er anbefalt i internasjonal litteratur (Helse- og omsorgsdepartementet 2006:20-21), og bred innsats må vel også kunne sies å ha preget norsk tobakksforebyggende arbeid de senere årene.

Norge kommer godt ut i internasjonale sammenlikninger av kontrolltiltak mot røyking (Lund 2011). Like fullt er en nyere WHO- evaluering av norsk tobakksforebygging kritisk til den norske politikken på feltet, og den peker på at sammenlignbare land nå har lavere røykeprevalens enn Norge (WHO 2010b: 3-4). En rekke utfordringer påpekes av ekspertgruppen som evalueringen støttet seg på: Mangel på framdrift på grunn av utilstrekkelige ressurser; ingen nye massemediekampanjer, til tross for at dette er et svært effektivt verktøy for å redusere røyking i alle grupper; det er fortsatt tillatt med røykerom på arbeidsplasser, i strid med Tobakkskonvensjonens retningslinjer om røykfrihet; barn lever relativt ubeskyttet mot passiv røyking i private hjem; og det finnes knapt røykeavvenningstilbud.

Påstander om at massemediekampanjer ikke bidrar til å redusere sosial ulikhet i røyking avfeies som ubegrunnet. Evalueringsrapporten dokumenterer imidlertid ikke at massemediekampanjer er effektive for å redusere røyking i alle sosiale grupper. Som vi har vist ovenfor er de absolutte forskjellene i røyking mellom gruppene med lengst og kortest utdanning blitt mindre i Norge i perioden 2007-2011, altså i den «kampanjefrie» perioden, uten at vi kan si at dette er uttrykk for en årsakssammenheng. I den nasjonale tobakksstrategien for 2013-2016 er det WHO's anbefalinger som legges til grunn (Giæver 2013).

Det rår en viss faglig uenighet om hvorvidt massemediekampanjer kan påvirke sosial ulikhet i røykevaner. En kunnskapsoppsummering basert på 18 primærstudier konkluderer at røykekampanjer bidrar til å øke sosioøkonomiske ulikheter: «De følgende typene intervensjoner viser noen tegn til økende ulikheter (IGIs) mellom sosioøkonomiske statusgrupper: mediekampanjer; og røykeforbud på arbeidsplasser» (vår oversettelse) (Lorenc m.fl. 2012:1). En ny meta-analyse av 28 studier konkluderer på sin side at «... massemedieintervensjoner [også kan] bidra til å redusere ulikheter» (vår oversettelse) (Hiscock m.fl. 2012:107, 118). Denne studien understreker samtidig at en tobakkskontrollstrategi som kombinerer flere typer intervensjoner vil være mest effektiv, noe som er konstant med ideen om at tiltak bør komme i pakker. En annen større meta-studie av differensielle effekter av massemediekampanjer for å få folk til å stumpe røyken konkluderer at mange av kampanjene har den uønskede effekten at de øker eller opprettholder de eksisterende sosiale forskjellene i røykevaner. De kampanjene som kan være effektive til å redusere røyking i grupper med lavere sosioøkonomisk status er kjennetegnet av at de er kombinert med andre strategier, som rådgivning over telefon, sosial støtte, eller endringer i den sosiale konteksten rundt røyking (Niederdeppe m.fl. 2008:1352). Niederdeppe m.fl. (2008) fremhever at forskerne fremdeles ikke har klart å identifisere mediestrategier som er effektive til å fremme røykeslutt i grupper med lav sosioøkonomisk status.

En norsk kunnskapsoppsummering av differensielle effekter av røykesluttekurs konkluderer: «Tiltak for røykeslutt er mest effektive i grupper med høy sosioøkonomisk status. Få studier rapporterer effekter separat for grupper med lav sosioøkonomisk status» (Steiro m.fl. 2007:6). Forfatterne identifiserte én studie – som for øvrig var norsk – som dokumenterte noe sterkere effekt på røykeslutt blant personer med lav sosioøkonomisk status enn blant dem med høy. Målgruppen var mennesker med risiko for hjerte- og karsykdom. Tiltaket var rådgivning om røykeslutt.

Hiscock m.fl. (2012) gikk gjennom 84 publikasjoner som omfattet evaluering av en lang rekke intervensjoner for å kontrollere tobakksbruk fra ulike land, herunder tiltak for å forhindre smugling, begrensning av tobakksreklame, begrensning av salg til mindreårige, prisøkning på tobakksprodukter, og begrensning av røyking på offentlig sted. Et sentralt og konsistent funn var at økt pris på tobakk er et effektivt virkemiddel for å redusere røyking blant lavinntektsgrupper og blant manuelle arbeidere (Hiscock m.fl. 2012:234). Forfatterne

fremhever at bruk av priser som tiltak for å redusere sosial ulikhet i røyking har den mest overbevisende evidensen. Dette ser det ut til å være ganske bred faglig enighet om (Thomas m.fl. 2008, Judge 2012).

En kan imidlertid spekulere i om effekten av restriktive tiltak, i et allerede gjennomregulert samfunn som det norske, kanskje er avtakende (Lund m.fl. 2011, Lund 2011). Det samme kan gjelde effekten av høyere pris på tobakk. Det innebærer at effektstudier, som for eksempel viser at høyere tobakkspriser kan bidra til å redusere ulikhet, kan ha begrenset overføringsverdi fordi de er gjort i andre kontekster enn den norske (Lorenc m.fl. 2012, Thomas m.fl. 2008). I norsk sammenheng er det ikke sikkert at vi kan vente dramatiske effekter på ulikhet i røykevaner. Men en skal likevel ikke undervurdere muligheten. I komparativt perspektiv er det antakelig mer å gå på for Norge. Hvis Norges prisnivå på tobakk ligger på linje med Finland, Sverige og Danmark, må prisene her til lands heves med godt over 50 prosent for å komme på nivå med det landet i Europa som har høyest pris, Irland (Eikemo og Mackenbach 2012).

Alkohol

Norge har en lang tradisjon for strukturelle begrensninger i tilgjengelighet til alkohol gjennom aldersgrense, pris og avgifter, begrensning i antall utsalgssteder, samt salgs- og skjenkekontroll. En norsk litteraturstudie av alkoholpolitikk i internasjonalt perspektiv framstiller Norge som «best i klassen» (Rossow m.fl. 2010, se også Brand m.fl. 2007). De siste årene har imidlertid realprisene på alkohol gått ned, og antall skjenkesteder har økt (Giæver 2013).

En fersk rapport fra Verdens helseorganisasjon oppsummerer hva som kan gjøres på alkoholområdet, for tiltak det er forskningsmessig belegg for er effektive:

I prinsippet kan alle alkoholrelaterte dødsfall unngås, og det er klare indikasjoner på at politiske tiltak kan iverksettes som kan redusere dødelighet forbundet med alkoholforbruk betydelig på relativt kort tid. De viktigste av disse tiltakene vil være økt beskatning, redusert tilgjengelighet, forbud mot reklame og markedsføring, og en økning i behandlingsrate for folk med alkoholproblemer» (vår oversettelse) (WHO 2013:10).

En litteraturoppsummering konkluderer at verken informasjons-/holdningskampanjer eller såkalt «mot-reklame» påvirker alkoholforbruket (Babor m.fl. 2010). Også skolebaserte tiltak er stort sett uten effekt (Rossow m.fl. 2010:32). Vi har ikke funnet litteraturoversikter som har studert differensielle effekter for ulike sosioøkonomiske lag, men Rossow m.fl. (2010:15) fremhever at «sårbare» grupper, slik som ungdom og alkoholavhengige, er spesielt følsomme for prisendringer. Det vil sannsynligvis også gjelde mer generelt for grupper med lavere utdanning og lavere inntekter.

De tradisjonelle sosiale forskjellene i alkoholbruk kommer først og fremst til syne ved at kraftig beruselse oftere forekommer i grupper med lav sosioøkonomisk status. Det er godt

dokumentert at alkoholforgiftning og fyll har en rekke uheldige sosiale og helseskadelige konsekvenser (Babor m.fl. 2010:70), men hvordan kan en redusere beruselsesdrikking i lavere sosiale lag? En kan forvente at lavere totalforbruk gir færre tilfeller av kraftig beruselse og dermed mindre sosiale forskjeller i alkoholrelaterte helseskader. Utfordringen er at mange av tiltakene iverksatt for å begrense overskjenking og beruset atferd på skjenkesteder i seg selv har minimal effekt. I Norge utgjør alkoholkonsum på skjenkesteder kun omtrent 15 prosent av samlet alkoholkonsum. Majoriteten av beruselsestilfellene finner sted i private hjem, hvor mulighetene er begrensede for å iverksette forebyggingstiltak. Befolkningsrettede tiltak har dermed antakelig større potensial ved å senke det totale forbruket og derigjennom antallet beruselsestilfeller.²⁹

Fysisk aktivitet

Handlingsplanen for fysisk aktivitet 2005-2009 (Departementene 2005) ligger til grunn for den norske strategien for å bekjempe sosial ulikhet i helse. Handlingsplanen har som mål at «[a]lle grupper i befolkningen må gis mulighet til å være fysisk aktive uavhengig av alder og funksjonsevne, sosioøkonomisk status, etnisk bakgrunn eller kulturelle forhold» (Departementene 2005:20). Forøvrig inneholder planen nesten ingen eksplisitte drøftinger av ulikhets- eller fordelingsperspektivet. I den grad det er nevnt, er det som regel i tilknytning til utsatte grupper. På den andre siden finnes det i planen strukturell tenkning om hva som skal til for å øke aktivitetsnivået i befolkningen. Det er for eksempel gjennomgående lagt et arena-perspektiv til grunn, der barnehage, skole og arbeidsliv fremstår som sentrale arenaer, som i hvert fall potensielt omfatter mange mennesker. En opptelling viser at et flertall av de 108 tiltakene i handlingsplanen i siste instans er basert på at folk skal velge å være mer fysisk aktive (Giæver 2013).

Handlingsplanen for fysisk aktivitet er blitt evaluert. Evalueringen argumenterer for at planen har bidratt til en generelt økende bevissthet om betydningen av fysisk aktivitet. De fleste av de 108 tiltakene er gjennomført, men har i stor grad manglet retning (mål) og midler (penger). Mange av tiltakene var dessuten satt i verk før handlingsplanen ble lansert. Hvorvidt planen har bidratt til å redusere sosiale forskjeller er i liten grad tematisert eller problematisert i evalueringen (Rasmussen m.fl. 2009).

Kunnskapssenteret fant i sin litteraturoversikt ingen eksperimentelle studier som ga grunnlag for å trekke sikre slutninger om hva slags tiltak som kunne virke utjevnende på sosioøkonomiske forskjeller i fysisk aktivitet (Steiro m.fl. 2007). En ny omfattende litteraturgjennomgang finner også utilstrekkelig evidens for å konkludere om hvilke intervensjoner som kan være effektive for grupper med lavere sosioøkonomisk status (O'Mara m.fl. 2010, i Everson-Hock m.fl. 2013:270). Den samme konklusjonen trekker Jepson (2010:8) på grunnlag av sin litteraturgjennomgang. Herens m.fl. (2013) finner at intervensjoner i Nederland ikke har lyktes i å forbedre nivået av fysisk aktivitet blant grupper

²⁹ Vi takker Ingeborg Rossow, forsker ved SIRUS, for innspill til denne tematikken (juli 2013).

med lav sosioøkonomisk status. En annen litteraturgjennomgang finner begrenset evidens for at intervensjoner rettet mot barn med lav sosioøkonomisk status førte til at de ble mer aktive (Van Sluijs m.fl. 2007). I Oslo foretok Jenum m.fl. (2003) en intervensjon i multietniske nabolag med lav sosioøkonomisk status for å øke fysisk aktivitet og redusere andre risikofaktorer for diabetes og hjerte- og karsykdommer. De fant at et teoridrevet, rimelig og gruppebasert intervensjonsprogram økte nivået av fysisk aktivitet og reduserte vektøkning og røyking, sammenlignet med kontrollgruppen.

Alt i alt er det svært lite forskningsbasert kunnskap på dette feltet, og funnene fra evalueringsforskningen spriker. Det gjør det vanskelig å trekke en klar konklusjon om hva slags tiltak som er i stand til øke fysisk aktivitet blant grupper med lavere sosioøkonomisk status, og bidra til en utjevning av fysisk aktivitet.

Det engelske National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008) har utarbeidet forslag basert på forskningsbasert kunnskap. Selv om disse ikke eksplisitt retter seg mot sosiale ulikheter, har de en innretting som gir dem potensial til å redusere ulikhet i helse: Forslagene er strukturelle og orientert mot å legge de fysiske forhold i de nære omgivelsene til rette for fysisk utfoldelse for alle. Disse forslagene er lagt til grunn i den danske kunnskapsoversikten om sosial ulikhet i helse.

11.6 Oppsummering og diskusjon

I Norge, som i mange andre vestlige land, er det en tendens til at ugunstige helsevaner, slik som røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthold, og dermed også fedme, hoper seg opp i lavere sosiale lag, mens flere typer gode helsevaner hoper seg opp i mer ressurssterke lag. Utdanningsulikheten i røykevaner er mest markert, og har økt inntil nylig. Siden 2007 er det imidlertid tegn til at forskjellene mellom utdanningsgruppene i røyking er i ferd med å avta i absolutt forstand. Ulikhet i forekomst av røyking er vist å bety en del for utdanningsulikhet i dødelighet, og ser ut til å spille en viktig rolle for å forklare økningen i utdanningsulikhet i dødelighet de siste tiårene. 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 beruser seg kraftig.

Vi har påvist en del positive utviklingstrekk i den sosiale fordelingen av helseatferd. Særlig er det mye som tyder på at forskjellene blant unge er i ferd med å bli mindre på flere av områdene. Det er selvsagt vanskelig å vurdere i hvilken grad dette skyldes myndighetenes innsats, men det er verdt å merke seg at brede, strukturelle tiltak, som gratis frukt og grønt i skolen og lovregulering av røyking, ser ut til å ha en positiv fordelings effekt. Men det kan se ut til at vi er inne i en periode med økende vekt på pedagogiske virkemidler (eksempelvis nøkkellullmerking og tobakkskampanjer), som kanskje har en mindre positiv effekt på den sosiale fordelingen.

Som vi har diskutert tidligere har strukturelle og befolkningsrettede/universelle tiltak – lovreguleringer, avgifter, infrastruktur – et større potensial til å redusere ulikhet i helsevaner enn individrettede tiltak orientert mot atferdsendring. I verste fall kan sistnevnte type tiltak øke de sosiale forskjellene i helseatferd. Den sikreste strategien synes altså å være å satse på tiltak som tilrettelegger for sunn helseatferd og/eller som gjør det lettere og mer fornuftig å treffe sunne valg.

Strukturelle tiltak for å endre atferd kan imidlertid være problematiske fordi de støter mot andre verdier som settes høyt, ikke minst individets valgfrihet. Det er en risiko for at tiltak med dokumentert god effekt (for eksempel høy pris på tobakk og alkohol) samtidig vil være upopulære. Rossow m.fl. (2010) har spissformulert dette dilemmaet omtrent slik: de populære tiltakene virker ikke, og de virksomme tiltakene er upopulære og politisk umulige. Avveininger av slike motstridende hensyn må nødvendigvis være basert på verdier og ideologi. Det ligger i mandatet for denne utredningen å foreslå tiltak som kan være effektive til redusere ulikhet i helse, selv om de er upopulære. Det er opp til politikerne å foreta de endelige verdibaserte avveiningene, og å trekke konklusjonene.

Det foreligger en lang rekke evalueringer av, og kunnskapsoversikter over, tiltak innrettet mot å endre ulike typer helseatferd. Det hører imidlertid til sjeldenhetene at evalueringene og/eller oversiktene har informasjon om hvorvidt ulike sosioøkonomiske grupper påvirkes forskjellig, noe særlig Jepson m.fl. (2010) påpeker.

Et generelt prinsipp synes det imidlertid å være støtte for når det gjelder tiltak for å redusere sosial ulikhet i helselatert atferd: Strukturelle og befolkningsrettede tiltak som bruk av prismekanismen og lovgivning synes å være lovende.

11.7 Mål, anbefalinger og forskningsbehov

Mål

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

Anbefalinger

Kosthold

1. *Aktiv bruk av prismekanismen.* Det er holdepunkter for å anta at tiltak som senker prisen på sunn mat, og/eller som hever prisen på usunn mat vil kunne redusere sosial ulikhet i kostvaner. Vi anbefaler at prismekanismen, for eksempel bruk av særavgifter, anvendes mer aktivt for å påvirke ulike sosiale gruppers forbruk av sunn og usunn mat, og at slike tiltak følges opp med forskningsbaserte evalueringer.
2. *Regulering av salg av usunne produkter.* Det er holdepunkter for at tiltak som regulerer salg av usunne produkter har gunstige folkehelseeffekter. Det kan forventes at slike tiltak

også vil ha en positiv effekt på ulikhet i helse. Eksempler på slike tiltak er streng regulering av markedsføring av usunne produkter spesielt til barn og unge, og krav om reduksjon av saltinnhold ferdigmat. Slike tiltak bør følges opp med evaluering med fokus på sosiale ulikheter.

3. *Gratis frukt i grunnskolen.* Kostvaner etableres ofte tidlig i livsløpet og har en tendens til å vare inn i voksenlivet. Inntak av frukt er skjevt sosialt fordelt blant barn og ungdom. Evaluering av ordningen med gratis frukt i grunnskolen har vist at den bidrar til sosial utjevning av inntak av frukt. Vi anbefaler at ordningen med gratis frukt innføres i hele grunnskolen.

Tobakk

1. *Fortsatt høy pris på tobakk.* Generelt er det holdepunkter for høy pris på tobakk bidrar til mindre sosial ulikhet i røyking. I Norge er prisenivået på tobakk allerede høyt, så det er uklart hvor stor effekt en kan forvente å oppnå med enda høyere priser. Vi anbefaler at myndigheten fortsatt beholder høy pris på tobakk og overvåker effektene på sosial ulikhet i røykevaner.
2. *Fortsatt streng tobakkslovgivning.* Streng tobakkslovgivning for å begrense tilgang på tobakk, og røykeforbud på offentlige steder er regnet som en velegnet politikk som bidrar til å redusere bruken av tobakk. Slike tiltak har også et potensial for å redusere ulikhet i røyking. Vi anbefaler at den strenge tobakkslovgivningen videreføres og videreutvikles, og at den evalueres med henblikk på den sosiale fordelingen av røykevaner. Eksempler på denne typen tiltak er streng håndheving av aldersgrensen for å kjøpe tobakk, sanksjoner ved salg til mindreårige, røykfrihet der folk ferdes, ikke-synlig utsalg, innpakkingsadvarsel og forbud/innskrenking av reklame og markedsføring.
3. *Kampanjer og røykeavvenningstilbud.* Det er noe støtte i forskningen for at visse typer massemediekampanjer som skreddersys for røykere med lavere sosioøkonomiske status kan ha en positiv effekt på ulikhet i røyking. Det er også noe forskningsmessig støtte for at individuelle tiltak for å slutte å røyke kan være effektive for mennesker med kort utdanning eller lav inntekt dersom de er målrettede. En kan imidlertid ikke forvente at slike tiltak vil ha noen stor effekt på befolkningsnivå. Eksempler på denne typen tiltak er gratis røykeavvenningstilbud, tobakksavvenning i helsetjenesten eller på arbeidsplassen, og tobakksavvenning for gravide eller kolspasienter. Siden vår kunnskap om ulikhetseffekter av slike tiltak er begrenset, bør de følges opp med forskningsbaserte evalueringer av prosess og effekt.

Alkohol

1. *Fortsatt restriktiv alkoholpolitikk.* Det er grunn til å forvente at befolkningsrettede tiltak for å holde totalkonsumet nede, også bidrar til å redusere beruselsesdrikking. Som eksempler på en alkoholpolitikk som medvirker til å holde alkoholkonsumet nede, og

som vi derfor vil anbefale, er å beholde vinmonopolordningen, fortsatt redusert åpningstid for salg av alkohol, en stram alkoholpolitikk rettet mot ungdom, forbud mot reklame og markedsføring av alkohol, og fortsatt høye priser på alkohol.

Fysisk aktivitet

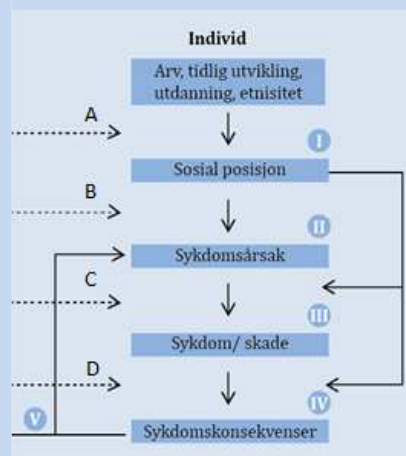
1. *Tilrettelegging for fysisk aktivitet for alle.* En grunnregel ved planlegging og utforming av fysiske omgivelser er å legge til rette for at alle, inkludert mennesker med bevegelseshemming og dårlig helse, får gode muligheter til fysisk utfoldelse som en naturlig del av dagliglivets rutiner. Dette innebærer blant annet å sørge for at fotgjengere, syklistene, og brukere av andre transportmidler som involverer fysisk aktivitet gis høyest prioritet i arealplanlegging. Det innebærer videre å sørge for at lokale tilbud og tjenester er lett tilgjengelige til fots, med sykkel og andre transport typer som medfører fysiske aktivitet.

Forskningsbehov

1. Generelt når det gjelder forskning om sosiale ulikheter i helseatferd er det et stort behov for teoretiske og empiriske studier som kan bidra til å forklare de sosiale ulikheter i de forskjellige typer helseatferd som kan observeres.
2. På helseatferdsområdet er det behov for utprøving og evalueringer av politikk, intervensjoner og metoder som spesielt når sosioøkonomiske grupper som ellers kan være vanskelige å nå.

12 Helsetjenester

Sett ut fra analysemodellen i kapittel 3 (figur 3.2), dreier dette kapitlet seg om differensielle konsekvenser av sykdom og skade, for eksempel om en blir frisk og arbeidsfør etter behandling, altså mekanismene IV og V i analysemodellen. Helsetjenestens innsats illustreres av pil D.



12.1 Innledning

I dette kapitlet tar vi for oss forskningen om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i Norge. Vi vurderer den rolle helsetjenesten spiller og kan spille når det gjelder påvirkning på sosial ulikhet i helse. I perspektivet om helsens sosiale determinanter regnes helsetjenesten som en bestemmelsesfaktor et stykke nede i strømmen som i hovedsak reparerer skader som er oppstått andre steder i samfunnet. Kapitlet bygger på to underlagsrapporter som er produsert på oppdrag fra prosjektet (Godager og Iversen 2013, Giæver 2013).

I norsk helsepolitikk er sosial ulikhet i bruk av helsetjenester å betrakte som et problem av minst to grunner. Det kan forsterke allerede eksisterende ulikheter i helse, ulikheter som har sitt opphav i samfunnsmessig forhold utenfor helsetjenesten. Helse- og Omsorgsdepartementet (2006:249, i Lian og Westin 2009) har uttalt følgende om dette: «[e]n rettferdig og velfungerende helsetjeneste kan gjøre mye for å redusere ulikheter i helse, og omvendt: en helsetjeneste som ikke fungerer som den skal, kan bidra til å forsterke ulikheter». Her understrekes helsetjenestens instrumentelle rolle som en mulig determinant for ulikhet i helse.

I pasientrettighetslovens forskrift heter det at «[p]asienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b annet ledd, når: 1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og 2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og 3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt» (Godager og Iversen 2013:4). Rett til nødvendig helsehjelp skal således ikke være avhengig av sosioøkonomiske kjennetegn ved pasienten. Helsedirektoratets prioriteringsveileder formulerer det slik:

Pasientens kjønn, etniske tilhørighet, tidligere helseskadelig atferd, produktivitet, livssyn, seksuelle orientering og sosiale status er ikke relevant som del av vurderingen knyttet til tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet. Det betyr at disse kriteriene ikke kan tillegges vekt i vurderingen av om pasienten har rett til prioritert helsehjelp. Derimot kan en for eksempel i nyttevurderingen inkludere eventuelle livskvalitetsaspekter ved å være i arbeid (Helsedirektoratet, 2009:14).

Like eller likeverdige helsetjenester har også en kollektiv egenverdi utover den instrumentelle nytten beskrevet ovenfor. Verdien av å ha en kollektiv helseforsikring og å være trygg på å få helsehjelp når en trenger det, er langt større enn selve bruken av en tjeneste idet et behov melder seg. Helsetjenesten, som andre kollektive velferdstjenester og ytelser, er et gode for den befolkningen som er dekket, enten en bruker det eller ikke.

12.2 Helsetjenestenes sosiale fordeling

Det er medisinske behov, det vil si tilstandens alvorlighetsgrad som er det avgjørende kriteriet for å bli tildelt en helsetjeneste. Alle med like behov skal motta samme omfang og kvalitet av helsetjenester. Andre prioriteringskriterier omhandler tiltakets effekt og at denne effekten står i et rimelig forhold til kostnadene (Lian og Westin 2009). Dersom sosio-økonomiske variable påvirker fordelingen av helsetjenester selv ved likt behov, er det horisontal, eller behovsjustert, sosial ulikhet i fordelingen av helsetjenester (Godager og Iversen 2013). Det sentrale vurderingskriteriet når vi skal undersøke dette empirisk blir så hvorvidt det foreligger horisontal likhet i bruk, og ikke lik tilgjengelighet (likt tilbud) eller lik etterspørsel.

Det er også «bruk» som står i sentrum i regjeringens strategi for å redusere ulikhet i helse (Giæver 2013). Bruk av helsetjenester skal imidlertid på en likeverdig måte dekke tilgjengelighet, bruk og resultat, og har slik en omfattende betydning i strategien (St. meld. 20 (2006-2007):57). De fleste norske empiriske undersøkelser dreier seg om bruk i den direkte betydningen av ordet. Sosial (u)likhet i resultat av behandling er, med enkelte unntak, knapt studert (Elstad 1987). I tillegg til å gjøre rede for slike forbruksundersøkelser skal vi også ta for oss funn fra studier av kreftoverlevelse, unngåelige dødsfall, valg av sykehus, og ventetider.

Det er publisert enkelte oppsummeringer av likhet og ulikhet i bruk av legetjenester de siste årene (Finnvold 2009a, Jensen 2009). Konklusjonen fra disse litteraturoppsummeringene er at det er små eller ingen horisontale sosiale ulikheter i bruk av allmennlegetjenester. Samtidig er det sosiale ulikheter i bruk av private legespesialister, og i enkelte tilfeller av polikliniske tjenester i bedrestiltes favør, men sjelden for sykehusinnleggelse.

Enkelte operasjonaliseringsproblemer må løses. Hvordan skal en eksempelvis operasjonalisere «likeverdige helsetjenester»? I praksis operasjonaliseres dette ofte som lik

bruk blant sosioøkonomisk definerte grupper (dvs. kontrollert for medisinske behov og andre variable) av nærmere spesifiserte helsetjenester. Vi vet derfor strengt tatt ikke om bruken er «likeverdig». Andre problemer er å etablere gode mål på variasjoner i behov mellom sosiale grupper, mål på bruksfrekvens, og ikke minst mål på behandlingsresultat. For eksempel kan en høy bruksfrekvens innebære både positive og negative utfall. Det kan tolkes positivt dersom bruken er en del av et planlagt behandlingsopplegg. Det kan derimot tolkes negativt dersom det skyldes at helseproblemet ikke er løst (Finnvold 2009a). De aller fleste spørreundersøkelser på feltet foretar en eller annen form for behovsjustering (dvs. en statistisk kontroll for selvrapportert helse og sykdom i ulike former), og de gjør det på forskjellige måter avhengige av hvilke data som er tilgjengelige. Forbruk er også basert på selvrappotering, noe som blant annet åpner for minnefeil. I registerundersøkelser er opplysninger om legebesøk registrert fortløpende og er således mer pålitelige. Her er likevel utfordringen at en ikke alltid har tilgang til informasjon om behov og sykkelighet. Vi skal gjøre rede for undersøkelser om legebruk basert på begge disse tilnærmingene.

Bruk av legetjenester

Tabell 12.1 viser en analyse av Levekårsundersøkelsen fra 2008 som er gjort på oppdrag fra prosjektet (Godager og Iversen 2013). Analysene av faktorer som påvirker sannsynligheten for minst ett besøk hos privat spesialist er gjort med logistisk regresjonsanalyse.

Her sammenliknes menn med kvinner; ung, middelaldrende og gammel sammenlignes med aldersgruppa 25-44 år; meget god helse, god helse sammenlignes med mindre god helse; kronisk sykdom sammenlignes med fravær av kronisk sykdom; høy inntekt sammenlignes med medianinntekten; høyere utdanning sammenliknes med utdanning kortere enn 14 år. Tilgjengelighet til privatspesialist er målt som antall private spesialister per 10000 innbyggere justert for reisetid; tilgjengelighet til fastlege er målt som antall fastleger med åpne pasientlister i en kommune. De beregnede koeffisientene som framstilles i tabellen er marginale effekter. Med marginale effekter menes økning i prosentpoeng med utgangspunkt i sammenligningsverdien for de dikotome uavhengige variablene.

Tabell 12.1 Variable som henger sammen med sannsynligheten for minst ett besøk hos privat spesialist. Logistisk regresjon.

Variabel	Kontakt med privatspesialist
Mann	-0,08**
Ung (16-24 år)	-0,05**
Middelalder (45-66 år)	0,02
Gammel (66 år+)	0,05**
Meget god helse	-0,06**
God helse	-0,03*
Kronisk sykdom	0,06**
Høy inntekt	0,03*
Høyere utdanning	0,03**
Tilgjengelighet privatspesialist	619,45**
Tilgjengelighet fastlege	0,0001

** (*) er effekter som er statistisk signifikante på 1 % (5 %) nivå på testen

Kilde: Godager og Iversen 2013, basert på tabell 3.1.5

Tabellen viser at sannsynligheten for minst ett besøk øker med alder og med dårlig selvurdert helse og kronisk sykdom. Videre ser vi at sannsynligheten for minst et besøk hos privat spesialist øker med tre prosentpoeng for en person med høy utdanning i forhold til en person med lav utdanning. Tilsvarende ser vi at sannsynligheten for minst ett besøk hos privat spesialist øker med tre prosentpoeng for en person med høy inntekt i forhold til en person med lav inntekt. I begge tilfellene er det altså justert for behov, det vil si selvrapportert helse og kronisk sykdom. Tilgjengeligheten til private spesialister påvirker også sannsynligheten for en konsultasjon positivt, mens effekten av tilgjengelighet til fastlege ikke er statistisk signifikant.

Godager og Iversen (2013) har utført tilsvarende analyser av kontakt med allmennpraktiker, psykiater, psykolog, og sykehusopphold. Kort oppsummert bekrefter analysene at medisinske behov er sentrale: for alle typene av helsetjenester trekker god helse i retning av mindre bruk av helsetjenester. Når det korrigeres for alder og helse, synes høy utdanning å medføre mer bruk av spesialisthelsetjenester, med unntak av innleggelse på sykehus, mens det ikke er noen effekt for besøk hos allmennlege. "Alt annet likt" medfører imidlertid høy inntekt færre besøk hos allmennlege sammenliknet med lavinntektstakere. Dette er til en viss grad i overensstemmelse med en holdningsundersøkelse som fant at andelen som hevdet de ville søkt lege gjennomgående var høyere blant kvinner med lavere utdanningsnivå, og dette gjaldt for alle de undersøkte hypotetiske symptomscenarier (Klüwer-Trotter og Lian 2012). Forfatterne tolking av disse utdanningsrelaterte forskjellene i

hypotetisk legesøkning er at de uttrykker kulturelle normer og verdier, og hva som i deres forståelsesrammer regnes som sosialt akseptabelt i gitte situasjoner.

En analyse av helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) av bruk av legetjenester fant at det i perioden 1984-1986 var sosial ulikhet i bruk av allmennpraktiker i favør av gruppen med høyest utdanning, men at denne sosiale ulikheten ikke lenger var til stede i perioden 2006-2008. I hele perioden var imidlertid høyt utdannede i større grad enn lavt utdannede tilbøyelige til å få polikliniske konsultasjoner på sykehus (Vikum m.fl. 2013). I perioden 2006-2008 fant Vikum og medarbeidere (2012) empirisk støtte også for ulikhet etter utdanning og inntekt i bruk av privatpraktiserende spesialister, igjen kontrollert for pasientenes behov. Det ble ikke gjort tilsvarende funn for sykehusinnleggelse og allmennpraksis. For disse tjenestene ble det ikke funnet ulik bruk. I en sammenlignende studie av populasjonen i Nord-Trøndelag og Finland fant en at bruken av spesialisttjenester økte med økende utdanning i begge land, men at sammenhengen var sterkere i Finland enn i Norge (Suominen-Taipale m.fl. 2004). Kontrollert for egenvurdert helse var bruk av legespesialist i Norge betydelig vanligere (70 prosent høyere odds) blant eldre med universitetsutdanning sammenlignet med eldre med grunnskoleutdanning.

Flere analyser av levekårsundersøkelsene fra sent på 1990-tallet og på 2000-tallet viser sosial ulikhet i bruk av spesialisthelsetjenester, med større bruk blant personer med høy sosioøkonomisk status (målt med utdanning og inntekt) (Finnvold 2002). Dette gjelder også i områder med god tilgjengelighet av private spesialister. Ingen tilsvarende sammenheng mellom utdanning og tilgjengelighet for kontakter med poliklinikk på sykehus ble observert (Iversen og Kopperud 2005). En tredje undersøkelse finner ulikhet i favør av høyinntektsgrupper når det gjelder sannsynligheten for å konsultere privatpraktiserende spesialist, men at denne ulikheten er redusert i perioden 2000-2005 (Grasdal og Monstad 2011). Her har forfatterne sett på bruken før og etter innføring av fastlegeordningen og kontrollert for behov.

En analyse av levekårsundersøkelsen i 2005 påviser sosioøkonomiske forskjeller i bruk av legespesialister utenfor sykehus: sosioøkonomiske grupper med lavere status har mindre sannsynlighet for bruk sammenlignet med bedrestilte, etter kontroll for behov (Smeby 2009). Tendensen gjør seg gjeldende uavhengig av om indikatoren på sosioøkonomisk status er utdanning eller husholdinntekt, og gjelder for både menn og kvinner. Analysen avdekker ikke konsistente ulikheter i bruk av allmennlege eller spesialist på sykehus (Smeby 2009:98). Det er heller ingen effekt av bosted, sosialt nettverk eller helsefremmende atferd på legesøkningen.

Også barn med kroniske sykdommer har klart høyere sannsynlighet for kontakt med allmennlege og for kontakt med spesialisthelsetjenesten, sammenlignet med barn uten kronisk sykdom. Hyppigheten av kontakter med spesialist er i alle de nordiske land høyere i byer enn på landsbygda (Grøholt m.fl. 2003). Forfatterne finner empirisk støtte for sosial

ulikhet i kontakt med spesialist, men ingen tilsvarende ulikhet i kontakt med allmennlegetjenesten. Finnvoll (2009b) har studert bruk av helsetjenester blant barn med astma. Han fant at diagnostisering og tildeling av grunn-/ hjelpestønad skjedde raskere for barna med høyutdannede foreldre, som dessuten oftere fikk behandling ved spesialistsenheten på Voksentoppen. Behovsforskjeller kunne ikke forklare disse ulikhetene i bruk.

En studie har sett på hvordan den sosioøkonomiske sammensetningen av pasientlistene til allmennpraktiserende leger har påvirket deres praksis. Forfatterne finner empirisk støtte for at pasientlister karakterisert ved lavere sosioøkonomisk status var assosiert med flere tverrfaglige møter og flere konsultasjoner per person (13 prosent høyere for gruppen med lavest sosioøkonomisk status sammenliknet med gruppen med høyest sosioøkonomisk status). Lav sosioøkonomisk status predikerte også høyere stykkprisinntekt per person. På den andre siden fant forskerne også at tallet på laborietester var lavere og at tiden som ble brukt til hver pasient var den samme (Hetlevik og Gjesdal 2012). Resultatene fra denne undersøkelsen er vanskelige å tolke, fordi det er uklart om fordelingen av ressursene er i de dårligere stilte sin favør eller ei.

Den eneste studien av denne typen vi har kommet over som er egnet til å si noe om sosial ulikhet i behandlingsresultatet etter legebesøk viser at personer med lav yrkesstatus sjeldnere oppga å bli bra sammenlignet med personer med høy yrkesprestisje, justert for alder, kjønn og diagnosegruppe (Elstad 1987:165). En skal selvsagt være varsom med å tolke et slikt funn som uttrykk for at helsetjenesten forårsaker slike skjeve utfall siden vi ikke kan utelukke at de kan skyldes uobserverte egenskaper ved pasientene, for eksempel at pasienter med lav yrkesstatus hadde flere sykdommer, eller at deres sykdommer var vanskeligere å kurere.

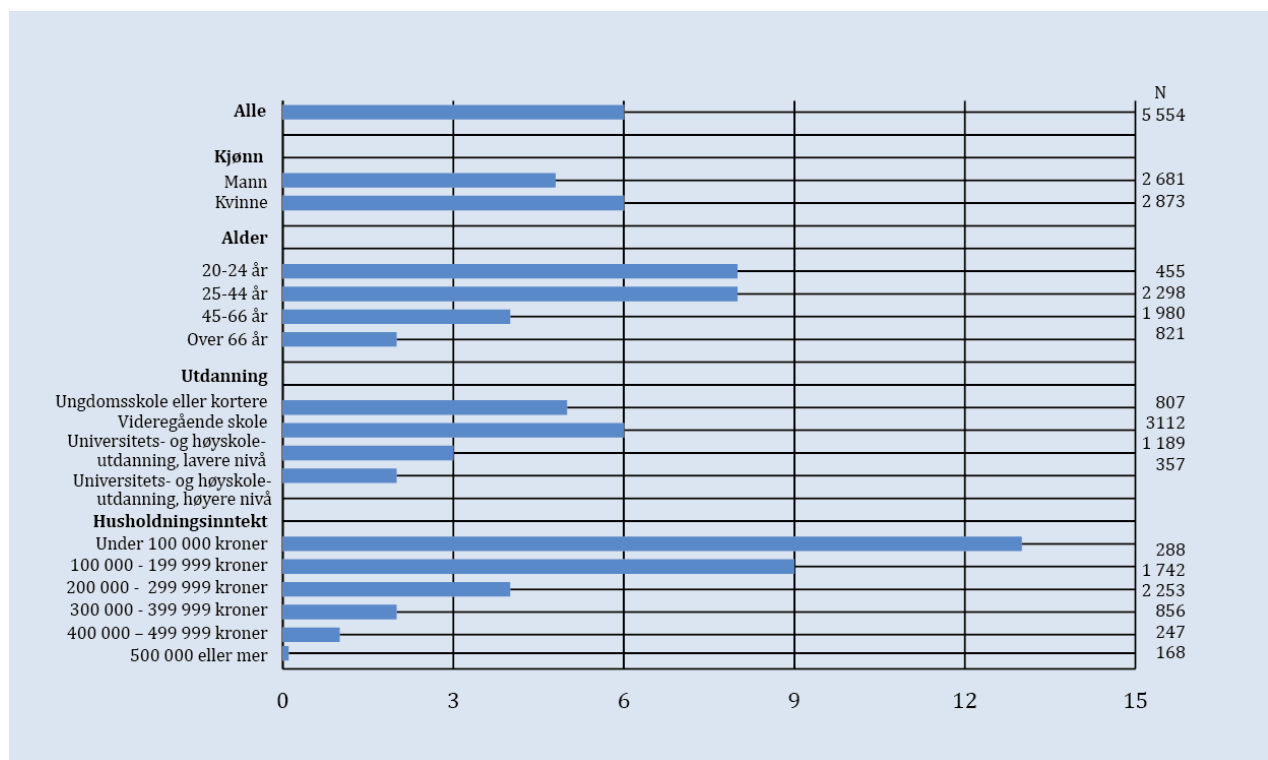
Det er foretatt flere komparative analyser av bruk av allmennlegetjenester og spesialisthelsetjenester. Mønsteret med liten eller ingen horisontal ulikhet i bruk av allmennleger, men klare ulikheter i bruk av legespesialister, går igjen i de fleste rike land (Van Doorslaer m.fl. 2004, Stirbu 2008:148, Westin og Lian 2009:321). Van Doorslaer m.fl. (2004) finner intet klart sosioøkonomisk mønster for bruk av poliklinikker på sykehus. Helsetjenesten er organisert ulikt i europeiske land, selv om den stort sett er universell. At det jevnt over påvises behovsjustert ulikhet i bruk av legespesialister i favør av høystatusgrupper tyder derfor på at lavere sosioøkonomiske grupper på generell basis står overfor barrierer, opplevde eller reelle, som har likeartede konsekvenser i de europeiske helsesystemene.

Bruk av tannlegetjenester

Tannhelse (selvrapportert) og tannstatus er jevnt over dårligere i grupper med lavere sosioøkonomisk status enn blant bedrestilte (Ekornrud og Jensen 2010). Behovene for tannhelsetjenester er derfor høyere i disse gruppene.

Figur 12.1 nedenfor viser andelen som ikke har oppsøkt tannlege av økonomiske årsaker og til tross for behov. Behov er her altså basert på en subjektiv vurdering av personens behov, og ikke på egenrapportert helse eller sykdom, noe som reiser spørsmål om hvor god validiteten er. Vi ser at det er en tilnærmet gradient etter utdanning, og en klar og bratt gradient etter inntekt: jo lavere inntekt jo flere har ikke oppsøkt tannlege av økonomiske grunner selv om de har behov.

Figur 12.1 Andel som ikke har oppsøkt tannlegen av økonomiske årsaker, på tross av behov. Befolkning 20 år og over. 2003. Prosent. N =antall spurte.



Kilde: Svalund 2005:5.

En analyse av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag fant en positiv sammenheng mellom inntekt og bruk av tannlegetjenester. Denne sammenhengen var sterkest for dem over 60 år. Det var også større forbruk av tannlegetjenester blant dem med høyere utdanning, men dette var kun begrenset til menn og kvinner over 60 år (Vikum m.fl. 2013). En norsk oppsummering av forskning om bruk av og adgang til helsetjenester konkluderte at blant voksne og eldre er det forskjeller i tannlegebesøk i favør av personer med høy inntekt eller utdanning (Clench Aas 2007:19). Her fremkommer det også at den positive sammenhengen i

førstegangskontakt ikke gjenfinnes for videre oppfølging, og at uregelmessig bruk av tannhelsetjenestene også er mer utbredt blant grupper med lavere sosioøkonomisk status. Lignende gradientmønstre gjenfinnes i flere andre norske undersøkelser (Ekornrud og Jensen 2010, Grytten og Holst 2002, Grytten m.fl. 2012, Holst 2008). Vi kan ikke se bort fra at uregelmessig bruk eller «underforbruk» av tannhelsetjenester er en medvirkende årsak til at tannhelsen er dårligere i grupper med lavere sosioøkonomisk status. Disse inntektsforskjellene i bruk av tannlegetjenester (horisontal ulikhet) er et gjennomgående mønster i mange europeiske land, selv om ulikheten varierer mellom landene (Van Doorslaer m.fl. 2004).

Bruk av screeningundersøkelser

Så langt vi har bragt i erfaring er det få relevante studier av primær- og sekundærforbyggende tiltak og tjenester, som vaksinasjon og bruk av for eksempel skolehelsetjeneste og helsestasjoner. Her omtaler vi et par undersøkelser som har studert bruken av utvalgte screeningtilbud.

Sannsynligheten for å møte til screening for tykktarmskreft påvirkes av individenes sosioøkonomiske status. Både inntekt, sivilstatus, og sysselsettingsstatus påvirker fremmøte, der flere med høy sosioøkonomisk status tar i bruk tilbudet. Videre hadde selvvurdert helse, bosted, reiseavstand og kontakter med primærlege også effekt på sannsynligheten for fremmøte. Data er hentet fra en større forebyggende undersøkelse mot tarmkreft som er koplet med data fra Statistisk sentralbyrå og en spørreundersøkelse (Aas 2004).

En komparativ europeisk studie av 11 land av individer over 50 år fant store utdanningsforskjeller i screening for tykktarmskreft, øyeundersøkelser og mammografi (Stirbu 2008:154). Ingen forskjell ble funnet for influensavaksinerings. Norge var ikke med i denne studien. All den tid mennesker med lav inntekt og kort utdanning har høyere risiko for alvorlig sykdom og for tidlig død, er et slikt mønster av mindre forebyggingsaktivitet uheldig.

Valg av fastlege og sykehus

Med utgangspunkt i et stort registerdatasett basert på legevalgskjemaene befolkningen fylte ut i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen, undersøkte Godager (2012) hvilke faktorer som påvirket sannsynligheten for å delta aktivt i valget av fastlege. Det var betydelig forskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper med hensyn til sannsynligheten for å delta aktivt i dette valget. Det å være født i utlandet, ha lav inntekt, lav formue, lav utdanning og ha tatt imot arbeidsledighetstrygd siste tre år var forbundet med lavere sannsynlighet for å delta aktivt i valg av fastlege.

En analyse av levekårsundersøkelsen i 2002 tyder på at personer med fullført videregående skole oftere benyttet seg av fritt sykehusvalg enn med personer med lavere utdanningsnivå. Det ble imidlertid ikke funnet forskjell mellom personer som kun hadde videregående skole og personer med fullført universitetsutdannelse (Godager og Iversen 2004).

Ventetid på medisinsk behandling

Monstad m.fl. (2010) benyttet data fra Nasjonalt Register for Leddproteser koblet med norsk pasientregister for å studere hvordan ventetid for hofteoperasjon varierer med sosioøkonomisk status. For menn er det en negativ og statistisk signifikant sammenheng mellom inntekt og ventetid: Dersom man benytter gjennomsnittlig ventetid (173 dager) og gjennomsnittlig brutto inntekt (276 000 kroner) blant menn i datamaterialet til å kvantifisere sammenhengen i dager og kroner, innebærer resultatene at en inntektsøkning på 27 600 kroner vil redusere ventetiden med 1,3 dager. Kvinner, med utdanning utover obligatorisk skolegang, har kortere ventetid sammenlignet med kvinner med lavere utdanning. En rapport fra Riksrevisjonen (2012) samsvarer med disse funnene. Riksrevisjonen fant at ordningen med fritt sykehusvalg bidro til å forkorte ventetiden for brukerne og utjevne ventetidene mellom sykehus – i tråd med intensjonene. Men bruken av ordningen økte med høyere inntekt, lengre utdanning og sterkere tilknytning til arbeidslivet. Likevel fant en annen studie få tegn til at bruken av ordningen påvirket den sosioøkonomiske fordelingen av ventedager (Ringard og Hagen 2011).

I en studie av Norsk pasientregister i 2004-2005, der informasjon om pasientenes inntekts- og utdanningsnivå ble påkoblet, undersøkte forfatterne om disse sosioøkonomiske indikatorene påvirker ventetid når det kontrolleres for sykdommens alvorlighetsgrad, reiseavstand og kjennetegn ved sykehuset (Kaarbøe og Carlsen 2013). Forfatterne finner at inntekt og utdanning fortsatt har betydning for ventetid når det kontrolleres for alvorlighetsgrad, men at disse ulikhetene forsvinner når det også kontrolleres for reisevei og sykehusspesifikke forhold. Dette resultatet gjelder for både menn og kvinner. Forfatterne finner imidlertid at sykehusene lokalisert der opptaksområdet har lav gjennomsnittsinntekt har lengre ventetid enn der gjennomsnittsinntekten i sykehusets opptaksområde er høyere. Det synes således å være ulikhet i ventetid mellom opptaksområder med ulike sosioøkonomiske karakteristika.

Arnesen m.fl. (2002) undersøkte hvorvidt ventetider for kirurgisk behandling ble påvirket av sosioøkonomisk status. I forbindelse med poliklinisk konsultasjon ble 452 pasienter rekruttert til studien. Det ble ikke gjort empiriske funn som tydet på ulikhet i ventetid for personer med ulikt kjønn og sosioøkonomisk status. Det lave antallet observasjoner i studien gjør at det ikke er lett å påvise statistisk signifikante sosiale ulikheter, dersom eventuelle forskjeller i ventetider er små. Forfatterne fant likevel at personer som var sykmeldte hadde signifikant kortere ventetid for kirurgisk behandling enn andre.

Unngåelige dødsårsaker

En framgangsmåte som er brukt for å undersøke helsetjenestens rolle som bidragsyter til sosial ulikhet i helse er en metode som går ut på å klassifisere dødsfall etter årsaker som er tilgjengelige for behandling av helsetjenesten versus de som ikke er det, gitt eksisterende medisinsk teknologi og kunnskap.

Norske studier viser at sammenhengen mellom utdanningsnivå og årsaker som er unngåelige og tilgjengelige for medisinsk behandling er omtrent den samme som sammenhengen mellom utdanning og dødsårsaker som ansees for unngåelige, det vil si utilgjengelige for medisinsk behandling. Det gjelder for begge kjønn og for yngre og eldre (Hem m.fl. 2007, Dahl m.fl. 2007). Oss bekjent finnes det ikke norske studier av endringer i henholdsvis unngåelige og uunngåelige dødsårsaker over tid. En analyse av dødelighetsforskjeller mellom norske byer som anvendte samme metode kom til samme konklusjon: byforskjellene i dødelighet kunne ikke forklares ved at helsetjenesten fungerte dårligere i byer med høy dødelighet (Elstad 2012a). Samlet peker de norske studiene på at selv om helsetjenesten kan ha hatt betydelig effekt på forventet levealder i befolkningen (Bunker 2001), kan den, i følge denne metoden, ikke tilskrives noen betydningsfull rolle når det gjelder å forklare sosial ulikhet i dødelighet i Norge i dag.

En sammenlignende studie av England og Wales og Nederland som anvendte denne metoden konkluderte at de voksende sosioøkonomiske forskjellene i dødelighet i England og Wales delvis skyldtes forskjeller i reduksjon av dødsårsaker som ansees som mottakelige for medisinsk intervensjon, det vil si tilgjengelighet til, bruk av eller kvalitet på helsetjenestene, mens evidensen var mindre overbevisende i Nederland (Mackenbach m.fl. 1989). En europeisk studie fant at unngåelige sosiale ulikheter var et generelt trekk, og at særlig en reduksjon i dødelighet av hjerte- og respirasjonsdødsfall og infeksjonssykdommer ville bidra til en nedgang i totaldødeligheten i Europa (Stirbu 2008:116).

Kreftoverlevelse

Overlevelse etter å ha fått stilt en kreftdiagnose har økt markant i Norge som i andre land de siste tiår, men utdanningsforskjeller i kreftoverlevelse vedvarer (Kravdal 1999, Kravdal 2013). Det er tre mulige sett av forklaringer på denne sammenhengen: hvor langt fremskreden kreften er idet diagnosen stilles; egenskaper ved pasientene; og/eller egenskaper ved behandlingen (Braaten m.fl. 2009). En studie av endringer i kreftoverlevelse i perioden 1970-2007 fant at for kvinner var det en økning av forskjellen i overlevelse for alle utdanningsgrupper sammenliknet med den laveste utdanningsgruppa. Blant menn var det ingen økning i kreftoverlevelse etter utdanningsnivå (Kravdal 2013). Hvorfor økningen finner sted bare hos kvinner og ikke hos menn er vanskelig å forklare, men røyking blant kvinner kan spille en rolle, altså en egenskap ved pasienten (og ikke direkte en egenskap ved helsetjenesten): en studie av kreftoverlevelse fant at røyking før kreftdiagnosen ble stilt predikerte de sosioøkonomiske forskjellene i overlevelse og redegjorde i statistisk forstand for 51 prosent av forskjellen mellom lavt og høyt utdannede (Braaten m.fl. 2009).

Forskningsresultatene som er gjengitt så langt i dette kapitlet tyder på at det i Norge ikke (lenger) er horisontal ulikhet i bruk av allmennlegetjenester og sykehusinnleggelse. Flere studier, med data fra ulike tidsperioder, viser imidlertid at grupper med høyere sosioøkonomiske status oftere bruker private spesialister og til en viss grad sykehusenes

poliklinikker. Liknende funn er gjort i studier av andre OECD- land (Van Doorslaer m.fl. 2004). Det er svært få norske studier som beskriver legebruk konsistent over tid, med unntak av et par studier (Grasdal og Monstad 2011, Vikum m.fl. 2013). Vi skal være forsiktige med å trekke bastante slutninger på grunnlag av disse studiene, men de indikerer at det er blitt mer eller mindre full utjevning i bruk av allmennlege, mens ulikhet i bruk av legespesialister vedvarer. Det er påvist klare horisontale ulikheter i tannlegebesøk. Høystatusgrupper er hyppigere brukere av screeningundersøkelser enn lavstatusgrupper, men samtidig er det behov for flere studier av forebyggende helsetjenester.

Videre er det markerte utdanningsulikheter i unngåelige dødsfall – både de som kan forebygges og de som kan behandles – i Norge som i andre land. Siden disse ulikhetene er sammenlignbare med ulikhetene i uunngåelige dødsfall, er det likevel lite sannsynlig at helsetjenesten spiller en stor rolle i å skape eller vedlikeholde dødelighetsforskjeller. Det er påvist at aktivt valg av fastlege følger en utdanningsgradient, og at personer med kort utdanning sjeldnere benytter seg av fritt sykehusvalg enn dem med lengre utdanning. Noen, men ikke alle studier finner at ventetidene på sykehusbehandling er lengre for pasienter med kort utdanning og lav inntekt. Videre er det påvist 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 tenkes at andre forhold knyttet til sykdommen eller pasienten har betydning (Braaten m.fl. 2009).

Det er fremdeles mye vi ikke vet om sosial ulikhet i kontakt med helsetjenesten. Menneskers kontakt og samhandling med ulike deler av helsetjenesten er svært kompleks. De kvantitative metodene som gjerne anvendes er ikke i stand til å fange opp denne kompleksiteten. Det er derfor behov for flere studier med kvalitative design. Vi har fremdeles liten innsikt i kvaliteten på de tjenestene som ulike sosioøkonomiske grupper mottar, hvorvidt behandlingseffektiviteten varierer med sosial status, hvilke kontakter som er legedrevet og hvilke som er pasientdrevet, og forskjeller mellom ulike typer legekontakt (forebygging, diagnostisering, behandling, mv.). Hvilken rolle ulike sykdommers prestisje spiller når det gjelder sosial ulikhet, er også et spørsmål som fortjener mer oppmerksomhet. Den vanlige tilnærmingen i analysene av legekontakt med justering for selvrapporterte behov kan også kritiseres for å være overfladisk og ha begrenset validitet, blant annet fordi behov knyttet til eventuell komorbiditet – forekomsten av flere sykdommer samtidig – og sosiale forskjeller i komorbiditet er vanskelig å fange opp (Lian og Westin 2009:329).

12.3 Helsetjenester som determinant for ulikhet i helse

Debatten om helsetjenestens betydning for folkehelsen har lenge vært dominert av McKeown's (1976) tese om at nedgangen i dødelighet av infeksjonssykdommer siden midten av det 19. århundret i hovedsak ble drevet av forbedrede levekår, særlig i ernæring og sanitære forhold. Andre har argumentert for at i de kroniske, ikke-smittsomme

sykdommenes tidsalder, og med utviklingen av høyteknologisk medisin og kunnskapssamfunnet, er helsetjenestens rolle blitt viktigere enn før. Bunker (2001) har for eksempel regnet seg fram til at omlag halvparten av de 7.5 vunne leveårene i USA siden 1950-tallet er helsetjenestens fortjeneste, og argumenterer for at enda flere kvalitetsjusterte leveår er vunnet på grunn av helsetjenestens innsats.

Spørsmålet for oss er i hvilken grad helsetjenesten har påvirket ulikhet i helse og dens utvikling. I hvilken grad og i hvilke retninger vil for eksempel lik bruk av allmennleger og positiv bruk av legespesialister påvirke ulikhet i helse? Vil lengre ventetider, og det å unnlate å benytte seg av valg i helsetjenesten innvirke på ulikhet i helse? Vi er ikke kjent med empiriske undersøkelser som kan besvare slike viktige spørsmål, men det er vanskelig å tro at mindre bruk av spesialisthelsetjenester, mindre tilgjengelighet eller lavere kvalitet på tjenestetilbudet vil bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. En komparativ studie av sosioøkonomiske ulikheter i legesøkning og unngåelige dødsfall gir heller ikke noe klart svar, men konkluderer med at «[h]elsetjenesten har en viktig, men kanskje relativt liten rolle å spille i å fremme sosial rettferdighet og likhet i helse» (vår oversettelse) (Stirbu 2008:13). Som nevnt innledningsvis er lik bruk av helsetjenester å anse som et gode i seg selv, og som sådan er horisontal ulikhet i bruk uansett et problem, selv om studier av differensielle effekter med entydige resultater mangler.

12.4 Forklaringer

I hvilken grad folk får den helsehjelpen de har behov for er avhengig av grovt sett tre forhold; individens hjelpesøkende atferd, tilgjengeligheten av helsetjenester og kvaliteten på dem (Lian og Westin 2009:316). Barstad (1989:18, 30) peker i sin gjennomgang av ulike modeller for legesøkning på skillet mellom «predisponerende» og «muliggjørende» variabler som mye brukt innen denne forskningen.

En rekke ulike og ikke gjensidig utelukkende forklaringer av legesøkende atferd kan være plausible (Barstad, 1989:18-30 og Lian og Westin 2009:319). I denne gjennomgangen skal vi trekke ut noen sentrale dimensjoner som vektlegges i flere av modellene. Vi presenterer først forklaringer som forutsetter at den strukturelle tilgjengeligheten av helsetjenestene er lik – uavhengig av sosioøkonomisk posisjon – ved et gitt behov. Deretter kommer vi kort inn på hvordan strukturelle faktorer kan skape ulik tilgjengelighet av tjenester, og hvordan sosial samhandling kan påvirke kvaliteten på tjenestene som ulike sosioøkonomiske grupper mottar.

Legesøkningsatferd

Noen forklaringer vektlegger *sosiale praksiser og kulturelle forestillinger* om sykdom og helsetjenesteforbruk som avgjørende (Elstad 1987:37). Ulike sosiale posisjoner og kulturer innebærer ulik sosialisering og sosial identitet, som til en viss grad kan tenkes å forme forestillinger om årsaker, forløp og behandling av ulike symptomer og plager, så vel som

tilbøyeligheten til å søke medisinsk hjelp (Lian og Westin 2009, tabell 17.1). Et slikt perspektiv har mye til felles med Bourdieus habitus-begrep, som innebærer at sosiokulturelle sosiale posisjoner har knyttet til seg bestemte sett av handlingsalternativer.

Andre framstiller helsetjenestebrukeren som en *rasjonell aktør*, som foretar avveieringer av kostnaden ved å søke hjelp (for eksempel reiseavstand og egenandel) holdt opp mot nytten (bedret funksjonsnivå, mindre smerte, forutsigbarhet) (Elstad 1987:37). En slik modell, som har mye felles med «Health Belief-modellen» (se Barstad 1989:19-20), forutsetter at brukeren har tilstrekkelig kunnskap om tjenestenes tilgjengelighet, kostnad og kvalitet, så vel som ulike symptomers sannsynlige forløp og alvorlighetsgrad. Hvilke kostnader en vil akseptere vil ikke bare handle om sykdommens alvorlighet, men også om aktørens økonomiske ressurser: Det som kan fortone seg som en uoverstigelig kostnad for en student eller minstepensjonist (f.eks. å gå til tannlegen), vil for andre være en hverdagslig utgift.

Atter andre forklaringer betoner at ulike sosioøkonomiske posisjoner innebærer *ulikhet i handlingsressurser*, slik som økonomi (som diskutert over), evne til å oppsøke, ta til seg og forstå kunnskap, evne til å omsette kunnskap til handling (autonomi, mestringsressurser, såkalt «locus of control»), mulighet for avløsning fra forpliktelser (arbeid og omsorgsansvar), samt legitimiteten av slikt fravær (jfr. Parsons og Friedsons sykeroller, se Barstad 1989:22 og 24). En slik dimensjon kan også inkludere evne til å kommunisere og fremsette egne krav/ønsker overfor representanter for helseprofesjonene.

Sosiale nettverk og relasjoner kan være av betydning for om symptomer blir oppdaget og gjenkjent. De kan også bidra med erfaringer om symptomenes forløp og mulige alvorlighetsgrad, og de kan oppfordre den som bærer symptomene til å oppsøke hjelp (jfr. Friedsons «lay referral system», se Barstad 1989:23). Hvilken rolle sosial ulikhet spiller i en slik forklaringsmodell er usikkert. Samtidig er det rimelig å anta at det er fordeler knyttet til å ha nettverks- eller familierelasjoner med leger, som må antas å være mer vanlig for høyt utdannede, eller at nettverk med høyere gjennomsnittlig sosial status kan gi bedre råd om bruk av helsetjenester.

Strukturelle faktorer ved tjenesteytingen

Hvis det er slik at helsetjenestene er bedre utbygd og er mer tilgjengelig i områder der det bor flere med høy utdanning og høy inntekt, kan det bidra til horisontal ulikhet i bruk av helsetjenester.

Egenandeler er også en strukturell faktor ettersom fastsettelsen av disse er et resultat av politiske beslutninger. Utbredt bruk av egenandeler og høye egenandelssatser kan virke avskrekkende på lavstatusgrupper. Hvordan og hvor offentlig informasjon om helse og helsetjenester distribueres kan også være av betydning for sosiale helseulikheter. Faktorer som språklig og kulturell form og valg av publikasjonskanaler kan bidra til at et budskap ikke oppfattes av alle.

En viktig strukturell faktor er hvordan prioriteringer av ulike lidelser og pasientgrupper gjøres i praksis, noe som kan påvirke hvor raskt en får den hjelpen en har behov for. Hvis det er slik at lidelser som er mer utbredt i lavere sosial lag har lavere prioritet, eller hvis helsehjelpen gis først til yrkesaktive og sykmeldte, kan dette påvirke de sosiale helseulikhetene (Lian og Westin 2009:325-327). Prosjektet *Raskere tilbake*, som skulle redusere sykefraværet ved kjøp av private helsetjenester for sykmeldte, er blitt kritisert nettopp for å være «forskjellsbehandling satt i system» (Lian og Westin 2009:323).

Hjelper/bruker-samhandling

Som i all annen sosial samhandling er også hjelper/ bruker- relasjonen påvirket av sosiale roller og identiteter. Tradisjonelt har lege/ pasient- rollene vært preget av asymmetri, der legen har forvaltet kunnskapen, mens pasienten har vært en passiv mottaker. Selv om dette har endret seg mye over tid, altså at pasienten i større grad er delaktig i vurderinger og beslutninger i vår tid, er nok relasjonen fortsatt asymmetrisk (Nettleton 1995:154-9). Pasienter med ulik sosioøkonomisk status kan bli behandlet ulikt ved at legen tilpasser informasjonen hun gir, og ved at fordommer spiller inn. Det vil si at hvilken diagnose som stilles, hvilken behandling som foreskrives og hvor mye som blir forklart for pasienten avhenger blant annet av pasientens sosiale posisjon (Nettleton 1995:134). De ulikheter og maktasymmetrier som finnes i samfunnet gjenspeiles på denne måten i helsevesenet (Elstad 1987:38)

De empiriske studiene vi har gjennomgått tyder på at det er behovsjustert (horisontal) sosial ulikhet i bruk av private spesialister og sykehusenes poliklinikker, men ikke når det gjelder sykehusinnleggelse. Det ser ut til at personer med høy utdanning og høy inntekt bruker private spesialister oftere enn personer med lav utdanning og inntekt, og kanskje heller bruker legespesialister enn allmennleger. En rekke av de faktorene som er drøftet over kan tenkes å forklare disse ulikhetene. De empiriske studiene gir ikke grunnlag for å si noe om den relative betydningen av de enkelte faktorene. Siden spesialistkonsultasjon er dyrere enn allmennlegekonsultasjon, kan en tenke seg at forskjeller i egenbetaling kan spille inn. Videre kan ulikheter i reisekostnader ha betydning. Det kan også ulikheter i informasjon hvis en person med høy utdanning og/eller inntekt har bedre grunnlag for å vurdere behovet for spesialiserte helsetjenester, eller oftere etterspør henvisning til spesialist.

Det faktum at det er sosial ulikhet i bruk av legespesialister og ikke i bruk av allmennpraktikere kan gi mistanke om at allmennlegene opptre som portvakter. Men det er ikke lett å skille mellom kontakter initiert av allmennlege, og kontakter initiert av pasient. Likevel er det ikke urimelig å anta at kontakt med spesialisthelsetjenester i større grad er legedrevet enn kontakten med allmennlegetjenester. Ut fra foreliggende forskning er det vanskelig å si noe mer konkret om hvilke prosesser som utspiller seg her. I Norge er det grunn til å anta at økonomiske vurderinger er en selvstendig grunn til lavt forbruk av tannlegetjenester i grupper med lavere inntekter (Clench-Aas 2007:19).

12.5 Relevant helsetjenestepolitikk

Regjeringens helseforskjellsstrategi på området «likeverdige helse- og omsorgstjenester» skiller seg fra de andre områdene ved at den fokuserer på behovet for mer kunnskap, kunnskap om sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester, samt kunnskap om forhold som bidrar til sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester og som kan motvirke slike skjevheter (se også kapittel 14).

Helsemyndighetene peker på at flere trekk ved norsk helsetjeneste kan tenkes å skape horisontal ulikhet i bruk. Noen av disse er: behandlings-, oppfølgings og henvisningspraksis hos fastlegene; organisatoriske eller andre terskler i spesialisthelsetjenesten; bruken av juridiske virkemidler som pasientrettigheter; økt bruk av brukervalg og brukermedvirkning; finansieringssystemer som skaper vridningseffekter mellom sykdomsgrupper og behandlingstyper; samt egenandeler (se Folkehelsepolitisk rapport 2011).

Det finnes som nevnt lite forskning på hvorvidt og i hvilken grad slike mekanismer har noen effekt på sosial ulikhet i den norske helsetjenesten. Helsemyndighetenes folkehelsepolitiske rapporter argumenterer for at det er lite som tyder på at eksempelvis egenandeler spiller noen stor rolle i så måte. Begrunnelsen er dels at bruken av primærhelsetjenester (der egenandeler er mest aktuelt) i enkelte studier er sosioøkonomisk skjevfordelt i de vanskeligstiltes favør, og dels at en studie fra Eurostat finner at få i Norge (under 0,5 prosent) oppgir at de har et udekket behov for helsetjenester fordi tjenesten er for dyr.

En kunnskapsoppsummering av internasjonale erfaringer med virkningene av egenandeler konkluderer at etterspørselen lar seg påvirke av egenandeler, men at de har noen uheldige bivirkninger: Egenandeler reduserer etterspørselen etter både unødvendige og *nødvendige* helsetjenester, og de tenderer til å påvirke helse og inntekt til lavere sosiale lag mest negativt (Johnsen 2004:22). Ingen av studiene som ligger til grunn for disse konklusjonene er imidlertid norske, og vi har heller ikke funnet nyere norske studier med denne problemstillingen. Siden regjeringen i Helseforskjellsmeldingen varslet en vurdering av egenbetalingsordningene med vekt på sosial fordeling, er det en svakhet at ikke kunnskapsgrunnlaget har blitt bedre.

I Norge er det utviklet en rekke kvalitetsindikatorer innenfor somatikk, psykisk helsevern og pleie- og omsorgstjenester. Eksempler på slike indikatorer er fem års overlevelse av enkelte kreftformer på regionnivå. En sosioøkonomisk fordelingsdimensjon har vært etterlyst. I et «rammeverk» for kvalitetsindikatorsystemet utarbeidet av Helsedirektoratet (2010b:21) heter det eksempelvis at

En viktig dimensjon gjelder likhet eller likeverdighet på tvers av undergrupper og sykdommer i befolkningen. Datakildene som velges bør kunne støtte målingen av tjenestekvaliteten hos ulike undergrupper i befolkningen, slik som barn, eldre, minoriteter, personer med ulike sosioøkonomisk bakgrunn, samt ulike tilstander og sykdommer.

Så langt er det imidlertid ikke mulig å se noen fordelingsdimensjon i de nasjonale kvalitetsindikatorene.

Helseforskjellsmeldingen (St. meld. 20 (2006-2007):60) tar til orde for at det skal legges vekt på «fordelingseffekter ved innføring av nye eller endringer i eksisterende styringsmekanismer i helsesektoren». I meldingen som ligger til grunn for den viktigste reformen som har funnet sted i helsesektoren de siste årene – samhandlingsreformen – er sosial ulikhet i helse knapt omtalt (St. meld. 47 (2008-2009)). «Sosiale helseforskjeller» er nevnt fem ganger, stort sett i forbindelse med tilgrensende (andre) prosjekter, gjerne folkehelse relatert, men aldri i forbindelse med tjenestene i smalere forstand. Nå er noe av intensjonen med samhandlingsreformen en «venstreforskyvning» av tyngdepunkter i helseforløpet, ikke bare fra spesialisthelsetjenester til primærhelse, men også fra primærhelsetjeneste til forebyggende helsearbeid.

Reformen inneholder også elementer der utjevning av sosiale helseforskjeller spiller en sentral rolle, ikke minst den nye folkehelse loven. Helseforskjellsmeldingen tilsier imidlertid også at man burde kunne forvente at fordelingsperspektivet ble vurdert også innenfor tjenesteområdet, slik regjeringen Stoltenberg selv uttrykte intensjon om. Heller ikke i evalueringsopplegget for reformen står fordelingsperspektivet særlig sentralt. Evalueringen er organisert mer eller mindre som et forskningsprogram i Forskningsrådet. I mål- og rammedokumentet for programmet er begreper som «fordeling» og «helseforskjeller» bare så vidt nevnt, og fordelingseffekter er ikke nevnt blant formålene med evalueringen (Norges forskningsråd 2012). En av de hittil to utlysningene etterspør prosjekter som ser på effekter av reformen for utsatte og sårbare grupper, men fordelingseffekter i befolkningen mer generelt er fraværende.

Relevant i denne sammenheng er også tiltaket *Raskere tilbake*. «Raskere tilbake» ble foreslått av det partssammensatte «Sykefraværsutvalget» for å redusere sykefraværet. Dette er en ordning for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for å bringe personer som mottar sykepenge raskere tilbake til arbeidslivet og dermed også redusere sykefraværet. «Raskere tilbake» er et tiltak som bare så vidt er nevnt i rapporteringssystemet, kanskje fordi dets fordelingsmessige konsekvenser har vært omstridt (Folkehelsepolitisk rapport 2010:72). Ordningen ble evaluert av Samfunns- og næringsforskning, som fant «signifikante tiltakseffekter for kirurgisk og medisinsk behandling analysert samlet» (Holmås og Kjerstad 2010:5). Dette skyldtes primært reduksjonen i ventetider, og ikke behandlingen som sådan: Ventetidene ble gjennomsnittlig redusert med 18 dager, noe som resulterte i 4,3 dagers kortere sykepengeperioder. Like fullt konkluderer evalueringen med at «... Raskere tilbake samlet sett trolig ikke er en suksess i samfunnsøkonomisk forstand, fordi reduksjonen i sykefravær er for liten». Kjøp av behandling for enkelte pasientgrupper ut av ordinær kø innebærer et brudd med prioriteringsprinsippene for norsk helsetjeneste. Sosial status skal ikke ha noe å si for prioritering av pasienter, men denne ordningen favoriserer sysselsatte og

kanskje relativt ressurssterke arbeidstakere med enkle lidelser. Om dette fører til at personer utenfor arbeidsstyrken som står i den ordinære køen må vente lengre, vet man ikke, men det kan ikke utelukkes. Om det skjer, vil det kunne bidra til å øke sosiale ulikheter i helse, dersom tiltaket har effekt på helse overhodet. Nå kan vi imidlertid ikke se bort fra at dersom mange yrkesaktive kjøpes ut av den ordinære køen, kan også ikke-yrkesaktive pasienter som venter i den ordinære køen komme raskere til behandling. Hvorvidt dette skjer er uvisst, siden evalueringen av tiltaket ikke omfatter slike problemstillinger.

En generell vurdering er at sosial ulikhet ikke står høyt på dagsordenen i helsetjenesten. Formålsformuleringen om «likeverdige tjenester» har i en årrekke gått igjen i statsbudsjettene, men uten nærmere konkretisering. Ved innføringen av store og viktige reformer i helsetjenesten har fordelingsdimensjonen i liten grad vært drøftet og tatt hensyn til. Det har vært liten 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 vanskelig å se at forskningen på sosial ulikhet i helsetjenester er styrket i særlig grad. Alt dette innebærer blant annet at kunnskapen om sosial ulikhet i helsetjenester i dag ikke er så mye bedre enn da Helseforskjellsmeldingen ble skrevet.

12.6 Oppsummering og diskusjon

Den norske helsetjenesten har, som en universell tjeneste og et kollektivt forsikringssystem, de grunnleggende forutsetningene som skal til for å skape sosial likhet i bruk av helsetjenester (kontrollert for behov) og dermed bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller. Likhetsidealet i norsk helsevesen tilsier at alle med like behov vil motta samme omfang og kvalitet av helsetjenester. At alle er forsikret innebærer også trygghet for liv og helse for alle, uavhengig av om man bruker tjenestene eller ei. Denne tryggheten er en kollektiv verdi som kommer i tillegg til den individuelle nytten den enkelte pasient får av å bli behandlet når behovet er tilstede.

Det er påvist en del trekk ved det norske helsevesenet som gir grunn til å reise spørsmål om likhetsidealet er under press. Det er påvist horisontal ulikhet i bruk av legespesialister og tannlegetjenester. Enkelte screeningtilbud brukes hyppigere av grupper med høyere sosioøkonomisk status enn grupper med lavere sosioøkonomisk status. Videre er det markerte utdanningsulikheter i unngåelige dødsfall – både de som kan forebygges og de som kan behandles – i Norge som i andre land. Siden disse ulikhetene er sammenlignbare med ulikhetene i uunngåelige dødsfall, er det likevel lite sannsynlig at helsetjenesten spiller en stor rolle i å skape eller vedlikeholde dødelighetsforskjeller. Aktivt valg av fastlege følger en utdanningsgradient, og personer med kort utdanning benytter seg sjeldnere av fritt sykehusvalg enn dem med lengre utdanning. Noen studier finner at ventetidene på sykehusbehandling er lengre for pasienter med kort utdanning og lav inntekt. 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.

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 liten 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 vanskelig å se at forskningen på sosial ulikhet i helsetjenester er styrket i særlig grad og at vår kunnskap i dag er vesentlig bedre enn da Helseforskjellsmeldingen ble skrevet.

Det er fremdeles mye vi ikke vet om sosial ulikhet i kontakt med helsetjenesten. De kvantitative metodene som gjerne anvendes er ikke i stand til å fange opp kompleksiteten på feltet. Ikke minst er det utfordrende å definere og operasjonalisere «behov» for helsetjenester. Vi har fremdeles liten innsikt i eventuelle kvalitetsforskjeller på de tjenestene som ulike sosioøkonomiske grupper mottar, hvorvidt behandlingseffektiviteten varierer med sosial posisjon, hvilke kontakter som er legedrevet og hvilke som er pasientdrevet, og forskjeller mellom ulike typer legekontakt (forebygging, diagnostisering, behandling mv.). 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.

En vanlig antakelse i perspektivet om helsens sosiale determinanter er at helsetjenesten er en determinant langt nede i elva som ikke er den viktigste for helse og ulikhet i helse. Ulikhet i helse skapes og vedlikeholdes i all hovedsak av samfunnsmessige krefter utenfor helsetjenesten. Men få, hvis noen, tilhengere av sosial determinanterperspektivet har hevdet at helsetjenestens innsats er uvesentlig for å redusere ulikhet i helse. Oppfatningen er snarere at helsetjenesten spiller en viktig om enn kanskje liten rolle (Stirbu 2008).

Det er således viktig at helsetjenesten arbeider for sosial likhet i helse av tre hensyn: Det er viktig for å fremme likhetsidealet i norsk helsetjeneste – det er rett og slett en riktig ting å gjøre; det er viktig fordi det sannsynligvis vil være et bidrag – om enn lite – til mindre sosial ulikhet i helse; og det er viktig fordi det understreker det kollektive forsikringsaspektet – at vi alle skal oppleve samme grad av trygghet for liv og helse.

12.7 Mål, anbefalinger og forskningsbehov

Mål

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.

Anbefalinger

1. *Sosial ulikhet i helse settes høyt på dagsorden i helsetjenesten.* Tematikken sosial ulikhet i helse er viet relativt liten oppmerksomhet i helsesektoren siden Helseforskjellsmeldingen ble lagt fram i 2007. Helsemyndighetene bør sette sosial ulikhet i helse høyt på dagsordenen og innta en tiltenkt pådriverrolle overfor andre politikksektorer. Sentrale helsemyndigheter bør særlig påse at tematikken blir vurdert når reformer, organisasjonsendringer og nye tiltak blir innført, og at alle evalueringer av reformer i helsetjenesten retter oppmerksomhet mot sosiale ulikheter i helse og i bruk av helsetjenester.
2. *Utvikling av indikatorer på sosial ulikhet i helsetjenesten.* Det er behov for å overvåke utviklingen av sosial ulikhet i helsetjenester. For å gjøre dette trengs empiriske indikatorer. Det bør settes i gang et arbeid for å utvikle indikatorer på ulike sider ved ulikhet i helsetjenesten, for eksempel i tilknytning til kvalitetsindikatorene. Et slikt utviklingsarbeid ble varslet i Helseforskjellsmeldingen, men er ikke fulgt opp.
3. *Pilotprosjekt om gratis lege- og tannlegetjenester.* En gjennomgang av egenandelsordninger i andre land konkluderer at slike ordninger kan ha uheldige konsekvenser for bruken av helsetjenester i lavere sosiale lag. Vi vet lite om de sosiale og helsemessige fordelingsvirkningene av det norske egenandelssystemet. Mye tyder på at folk med lavere inntekter og utdanning ikke bruker tannlegetjenester – selv om behovet er til stede – fordi de ikke har råd til det. Vi foreslår at det iverksettes pilotprosjekter i ulike kommuner der modeller for gratis lege- og tannlegetjenester prøves ut og evalueres.

Forskningsbehov

Det er behov for å styrke forskningen på ulikhet i helsetjenester på en rekke felt og med et mangfold av metoder. Det er viktig at forskningen ikke bare tar for seg sosiale forskjeller i ulike typer av legesøkning, men også studerer barrierer for legesøkning, behandlingskvalitet, lege- pasientsamhandlingen, timing av legebesøk, og ulikhet i behandlingseffektivitet. Vi trenger mer kunnskap om de sosiale konsekvensene av strukturelle sider ved helsetjenesten som egenandeler og ulike sykdommers prestisje for store og små prioriteringer. Alle evalueringer av reformer og nye tiltak i helsetjenesten bør rette søkelyset mot sosiale ulikheter.

13 Sosialhjelpsmottakere

13.1 Innledning

Dette kapitlet bryter med logikken for rapporten der de viktige helsedeterminantene danner utgangspunktet for hvert kapittel. Det betyr også at så å si hele analysemodellen (figur 3.2) i kapittel 3 kommer til anvendelse – det er tale om mange mekanismer og tilsvarende mange intervensjonspunkter.

I Helseforskjellsmeldingen (St. meld. 20 (2005-2006)), under innsatsområdet sosial inkludering, er målet å bedre livsvilkårene for de vanskeligst stilte. Helseforskjellsstrategien prioriterer grupper som voksne med svake grunnleggende ferdigheter fra skolen, fengselsinnsatte, rusmisbrukere, mennesker med tunge psykiske helseproblemer, langtidsmottakere av sosialhjelp, og bostedsløse (Giæver 2013:47). Flere av disse kategoriene er vanskelig avgrensbare, og det er begrenset med pålitelig informasjon om deres levekår og helse. Det er derfor en umulig oppgave å fokusere på hver og en av disse kategoriene. Det blir også litt meningsløst så lenge gruppene overlapper, om enn i noe varierende grad.

Vårt grep er å fokusere på sosialhjelpsmottakere, og spesielt langtidsmottakere av sosialhjelp. Sosialhjelpsmottakere er en kategori der flere av de nevnte utsatte/vanskeligstilte gruppene er overrepresentert (se nedenfor). Mottakere av økonomisk sosialhjelp er en kategori mennesker som per definisjon har økonomiske problemer. I praksis viser det seg imidlertid at de økonomiske problemene sjelden opptrer alene. Som vi snart skal se faller de ofte sammen med en rekke andre sosiale problemer, helseproblemer og knapphet på ressurser.

Både helseforskjellsstrategien, og ikke minst den norske politikken som er utviklet for å motvirke fattigdom og sosial eksklusjon, retter seg i stor grad mot langtidsmottakere av sosialhjelp. En politikk som er i stand til å forbedre levekårene for sosialhjelpsmottakere vil også forbedre levekårene til en rekke andre vanskeligstilte grupper, og dermed i neste omgang ha en gunstig effekt på deres helse og trivsel. I denne politikken spiller Kvalifiseringsprogrammet (KVP) en viktig rolle og vil derfor bli drøftet forholdsvis grundig. Sosialhjelpsmottakere er allerede i kontakt med hjelpeapparatet. Det er således ingen problemer med å identifisere målgruppen slik det kan være med andre målgrupper, som for eksempel inntektsfattige.

Vi vil imidlertid understreke at hele innsatsområdet «sosial inkludering» i helseforskjellsstrategien er beskrevet og vurdert i underlagsrapporten til Øyvind Giæver (2013). I neste kapittel løfter vi også frem noen hovedpunkter fra Giævers diskusjon av sosial inkluderingsområdet i Helseforskjellsstrategien.

13.2 Levekår blant sosialhjelpsmottakere og i andre vanskeligstilte grupper

Blant sosialhjelpsmottakere er mange vanskeligstilte grupper overrepresentert. Dette gjelder fattige, men også enslige forsørgere, langtidsarbeidsledige, mottakere av kvalifiseringsstønning, personer med nedsatt arbeidsevne, tidligere barnevernsbarn, og mottakere av kvalifiseringsstønning (Kristofersen og Clausen 2008, Kaur 2013:198, tabell A1 og A2). En kategori vanskeligstilte som er nevnt i Helseforskjellsmeldingen er bostedsløse. Tellingene viser at det er drøyt 6000 bostedsløse i Norge og 40 prosent av bostedsløse har sosialhjelp som viktigste inntektskilde (Dyb og Johannessen 2009). Hver tredje langtidsmottaker av sosialhjelp oppgir at de har rusproblemer (van der Wel m.fl. 2006, Rytter 2012). Overlappingen mellom ulike vanskeligstilte grupper betyr at politiske tiltak rettet mot sosialhjelpsmottakere, og spesielt langtidsmottakere, også vil treffe forholdsvis mange som tilhører andre utsatte grupper. Dette forholdet innebærer at tiltak spesielt innrettet mot sosialhjelpsmottakere også kan forventes å ha en positiv innvirkning på mange andre utsatte grupper, dersom de er effektive.

Sosialhjelp er det nederste, behovsprøvd sikkerhetsnettet i den norske velferdsstaten. Sosialhjelpsmottakere er ofte ekskludert både fra arbeidsmarkedet og fra trygdeytelsene. Antall sosialhjelpsmottakere var i 2011 om lag 118 000. Det er en nedgang fra toppårene rundt 1995 da antall mottakere var rundt 160 000 (Kaur 2013). Sosialhjelp er ment som en kortvarig ytelse, men en betydelig andel mottar støtte over lengre tid. Å motta sosialhjelp noen få uker eller måneder er antakelig et langt mindre problem enn å leve av sosialhjelp i mange måneder og til og med år. I 2011 var det knapt 51 000 mennesker som bodde i hushold der hovedinntektstakeren var langtidsmottaker av sosialhjelp, dvs. mottok sosialhjelp i seks måneder eller mer av årets 12 måneder. Det er en liten nedgang fra de to foregående årene (Kaur 2013:89).

Det er neppe overraskende at det er en stor andel med lav inntekt blant personer i hushold der hovedinntektstakeren er sosialhjelpsmottaker. I 2011 var andelen personer med lavinntekt (eller «fattig») 54 prosent i hushold der hovedforsørgeren var sosialhjelpsmottaker og 64 prosent i hushold der hovedinntektstakeren var langtidsmottaker av sosialhjelp. Dette er en oppgang fra de to forutgående årene for begge kategorier. Også blant mottakere av kvalifiseringsstønning var andelen med lav inntekt høy i 2011, nemlig 64 prosent.

Grebstad (2012:49-50) løfter frem en undergruppe av enslige mødre som spesielt avhengige av sosialhjelp etter reformen i overgangsstønningen i 2001:

Antagelig er det derfor kombinasjonen av landbakgrunn, eneforsørgeransvar, flere barn og høyere alder som er blitt en spesielt virksom barriere mot alternative inntektsmuligheter for undergruppen enslige mødre. Samtidig som altså reglene for overgangsstønning ikke er like sjenerøse som før ... Vi finner at det i større grad er enslige mødre med innvandrerbakgrunn som er blitt mer avhengige av sosialhjelp som hovedinntektskilde.

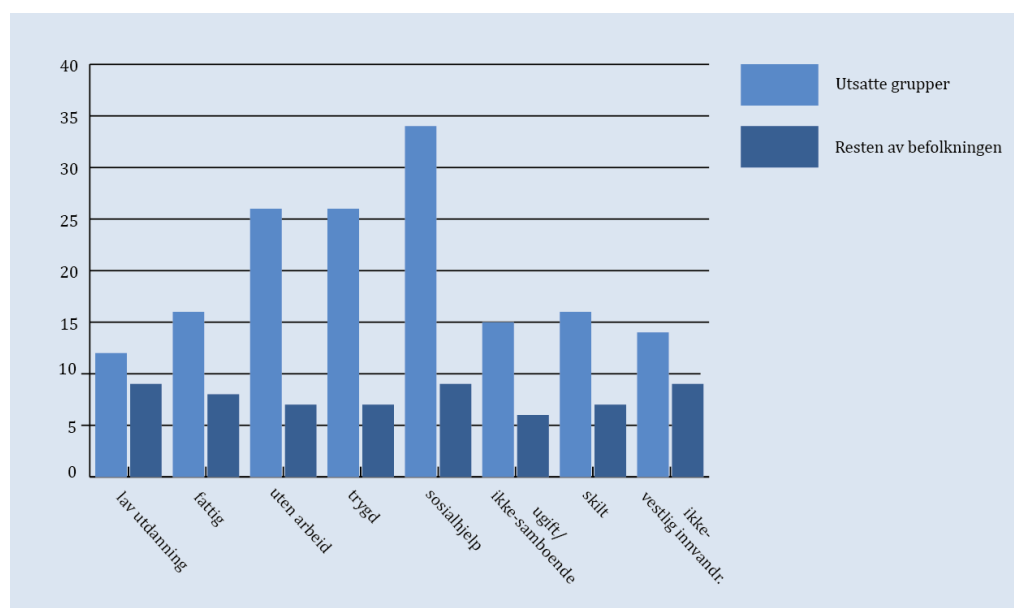
I tillegg til lav inntekt har sosialhjelpsmottakere svake levekår på nær sagt alle områder. De har begrenset yrkesdeltakelse, opplever – naturlig nok – ofte ulike typer økonomiske vansker, har svakt utviklet sosiale nettverk, lite sosial kapital (lav tillit, for eksempel), og opplever ofte ensomhet (van der Wel m.fl. 2006, Epland m.fl. 2011:109, Vrålstad 2012:119, Kaur 2013). Sosialhjelpsmottakere opplever i større grad enn andre ubehagelige situasjoner i form av vold og trusler (Vrålstad 2012). Relativt mange langtidsmottakere av sosialhjelp rapporterer også at de har opplevd ulike typer problemer i oppveksten, som avbrutt skolegang, langvarig mobbing, konflikt mellom foreldrene, og dårlig økonomi (van der Wel m.fl. 2006). Her aner vi konturene av problematiske livsløp og opphopning av problemer på ulike levekårsområder.

Sosialhjelpsmottakere bor også gjennomgående dårligere enn befolkningen ellers. Eksempelvis er andelen som bor trangt, som bor i bolig med råte og fukt, eller som er utsatt for støy klart høyere enn i befolkningen ellers (Kaur 2013:96). Den danske kunnskapsoppsummeringen av sosial ulikhet i helse foreslo bedre boliger for utsatte grupper (Diderichsen 2011), mens en norsk litteraturstudie konkluderte med at evidensen for at dårlige boliger i seg selv forårsaker helseproblemer ikke er særlig overbevisende (Nilsen og Grønningsæter 2011:62).

13.3 Helse blant sosialhjelpsmottakere

Nasjonalt Folkehelseinstitutt har studert den psykiske helsen til sosialhjelpsmottakere blant enkelte andre vanskeligstilte grupper med utgangspunkt i Levekårsundersøkelsen 2005 (Myklestad m.fl. 2008).

Figur 13.1 Andel personer med betydelige psykiske plager (HSCL-25) blant de utsatte gruppene og resten av befolkningen. Prosent.



Kilde: Myklestad m.fl. 2008:8.

Figur 13.1 viser at alle de utsatte gruppene identifisert av Myklestad m.fl. (2008) har dårligere psykisk helse, dvs. oftere angst og depresjon, enn resten av befolkningen. Sosialhjelpsmottakere har spesielt høy forekomst, men også mennesker som mottar trygd rapporterer ofte psykiske plager. Mange vil motta trygd på grunn av sykdom, så dette funnet er ikke veldig overraskende. Men at så mange sosialhjelpsmottakere rapporterer dårlig psykisk helse er mer bemerkelsesverdig siden sosialhjelp i første rekke er ment for å avhjelpe akutte økonomiske vansker. Sett i lys av at sosialhjelpsmottakere har et bredt sett av levekårsproblemer, og at mange har hatt en vanskelig oppvekst, blir det mer forståelig.

Det er verdt å merke seg at risikoen for psykiske plager øker i takt med hvor mange vanskeligstilte grupper en tilhører. I rapporten til (Myklestad m.fl. 2008) kan vi lese:

14 % av utvalget tilhørte to utsatte grupper, og risikoen for betydelige psykiske plager var omtrent fire ganger så høy for disse, sammenlignet med de som ikke tilhørte noen utsatt gruppe (OR=4,3). Fem prosent av utvalget tilhørte 3 utsatte grupper og denne gruppen hadde en ytterligere signifikant økning i risiko for psykiske plager (OR=6,4). Likedan økte risikoen for betydelig psykiske plager ytterligere og signifikant, for de personer som tilhørte fire utsatte grupper eller mer (OR=9,6) (OR= oddsratio som kan fortolkes som relativ risiko. Se også kapittel 4).

Som vi drøfter andre steder i rapporten er dette fenomenet kjent som akkumulering, eller opphopning (clustering), av ulemper.

Det er solid dokumentert at helsetilstanden blant sosialhjelpsmottakere gjennomgående er dårlig. Det gjelder spesielt den psykiske helsen, men også den fysiske. Kriminalitet og rusmisbruk forekommer ofte, og andelen daglige røykere er langt høyere enn blant folk flest (van der Wel m.fl. 2006, Vrålstad 2012:124). En stor andel rapporterer også om smerter (Løyland 2013). Sosialhjelpsmottakere har langt høyere dødelighet enn normalbefolkningen. Det er særlig langtidsmottakere av sosialhjelp som har dårlig helse og høy dødelighet sammenlignet med befolkningen for øvrig (Ohrem Naper 2009, Herud og Ohrem Naper 2012). Overdødeligheten i sosialhjelpsbefolkningen gjelder både for menn og kvinner og omfatter alle dødsårsaker, men er spesielt høy for dødsårsaker relatert til stort forbruk av alkohol og rusmidler (Ohrem Naper 2009).

Tabell 13.1 nedenfor er et eksempel på selvrapporterte helseproblemer blant sosialhjelpsmottakere. Det er ikke så mange observasjoner hvert år så på grunn av tilfeldigheter svinger flere av tidsseriene en del. Hovedbildet er imidlertid at helsetilstanden er betydelig dårligere blant sosialhjelpsmottakere enn i befolkningen for øvrig. En skal også være klar over at endringer over tid kan skyldes endringer i helserelevante levekår/ livsstiler, eller endringer i sammensetningen av mottakerne, i tillegg til metodiske forhold og statistisk usikkerhet.

Tabell 13.1 Helse og behov for medisinsk hjelp blant sosialhjelpsmottakere og i befolkningen. Prosent.

	Sosialhjelpsmottakere				Alle
	2009	2010	2011	2012	2012
Egenvurdering av helse					
andel med svært god eller god helse	49	52	57	60	79
andel med dårlig eller svært dårlig helse	21	25	18	20	6
Andel med kronisk sykdom	55	52	49	50	31
Nedsatt funksjonsevne					
andel med sterkt nedsatt funksjonsevne	13	14	10	13	4
andel med noe nedsatt funksjonsevne	21	21	21	22	9
Andel med udekket behov for medisinsk hjelp	9	16	16	14	2
Andel med udekket behov for tannlegehjelp	42	39	26	32	8
Andel med økonomiske grunner til udekket behov for tannlegehjelp	31	30	18	19	4
Antall svar	146	154	137	184	6186

Kilde: Kaur 2013: tabell 5.3.13.

Andelen som for eksempel oppgir kronisk sykdom blant sosialhjelpsmottakere er 50 prosent i 2012, mens den tilsvarende andelen i befolkningen ellers er på drøyt 30 prosent. Vi ser også at en stor andel sosialhjelpsmottakere (32 prosent) oppgir et udekket behov for tannlegebehandling, mens den tilsvarende andelen i befolkningen er nokså lav (8 prosent). Knappt 20 prosent oppgir økonomiske grunner til at behovet for tannlegehjelp ikke er dekket, mot 4 prosent i befolkningen for øvrig.

13.4 Forklaringer

Flere har påvist en sammenheng mellom foreldres og barns sosialhjelpsbruk. Dette er gjerne framstilt som at sosialhjelp går i arv, at sosialhjelp skaper «stødnadsavhengighet» på tvers av generasjonene (Lorentzen og Nilsen 2008, Hansen og De Vibe 2005). Undersøkelser som anvender bedre metoder (søskenstudier), avslører imidlertid at det ikke er sosialhjelpen i seg selv som er arvelig, men andre forhold knyttet til foreldre og oppvekstfamilie. Dette tyder på at sosialhjelpen i seg selv ikke er årsak til neste generasjons sosiale problemer. Årsaken er heller en generell mangel på ressurser og problematiske levekår. Nøyaktig hvilke problemer dette er, er det imidlertid vanskelig å si noe konkret om (Lorentzen 2011).

Sosialhjelpsmottak er derfor snarere en markør for andre sosiale og økonomiske problemer og/ eller mangel på ressurser av ymse slag i familien. Det er altså ikke nødvendigvis slik at det er sosialhjelpen som sådan som skaper såkalt stødnadsavhengighet, uansvarlighet, og dysfunksjonelle individer og familier, men snarere en totalt sett vanskelig livssituasjon som starter tidlig og som vedvarer.

Over 60 prosent av langtidsmottakerne av sosialhjelp var fattige i 2011. Fattigdom er regnet som en av de fremste risikofaktorene for sykdom og prematur død, men det er også erkjent at dårlig helse kan føre til fattigdom gjennom gjensidig forsterkende prosesser (Leon og Walt 2001:6). Når det gjelder sammenhengen mellom lav inntekt/ fattigdom og helse, må vi regne med at det er effekter av felles bakenforliggende faktorer, og at påvirkningen kan gå begge veier. Denne kompleksiteten må også politiske tiltak reflektere. Det er uhyre vanskelig å skille høna fra egget når det gjelder å tolke sammenhengen mellom en utsatt sosial posisjon som sosialhjelpsmottaker, særlig når den varer over tid, og helse. Selv om det neppe er helsebringende å leve i økonomisk knapphet som sosialhjelpsmottaker over lengre tid, er det grunn til å tro at et livsløpsperspektiv har mye å tilføre for å forstå denne sammenhengen (se kapittel 4): Helse, herunder rusmisbruk og sosial posisjon over livsløpet har antakelig virket i komplekse samspill over tid og skapt helseproblemene blant disse sosialt utsatte gruppene (Diderichsen m.fl. 2011). Når, som nevnt, langtidsmottakere av sosialhjelp blir bedt om å karakterisere sin oppvekst før fylte 16 år, er det mange som rapporterer om mobbing, konflikt mellom foreldre, foreldre med rusproblemer, økonomiske vansker, avbrutt skolegang, osv. (van der Wel m.fl. 2006:21). Betydningen av tidlige leveår for livssjansene understrekes av nyere tverrfaglig forskning (Blane m.fl. 2013, Knudsen m.fl. 2006). Dette innebærer at det er viktig å forebygge utviklingen av slike uheldige livsløp allerede tidlig i livet, slik vi har vært inne på en rekke ganger i denne rapporten. Når dette er sagt, er det forhastet å trekke den slutning at ingenting hjelper. Men det er grunn til å anta at det er forbundet med betydelige utfordringer å hjelpe langtidsmottakere av sosialhjelp til et liv med bedre levekår, bedre livskvalitet, og kanskje en plass i yrkeslivet og dermed bedre helse på sikt. La oss se nærmere på den politikken som har vært ført de senere år.

13.5 Politikken på feltet

Det følger av livsløpsperspektivet at tidlig forebygging av de mangslungne problemer som mange sosialhjelpsmottakere, særlig langtidsmottakere, sliter med, vil være det mest effektive. Likevel er det opplagt at ikke alle problemer lar seg forhindre gjennom forebygging. Diskusjonen her vil dreie seg om reparerende tiltak etter at skaden har skjedd. Forbyggende tiltak og tidlig innsats er diskutert tidligere, og da særlig i kapittel 6 og 7.

Her vurderer vi særlig tiltak rettet mot sosialhjelpsmottakere, som er en viktig målgruppe i myndighetenes fattigdomsbekjempelse og i strategien for å redusere sosial ulikhet i helse. En rekke av de andre målrettede tiltakene som er iverksatt for å hjelpe utsatte og vanskeligstilte grupper er drøftet og vurdert i underlagsrapporten til Giæver (2013).

Kvalifiseringsprogrammet (KVP)

Gjeldende politikk for å forebygge og forhindre langvarige sosialhjelps karrierer, fattigdom og sosial eksklusjon retter seg i stor grad mot å sette folk i stand til å klare seg selv gjennom eget inntektsgivende arbeid. Kvalifiseringsprogrammet (KVP), som ble lansert i 2007, er et

viktig instrument for å realisere dette målet (Herud og Ohrem Naper 2012). Programmet skal primært fremme arbeid, men også sørge for «meningsfull aktivitet». Målgruppen er langtidsmottakere av sosialhjelp, eller mennesker som står i fare for å bli det (Herud og Ohrem Naper 2012, Schafft og Spjelkavik 2011). Arbeidsevnevurdering ligger til grunn for opptak til programmet. Ifølge inngangskriteriene til programmet skal deltakelsen være «hensiktsmessig og, deltakerne må ha behov for «koordinert bistand» (Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen 2009: §29). I forskriften heter det videre: «Programmet retter seg mot personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne som har ingen eller svært begrensende ytelser etter folketrygdloven eller arbeidsmarkedsloven» Og: «Personer med psykiske plager eller rusproblematikk er i målgruppen for kvalifiseringsprogram dersom de fyller inngangsvilkårene, kan nyttiggjøre seg arbeidsrettede tiltak i løpet av programperioden og ikke har rettigheter etter andre ordninger» (Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen 2009: §29). Deltakerne i KVP deltar normalt ett år, med mulighet for ytterligere ett år og deretter et halvt år (Lima og Ohrem Naper 2013). Deltakerne mottar stønad tilsvarende to ganger grunnbeløpet, og stønaden er skattepliktig (fra 1.5.2013 er grunnbeløpet 85 245 kroner per år). Det ytes også barnetillegg. Kvalifiseringsstønnen gir dermed en relativt langsiktig økonomisk trygghet og forutsigbarhet. Programmet er en rettighet, og oppfølgingen er tett og individuell. Brukerne skal ha en individuell plan.

Brukerne har i prinsippet adgang til et bredt spekter av tjenester, som inkluderer styrking av motivasjon, tilføring av kunnskaper og ferdigheter, og tilbud om helsetjenester om det er behov for det. Vurdert mot sammenlignbare programmer i andre land inneholder KVP flere elementer av sosiale investeringer (Bonoli 2012). Dette trekkes ved KVP er antakelig helsemessig gunstig siden det er evidens for å hevde at programmer som har som ambisjon å bygge human kapital har potensial til å styrke deltakernes helse (Working for Equity in Health Consortium 2012).

Kvalifiseringsprogrammet (KVP) er gjort til gjenstand for en prosessvaluering som omfatter 12 kommuner (Schafft og Spjelkavik 2011). I hovedsak rekrutteres dem som antas å kunne nyttiggjøre seg programmet. Rekrutteringen av deltakere til KVP varierer, men relativt ofte velges de antatt «sterkeste» kandidatene. Dette betyr blant annet at personer med psykiske problemer og rus jevnlig utelukkes (Schafft og Spjelkavik 2011:67). Det later til å være en utbredt holdning blant NAV- kontorene at personer med store rusproblemer eller store psykiske problemer er uegnet til å delta i programmet. Denne holdningen kan være et resultat av at kontorene tidligere har hatt dårlige erfaringer med disse gruppene (Djuve m.fl. 2012). Personer med rus- eller psykiske problemer tas imidlertid inn i programmet der det finnes et helsetilbud for mennesker med denne typen utfordringer. Dette understreker behovet for en god integrasjon av arbeids- og helsetjenester for mange av de vanskeligstilte i KVPs målgruppe. Utvelgingen av klienter til tiltak later til å ha blitt mer kresen med tiden. I økende grad holdes de «tunge» klientene utenfor programmet (Schafft og Spjelkavik

2011:23). Programmet blir dermed billigere, gjennomstrømmingen bedre, og flere kommer i arbeid. Spørsmålet er hva som skjer med de personene som ikke slipper inn i programmet og som ofte vil slite med rus, psykiatri og andre problemer som gjør dem uegnet for deltakelse i KVP.

Brukerundersøkelser viser at brukerne særlig setter pris på sosialfaglig oppfølging og kvalifiseringsstøtten (Schafft og Spjelkavik 2011). Kvalifiseringsstøtten oppleves også som mer positiv enn behovsprøvd sosialhjelp. Brukerne opplever imidlertid at de ikke har så stor valgfrihet, og en del gir også uttrykk for at mange av tiltakene er lite meningsfulle for dem. Det er videre en tendens til svak motivasjon til aktiviteter blant dem som har størst utfordringer. Annen forskning viser at slike negative opplevelser kan ha uheldige helsemessige konsekvenser (Working for Equity in Health Consortium 2012:119).

Det foreligger ingen endelig effektevaluering av KVP, men en foreløpig effektevaluering er publisert (Frischsenteret udatert). Analysen tar utgangspunkt i den predikerte *sannsynligheten* for å delta i KVP (og ikke individuell deltakelse), og sammenlikner de med høy sannsynlighet for deltakelse med andre NAV- brukere. Utfallsmålene er sysselsetting, inntekt, mottak av arbeidsavklaringspenger og mottak av uføretrygd. Resultatene indikerer at personer med høyest sannsynlighet for deltakelse kommer noe bedre ut på disse utfallsmålene enn andre NAV- brukere i kommuner som har iverksatt programmet. Denne gruppen har mellom to og fem prosentpoeng høyere sannsynlighet for å være sysselsatt tre år etter, sammenliknet med brukere med svært lav deltakersannsynlighet, alt annet likt. De har også noe lavere sannsynlighet for å være uføretrygdet på dette tidspunktet.

Beskjedne effekter på harde utfall som arbeid og inntekt går igjen i mange effektevalueringer i Norge, og i andre land, selv om et også er variasjoner mellom målgrupper og type programmer (Malmberg-Heimonen 2005, Steiro m.fl. 2006, Dahl og Lorentzen 2007, Djuve 2013, se også kapittel 8). En kvasi-eksperimentell effektevaluering av forløperen for KVP, «Fattigdomssatsingen» er spesielt relevant i denne sammenhengen. Denne evalueringen viste at flere i tiltaksgruppa enn i kontrollgruppa fikk jobb, men at effekten var temmelig beskjeden: Kun tre prosentpoeng flere sosialhjelpsmottakere i tiltaksgruppa (24 prosent) kom i jobb enn i kontrollgruppa (21 prosent), men de kom i jobb etter kortere tid. For de andre målgruppene som ble studert, enslige forsørgere, innvandrere og ungdom, var det ingen signifikant effekt av tiltaket (Rønsen og Skarðhamar 2007).

En undersøkelse har studert hvor deltakere i KVP ender opp etter å ha gjennomgått programmet. Lima og Ohrem Naper (2013) fant at 26 prosent av deltakerne kom i jobb seks måneder etter programavslutning. Av disse var det en del som fremdeles mottok sosialhjelp eller andre NAV- ytelser. Kun 10 prosent oppnådde en mer stabil yrkestilknytning, dvs. var i jobb seks, 12 og 24 måneder etter avslutning. 37 prosent mottok arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd etter 24 måneder.

KVP tilbys et lite mindretall av sosialhjelpsmottakere. I følge tall fra Statistisk sentralbyrå for 2012 gikk 4.8 prosent fra sosialhjelp som hovedinntektskilde til Kvalifiseringsprogrammet (Statistisk sentralbyrå 2013a, 2013b). Ut fra det vi vet om rekrutteringspolitikken faller spesielt mange av de sårbare utenfor, slik at en del fortsatt må leve på sosialhjelp. Men dette gjelder neppe alle: noen vil også få rett til arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd ettersom arbeidsevnevurderingen i en del tilfelle vil avslører at vilkårene for slike ytelser er oppfylt (Ohrem Naper, personlig meddelelse 02.04.2013). Tilsvarende overganger fant en også i evalueringen av det såkalte Tiltaksforsøket (Lødemel og Johannessen 2005). Grunnen er at når hjelpeapparatet går grundig inn i klientenes problematikk, kommer det for en dag at klientene er arbeidsuføre og at de har rett til trygd. På dette viset kan den såkalte arbeidslinja ha «trygdelinja» som en utilsiktet konsekvens. Når det gjelder KVP er det usikkert hvor mange dette gjelder, og hvem de eventuelt er.

Det hører med til det ovenfor nevnte bildet at forholdsvis mange sosialhjelpsmottakere etter hvert faller helt utenfor både arbeidsliv og velferdsordningene. En foreløpig evaluering av NAV-reformen finner at av de som startet et sosialhjelpsforløp og som avsluttet i 2009, endte 30 prosent uten både arbeid og trygd (Fevang m.fl. 2013). En del av disse kan likevel ha en lav arbeidsinntekt, dvs. under 1.5 ganger grunnbeløpet i Folketrygden. En kan anta at for disse er risikoen for sosial eksklusjon fra en rekke arenaer høy, med tilsvarende små utsikter til forbedring av helse og livskvalitet. Dette illustrerer at sosialhjelpsmottakere er en problembelastet gruppe, og at det er en gruppe som hjelpeapparatet har store vansker med å gi adekvat hjelp og oppfølging.

Funnene fra effektevalueringer av KVP og KVP- lignende programmer og fra analyser av utstrømmingen fra KVP bekrefter at mange KVP- deltakere står langt fra arbeidsmarkedet, og har lav sannsynlighet for å komme i arbeid, og – ikke minst – stabilt arbeid. Barrierene er åpenbart høye, selv om evalueringer peker på at de tyngste utelukkes. Men en skal ikke stirre seg helt blind på de individuelle barrierene på «tilbudssiden» i arbeidsmarkedet. Også etterspørselssiden spiller en viktig rolle. Mye tyder på at det er liten etterspørsel etter mennesker som har liten formalkompetanse og som har ulikeartete problemer i tillegg, som nedsatt funksjonsevne (Skog Hansen og Hauastad 2012). Konkurransen om de aktuelle jobbene øker gjennom arbeidsinnvandring, og arbeidsgiverne er lite opptatt av samfunnsansvar: kun 16 prosent av norske virksomheter er i sterk grad enige i at de har ansvar for å «bidra til å øke sysselsettingen av utsatte grupper på arbeidsmarkedet, som for eksempel arbeidsledige, etniske minoriteter, yrkeshemmede og sosialklienter» (Djuve 2013).

NAV tilbyr en lang rekke arbeidsrettede programmer til ulike målgrupper. På NAVs hjemmeside kan vi telle 13 programmer (NAV 2014). Som tidligere nevnt viser evalueringer generelt at effektiviteten er beskjeden (Djuve 2013). Det vil imidlertid føre alt for langt å gå gjennom hvert enkelt program. Vi velger heller å se nærmere på noen typer programmer som er evaluert, og som ser ut til å virke mer lovende enn andre.

Tendensen i KVP er at den personlige oppfølgingen skal foregå mens deltakerne er utplassert i det ordinære arbeidslivet. 40 prosent av deltakerne i KVP har vært i praksisplass i løpet av programmet (Lima og Ohrem Naper 2013:46). Det er evidens for at programmer som satser på direkte utplassering i arbeidslivet og som følges opp med individuell støtte, såkalt Individual Placement and Support (IPS) er særlig effektive for mennesker med mentale helseproblemer (Major m.fl. 2011, Schafft 2013). Det norske programmet Arbeid med bistand har likhetstrekk med en slik modell (Major m.fl. 2011). To oppsummeringer av forskningsevalueringer av IPS finner at tilnærmingen er de fleste andre overlegen når det gjelder overgang til arbeid. Resultatene er imidlertid mer usikre når det gjelder IPS sin evne til å gi mer varige arbeidsforhold (Schafft 2013:191-194). Denne typen tiltak skulle kunne være nyttige for langtids sosialhjelpsmottakere når vi vet at nær 60 prosent sliter med psykiske plager som angst og depresjon (van der Wel m.fl. 2006).

Ordnningen med tidsubestemt lønnstilskudd (TULT) er innført for å sysselsette mennesker med varig nedsatt arbeidsevne. En evaluering med et kvasi-eksperimentelt design av denne ordningen fant positive virkninger i den forstand at tidsubestemt lønnstilskudd kan fungere som en utsettelse av uføretrygd, eller kan bidra til at flere uføre beholder en tilknytning til arbeidslivet gjennom deltidsarbeid (Borgar Hansen m.fl. 2010:16). Lønnsnivået i Norge er høyt. I et økonomisk perspektiv er det lite fristende for en arbeidsgiver å måtte betale en lønn som ikke svarer til en ansatts produktivitet. I lys av et slikt resonnement er prinsippet om lønns subsidiering en god ide, selv om det er en fare for uønskete bivirkninger i form av at arbeidssøkere som ikke subsidieres risikerer å bli skjøvet ut, og at arbeidsgivere utnytter ordningen for å få billig arbeidskraft.

En annen type program med et mer sosialfaglig innhold som virker er programmet «Helhetlig, prinsippstyrt, metodisk tilnærming» (HPMT) (Malmberg-Heimonen m.fl. 2014). HPMT er et opplæringsprogram for veiledere i KVP. Hensikten med opplæringsprogrammet er å fremme forskningsbasert oppfølgingsarbeid i NAV, og gjennom dette bidra til helhetlig og kvalitativt bedre oppfølging, som igjen skal føre til at flere brukere kommer i arbeid eller aktivitet. HPMT bygger på 10 prinsipper som veilederne skal følge i oppfølgingsarbeidet, herunder å anerkjenne brukers situasjonsbeskrivelse og behov, være mål-, endrings- og handlingsfokuseret, være styrke- og mestringsfokuseret, samt kartlegge ressurser i brukers sosiale omgivelser/ nettverk (Malmberg-Heimonen m.fl. 2014).

HPMT-programmet er underkastet en effektevaluering (Malmberg-Heimonen m.fl. 2014). Evalueringen er utført som en såkalt «cluster-randomisert» studie. 18 NAV-kontorer er tilfeldig fordelt i ni tiltakskontorer og ni kontrollkontorer. Evalueringen viser relativt god effekt av HPMT: I tiltakskontorene er det flere i arbeid enn i kontorene der en ikke har innført HPMT. Ni prosentpoeng flere av brukerne i tiltakskontorene er i arbeid (i første rekke deltidsarbeid) enn i kontrollkontorene. Inntekt per måned er også signifikant høyere blant brukerne i tiltakskontorene: effekten er på nesten 3000 kroner. Det foreligger enda ingen evaluering av mulige helseeffekter av HPMT.

Helseeffekt av å delta på tiltak og å få jobb

Når det gjelder de som kommer i jobb ved hjelp av KVP, hva vet man om effekten på deres helse? Vi kjenner ingen norske studier som tar for seg dette spørsmålet, men det finnes erfaringer fra andre land. Mye tyder på at arbeid er bra for helsen, men ikke hvilket som helst arbeid. En litteraturgjennomgang formulerer det slik:

I hovedsak er det sterk teoretisk støtte og evidens på individnivå for at betalt arbeid av «god» kvalitet generelt sett er fordelaktig for fysisk og mental helse og tilfredshet med livet. Det største forbeholdet er at styrken på denne sammenhengen er avhengig av kvaliteten på jobben, den sosiale konteksten, og det lokale arbeidsmarkedet der individet befinner seg. Jobber kan bli definert som gode eller dårlige for helse basert på en rekke psykososiale karakteristika. Arbeid og sysselsetting som er fordelaktig og beskyttende for helse ansees å ha flere kjennetegn, slik som høy grad av kontroll, støtte fra overordnede og medarbeidere, lav grad av usikkerhet og fravær av fattigdom mens en er sysselsatt (Working for Equity in Health Consortium 2012:66, vår oversetting).

Med andre ord: Det er evidens for å anta at hvorvidt deltakelse i et arbeidsrettet tiltak også medfører en mer permanent helseforbedring, vil avhenge av egenskapene ved den jobben deltakerne får. Som vist i kapittelet om arbeidsmiljø er norske jobber av relativt høy kvalitet, men vi vet ikke om KVP- deltakerne får adgang til de gode eller dårlige jobbene. Gitt de beskjedne kvalifikasjonene KVP- deltakerne har, er det vel rimelig å anta at de ikke får de mest helsefremmende jobbene. Hvorvidt det er en positiv helseeffekt av å komme i jobb er dermed usikkert.

Et vel så viktig, men understudert spørsmål er hvorvidt deltakelse i aktiveringsprogrammer som KVP har positive helseeffekter av. Kun i den aller seneste tid har forskere begynt å interessere seg for hvorvidt arbeidsrettede tiltak influerer på helsetilstanden til deltakerne (Working for Equity in Health Consortium 2012). Dette er rett og rimelig så lenge det altoverskyggende formålet med slike tiltak er arbeid. Bedret helse – mental eller somatisk – kan imidlertid sees som et skritt på veien mot arbeid, siden dårlig helse er en alvorlig barriere mot arbeid. Av denne instrumentelle grunnen, i tillegg til at god helse er et gode i seg selv, er kunnskap om hvordan arbeidsrettede tiltak påvirker helsetilstanden viktig. Deltakelse i arbeidsrettede programmer kan tenkes å sette i gang flere prosesser som kan ha et helsefremmende potensial: sunnere livsstil, og psykososiale mekanismer knyttet til styrket autonomi, mestringsopplevelse, selv-respekt, sosial integrasjon og følelse av å bidra til samfunnet (Working for Equity in Health Consortium 2012:115,117). Deltakelse i arbeidsrettede tiltak synes å bidra til bedre psykisk helse hos deltakerne. Effekten synes å være sterkest blant dem som har særlig dårlig psykisk helse i utgangspunktet. Slike positive helseeffekter later til å være forbigående, men programmene er da også som regel av forholdsvis kort varighet, eksempelvis et halvt år (Working for Equity in Health Consortium 2012:119). Evalueringsforskningen viser også enkelte negative helseeffekter, spesielt dersom betalingen er dårlig, kvaliteten svak, eller hvis deltakelseskravene støter an mot andre gjøremål deltakerne har. Krav om høy jobbsøkeraktivitet kan for eksempel komme i konflikt

med enslige mødres omsorgsforpliktelser (Working for Equity in Health Consortium 2012:119,123).

En brukerundersøkelse blant KVP-deltakere fant at drøyt halvparten rapporterer at kvalifiseringsprogrammet hadde ført til stor eller noe bedring av helsen. Varierende flertall melder at dette også gjelder evnen til å omgås andre, at livsstilen er bedret, og at de har fått en mer meningsfull tilværelse (Reicborn-Kjennerud 2009:15-17). Selv om en skal tolke denne typen selv-rapportering med varsomhet, er det et plausibelt resultat gitt at KVP er et program av relativt god kvalitet og at stønaden representerer en mer forutsigbar inntekt enn sosialhjelpen.

Det er blitt mer vanlig å stille vilkår om deltakelse, og det er åpnet for dette også i KVP. Det er imidlertid ikke gitt at vilkår er bra for den psykiske helsen: En randomisert effektevaluering av tiltak med vilkår fra Finland konkluderte med at krav om deltakelse ikke økte sannsynligheten for jobb, og reduserte den positive effekten av tiltaket på mental helse. Særlig gjaldt dette de sårbare arbeidsløse (Malmberg-Heimonen og Vuori 2005).

I Norge har det også vært satt i verk forsøk med tiltak som ikke nødvendigvis skal lede til arbeid, i hvert fall ikke på kort sikt, men til styrket sosial integrasjon og høyere livskvalitet. Såkalt nettverksråd, et lavterskeltilbud til langtidsmottakere av sosialhjelp, har som mål å styrke deltakernes forståelse for sin situasjon, og til å mobilisere deres sosiale nettverk for å løse problemer (Malmberg-Heimonen 2011:2). En randomisert effektevaluering av forsøket viste en statistisk signifikant bedring av tilfredshet med livet, og reduksjon av mentale plager som angst og depresjon (Malmberg-Heimonen 2011:15). Nettverksråd er et lavterskelprogram som er vist å kunne bedre utsatte menneskers mentale helse.

Støtnadsnivåene

Selv om hovedstrategien mot fattigdom er, og har vært, arbeidslinja og KVP, har det de siste årene vært en heving av de statlige veiledende stønadssatsene i sosialhjelpen, i takt med prisstigningen. For ektepar/ samboende gikk satsen opp til kr. 9 300 per måned fra 1. januar 2014, opp med 200 kroner fra året før (NAV 2013c). Selv om vi observerer fingraderte helsegradienter over hele inntektsfordelingen, og særlig i den nedre delen, er det vanskelig å tro at slike marginale økninger vil ha noen målbar effekt på helse og dødelighet.

Til tross for oppjusteringen av satsene og innføringen av KVP- stønaden, har 64 prosent av langtids sosialhjelpsmottakere, og en like stor andel av mottakere av kvalifiseringsstønad, lav inntekt, dvs. mindre enn 60 prosent av medianinntekt (Kaur 2013). Et viktig spørsmål er om det er grunn til å anta at høyere stønader vil bedre helsetilstanden for mottakerne. En konklusjon fra inntektskapittelet er at inntekt og fattigdom påvirker helsetilstanden, og at evidensen er mer overbevisende for barn og yngre enn for eldre (Pedersen 2013). Mottakere av sosialhjelp og av kvalifiseringsstønad er forholdsvis unge, hvilket vil si at det er sannsynlig at bedre økonomi vil ha en positiv effekt på deres helse, kanskje spesielt den psykiske, og

ikke minst på barnas helse. I den grad sammenhengen mellom posisjon i inntektsfordelingen og helse er kausal, er det mye helse å vinne langt nede i inntektsfordelingen, men mindre å vinne jo høyere opp i fordelingen en kommer (se kapittel 10).

13.6 Oppsummering og diskusjon

Sosialhjelpsmottakere har dårligere levekår, færre ressurser og flere problemer enn andre grupper på de fleste områder. De har også betydelig dårligere fysisk og mental helse enn andre, og langt høyere dødelighet. Myndighetene har i sin Helseforskjellsstrategi identifisert en rekke vanskeligstilte eller utsatte grupper. Mange av disse overlapper med sosialhjelpsmottakere og er overrepresentert blant disse. Tiltak som kan bøte på sosialhjelpsmottakernes problemer vil derfor også avhjelpe situasjonen for andre vanskeligstilte grupper. En høy andel – over 60 prosent – av både sosialhjelpsmottakere og mottakere av kvalifiseringsstønning har lav inntekt, dvs. har en inntekt som er lavere enn 60 prosent av medianen. Selv om kvalifiseringsstønningen ikke er behovsprøvd, og gir forholdsvis stabil og forutsigbar inntekt, er den ikke spesielt raus for mange av mottakerne.

Det er arbeidslinja – eksemplifisert ved Kvalifiseringsprogrammet – som har vært myndighetenes viktigste virkemiddel for å redusere bruk av sosialhjelp og bringe sosialhjelpsmottakere inn i arbeid og ut av fattigdom. Kvalifiseringsprogrammet når et fåtall sosialhjelpsmottakere. De mest sårbare og vanskelig stilte vurderes ofte som uegnet for deltakelse. Blant dem som deltar, kommer en liten andel (10 prosent) i stabilt arbeid. En foreløpig effektevaluering antyder en liten positiv sysselsettings- og inntektseffekt av å delta. Trolig skyldes manglende suksess høye barrierer hos deltakerne, men også skepsis og liten etterspørsel fra arbeidsgiverne. Det er tegn – riktignok usikre – til at deltakelse i KVP fremmer helse og velvære. Det er usikkert om de jobbene som deltakerne får er av en slik kvalitet at de har en positiv helseeffekt. Endelig har vi framhevet enkelte typer av tiltak som virker lovende, bedømt ut fra de effektevalueringer som foreligger. Likevel er det ikke realistisk å tro at alle sosialhjelpsmottakere og andre vanskeligstilte grupper er i stand til å få og beholde et inntektsgivende arbeid. Det er derfor også behov for lavtersktilbud, som det omtalte Nettverksrådet. Dette har vist seg å bidra til bedre helse og trivsel blant sosialhjelpsmottakere og andre vanskeligstilte grupper.

De statlige stønadssatsene i sosialhjelpen har økt noe de senere år, men meget moderat. Argumentene mot å heve stønadene er velkjente: Høye stønadsnivåer øker presset på offentlige budsjetter og vil føre til høyere skatter; (for) høye stønadsnivåer undergraver legitimiteten til ordningene; og høyere ytelser svekker arbeidsinsentivene (se for eksempel Fløtten m.fl. 2011b). Generøse ytelser kan derfor potensielt være et hinder for en overgang fra et liv på stønad til arbeidslivet. Det betyr at det kan være en spenning mellom ønsket om en stønadsforbedring og muligheten for en langsiktig inntektsforbedring gjennom eget arbeid. Dersom en slik innelåsing skjer i barnefamilier, kan de langsiktige konsekvensene av høye ytelser kanskje være uheldige for barna. På den annen side viser forskningen – fra ulike

disipliner – at fattigdom og deprivasjon er særlig uheldig for barns utvikling i de aller første leveårene og i «kritiske perioder» tidlig i livet (Knudsen m.fl. 2006, Blane 2013). Det er i slike perioder at fattigdom og deprivasjon spesielt må unngås.

Disinsentivperspektivet bygger på en forutsetning om at sosialhjelpsmottakere generelt og langtidsmottakere spesielt er i stand til å opptre rasjonelt, kalkulerende og målrettet, og at det er arbeid å få dersom de søker. Det er – som vi har vært inne på ovenfor – godt dokumentert at mange langtidsmottakere sliter med store og sammensatte problemer, og mangler vesentlige individuelle og sosiale ressurser. Det er videre holdepunkter for å anta at langtidsmottakere ikke er særlig ettertraktet på arbeidsmarkedet. En kan således stille spørsmålsteget ved denne rasjonalitetsforutsetningen. Det er ikke nok bare å ønske seg, og aktivt søke på, en jobb. Særlig når det gjelder langtidsmottakere av sosialhjelp bør ikke faren for alvorlige disinsentivvirkninger overdrives. En gjennomgang og drøfting av de norske stønadsordningene konkluderer kort og godt: «Gjennomgangen av enkeltytelsene – sykepengene, arbeidsavklaringspengene, uførepensjon, dagpenger og alderspensjon – gir ikke grunnlag for å si at disse i seg selv skaper disinsentiver til lønnsarbeid» (Grødem og Strand 2013:39).

Den politiske strategien overfor barnefamilier som mottar sosialhjelp har vært å sørge for tjenester som avhjelper lav inntekt, og som for eksempel søker å bryte forbindelsen mellom foreldrenes lave inntekt og barnas sosiale deltakelse. Utgangspunktet er at barn ikke skal «straffes» for å være født inn i en fattig familie. Disse avhjelpende tiltakene hadde ikke til hensikt å redusere inntektsfattigdommen som sådan. En evaluering av to tilskuddsordninger myntet på barn og unge konkluderte, riktignok forsiktig, at tiltakene kunne øke sosial deltakelse, bedre mestringsevnen og heve kompetansen (Nuland m.fl. 2009). Det ble antatt at tiltakene har medvirket til å redusere marginalisering og sosial isolasjon. Evalueringen tok ikke for seg konsekvensene for helse, men det er rimelig å anta at de kan ha virket positivt på trivsel og helsetilstand, for eksempel gjennom bygging av tillitsskapende relasjoner. Om dette vedvarer utover i barnas livsløp vet vi derimot ikke. Ifølge Elstad og Pedersen (2012a, b) er lav familieinntekt i seg selv ugunstig for barns og ungdoms helse. Men om mekanismen bak denne negative sammenhengen er mangel på sosial deltakelse (som kan bøtes på gjennom ovenfor nevnte type avhjelpende tiltak) eller noe annet, kan ikke studien si noe om. Spørsmålet er om en vil ta sjansen på å tillate norske barn å vokse opp i relativ fattigdom i sårbare og kritiske perioder i livet. «Bedre føre var»- prinsippet – som er et av prinsippene som veier tungt i norsk folkehelsepolitikk – taler for at det bør unngås (Prop. 90 L (2010-2011):49).

13.7 Mål, anbefalinger og forskningsbehov

Målet er at sosialhjelpsmottakere og overlappende vanskeligstilte grupper skal få bedre levekår og helse. Det krever både forebyggende og reparerende innsats som innvirker på helsens sosiale determinanter. Som påvist over, blant sosialhjelpsmottakere og særlig langtidsmottakere finner vi flere typer av utsatte og vanskeligstilte grupper: fattige, utsatte unge, rusavhengige, enslige mødre, tidligere barnevernsbarn, og bostedsløse. En stor andel sosialhjelpsmottakere har mangeartete helseproblemer og har som gruppe markant overdødelighet. Sosialhjelpsmottakere har også kontakt med hjelpeapparatet. Sosialhjelpsmottakeres sammensatte hjelpebehov kan derfor identifiseres og i prinsippet møtes.

Tiltak vi har foreslått tidligere i rapporten må antas å ha en forebyggende effekt på sosialhjelpsmottakere og deres situasjon, spesielt tiltak rettet mot tidlig oppvekst og utdanning. Vi må likevel huske på at skillet mellom forebygging og behandling på ingen måte er vanntett: Å «reparere» inntekt og levekår for foreldre på sosialhjelp, vil etter alt å dømme forebygge nåværende og ikke minst senere problemer for deres barn.

Vi har identifisert et antall utfordringer knyttet til arbeidsrettede tiltak, lavterskeltiltak, økonomi, og behov for helsetjenester. De tiltak vi foreslår her kommer i tillegg til de allerede foreslåtte forebyggende tiltakene som er presentert i tidligere kapitler, og som formodentlig vil forebygge mottak av sosialhjelp.

Mål

Målet er at sosialhjelpsmottakere og overlappende vanskeligstilte grupper skal få bedre levekår og helse.

Anbefalinger

1. *Arbeidsorienterte intervensjoner.* Arbeidsrettede tiltak for å bedre sosialhjelpsmottakeres kår bør ha adresse både til brukerne og til arbeidsgiversiden. For å stimulere arbeidsgiverne foreslår vi tidsavgrenset og permanent subsidiering av (tidligere) sosialhjelpsmottakere i vanlige, gode jobber, for eksempel bruk av tidsubestemt lønnstilskudd (TULT), og tiltak av typen «Individual Placement and Support» (IPS), som har vist gode resultater i andre land. Programmer av typen «Helhetlig, Prinsippstyrt, Metodisk Tilnærming» (HPMT) er et individrettet tiltak under Kvalifiseringsprogrammet. På bakgrunn av positive erfaringer med dette tiltaket anbefaler vi at flere sosialhjelpsmottakere får mulighet til å delta i denne typen tiltak.
2. *Tilbud om et mangfold av tjenester.* Særlig langtidsmottakere av sosialhjelp har mange og sammensatte problemer knyttet til arbeid og helse og en rekke andre forhold. Myndighetene bør sørge for at slike sammensatte helsetjenestebehov møtes. Det er stort behov for samordnet innsats mellom ulike etater, inkludert helsetjeneste (og ikke minst psykiske helsetjenester) og sosiale tjenester. Mange forblir sosialhjelpsmottakere

over lengre tid. Også disse bør få et tjenestetilbud som kan fremme deres helse, trivsel og livskvalitet. Lavterskel aktivitetstilbud av typen Nettverksråd bør innføres for flere sosialhjelpsmottakere. Endelig løper sosialhjelpsmottakere en høy risiko for å falle utenfor både arbeidsliv og velferdsordninger. Her står vi overfor et problem som myndigheter og velferdsapparat må ta alvorlig.

3. *Bedre økonomi.* Svak økonomi virker sannsynligvis negativt på sosialhjelpsmottakeres helse, og ikke minst på barnas helse på kort og lengre sikt. Spesielt bør hensynet til barns framtidige livsløp, levekår og helse veie tungt. Økonomien til sosialhjelpsmottakere bør styrkes for eksempel ved å høyne satsene i sosialstønad, og/eller stønader knyttet til barn, som barnetrygd og barnetillegg i sosialstønad og i kvalifiseringsstønad.

Forskningsbehov

1. Vi anbefaler at det igangsettes forskning med et livsløpsperspektiv for å vinne større forståelse for de prosesser som leder fram til en posisjon som sosialhjelpsmottaker.
2. Forskning med fokus på helse er så å si fraværende i evalueringer av arbeidsrettede tiltak som KVP. Derfor vet vi for lite om hvordan deltakelse i KVP og i andre arbeidsrettede programmer påvirker deltakernes fysiske og mentale helse på kort og på lengre sikt. Vi trenger også norske studier om hvordan inntekts- og stønadsnivåer påvirker sosialhjelpsmottakeres helse og trivsel.

14 Vurdering av den norske strategien for å redusere ulikhet i helse

14.1 Innledning

Formålet med dette kapittelet er å beskrive og vurdere den norske strategien for å redusere ulikhet i helse slik den ble presentert i Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007) og siden fulgt opp politisk. Strategien har et tiårsperspektiv, så kapittelet kan betraktes som et bidrag til en underveisevaluering av i hvilken grad de bebudede tiltakene er satt i verk i løpet de sju første årene. Kapittelet bygger i høy grad på underlagsrapporten som Giæver (2013) har utarbeidet på oppdrag fra prosjektet. Datatilfanget er de folkehelsepolitiske rapportene som er utgitt siden 2008, Helseforskjellsmeldingen, andre relevante offentlige dokumenter, og vitenskapelige publikasjoner om evalueringer av de relevante offentlige tiltakene og forsøkene.

På bakgrunn av den norske Helseforskjellsstrategien har noen kommentatorer utnevnt Norge til et foregangsland i Europa i kampen for å redusere sosial ulikhet i helse (Graham 2009). Men strategier beskrevet i en Stortingsmelding er en ting, praktisk politikk er en annen. I kapittelet undersøker vi i hvilken grad strategien som ble utformet i Helseforskjellsmeldingen er blitt realisert, og eventuelt hvordan. Spørsmålet er dermed hvordan helseforskjellsstrategien *faktisk* er blitt gjennomført, og hvordan de overordnede mål og hensyn er blitt balansert i alle ledd. Det vil si: henger de forskjellige elementene i strategien – mål, delmål, virkemidler og indikatorer – sammen på en konsistent måte slik at det er sannsynlig at hovedmålet om å utjevne sosiale helseforskjeller i befolkningen kan nås.

Først beskrives og analyseres hovedelementene i den norske helseforskjellsstrategien som politisk plan. Sentralt står forholdet mellom mål, indikatorer og virkemidler. Deretter går vi nærmere inn på de syv målområdene i strategien, går gjennom i hvilken grad de er gjennomført, og vurderer utvalgte sider ved politikken på hvert område. En vurdering av eventuelle effekter – positive og negative – av tiltakene på helsedeterminantene og eventuelt ulikhet i helseutfall er imidlertid lagt til de enkelte determinantkapitlene. Kapittelet rundes av med våre vurderinger av viktige elementer i strategien som i sin tur danner utgangspunktet for anbefalinger om revisjon av strategien.

14.2 Den norske strategien for å redusere ulikhet i helse

Som nevnt har helseforskjellsstrategien ett overordnet mål – å redusere de sosiale forskjellene i helse uten at noen grupper får det dårligere. «De sosiale forskjellene i helse» er eksplisitt definert som korrelasjoner mellom helse og utdanning, yrke og inntekt, mens «helseproblemer i enkelte grupper vil bli omtalt i den grad deres helseproblemer faller sammen med helseforskjeller knyttet til utdanning, yrke og inntekt» (St. meld. 20 (2006-2007):7). Presiseringen «uten at noen grupper får det dårligere» er lagt til for å sikre at

utjevningen skjer som følge av relativt bedre helse blant de dårligere stilte, og ikke relativt dårligere helse blant de bedre stilte.

Strategien er delt inn i fire «innsatsområder» som omfatter i alt syv «målområder» som er viet hvert sitt kapittel i Helseforskjellsmeldingen (se tabell 1-7 i internettvedlegg 2).³⁰ Det første målområdet tar sikte på å «reducere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller», og omfatter tre kapitler som henholdsvis handler om «Inntekt», «Oppvekst» (inkludert utdanning) og «Arbeid og arbeidsmiljø». Det neste målområdet skal «reducere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester» og omfatter nettopp kapitlene «Helseatferd» og «Helsetjenester». Det tredje området heter «Målrettet innsats for sosial inkludering» og inneholder ett kapittel med samme tittel. Det fjerde og siste området tar sikte på å «Utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy» og omfatter kapitlene «Årlig rapportering», «Sektorovergripende verktøy» og «Kunnskapsutvikling».

Hvert målområde i strategien inneholder et lite antall delmål. Alt i alt er det 27 slike delmål. Målområdene angir de strategiske føringene for valg av tiltak. De spenner over åtte departementers ansvarsområder i tillegg til Helse- og omsorgsdepartementets: Finansdepartementets, Arbeidsdepartementets, Kunnskapsdepartementets, Barne- og likestillingsdepartementets, Kulturdepartementets, Justisdepartementets, Miljødepartementets, og Kommunal- og regionaldepartementets.

En del av målene er formulert som «*reducerte forskjeller i x*». Dette gjelder inntekt, barnehagebruk og helseatferd (kosthold, fysisk aktivitet, røyking og «annen helseatferd»). Senere har også reduserte forskjeller i barn og unges organisasjons- og kultur deltakelse blitt lagt til som mål. Det er ikke spesifisert hvordan reduserte forskjeller skal forstås, f.eks. om det er absolutte eller relative forskjeller som skal reduseres.

En annen gruppe målformuleringer sikter mot en «*reducert andel x*», der x kan være elever som møter til skolestart uten tilfredsstillende språkferdigheter; elever som ikke fullfører videregående opplæring; eller voksne med svake grunnleggende ferdigheter. På indikatornivå er det ytterligere en god del mål som er operasjonalisert som «*reducert andel...*». For eksempel er en av indikatorene for målet om et mer inkluderende arbeidsliv *andel* langtidssykemeldte som er tilbake i arbeid etter ett år.

En tredje gruppe målformuleringer omtaler verken reduserte forskjeller eller andeler, men angir i stedet et gode som skal gis til alle, eller i alle fall flere. Eksempler på dette er grunnleggende økonomisk trygghet, full barnehagedekning, tidlig identifisering og god oppfølging av barn i risikogrupper, økt tilgjengelighet til skolehelsetjenesten, osv.

³⁰ Internettvedlegg 1 og 2 til denne rapporten kan lastes ned på www.hioa.no/helseulikhet.

En siste gruppe målformuleringer er de tre strategiske målene i kunnskaps- og verktøysdelen av helseforskjellsmeldingen: systematisk oversikt, helsehensyn i alle sektorer og økt kunnskap. Også delmålene i helsetjenestekapittelet kan karakteriseres som strategiske kunnskapsmål.

Det er ikke angitt kvantitative måltall for noen av målene i helseforskjellsmeldingen. Strategien angir således ikke hvor mye helseforskjellene skal reduseres. Imidlertid er det, som nevnt, angitt en tidshorisont for strategien på ti år.

Indikatorene knyttet til målene i helseforskjellsmeldingen ble utviklet etter at meldingen var ferdig. Slik oppfølgingen av meldingen er organisert, legger indikatorene sterke føringer på hvordan målene skal fortolkes. Rapporteringssystemet, der indikatorene inngår som en sentral del, er en viktig mekanisme for oppfølging av helseforskjellsmeldingen. I følge meldingen skal rapporteringssystemet «ta utgangspunkt i de målene og delmålene som er beskrevet i de enkelte kapitlene ... [og] til hver målformulering skal det utvikles en eller flere indikatorer som gjør det mulig å følge utviklingen over tid» (St. meld. 20 (2006-2007):78).

Det er verdt å merke seg at alle målene som indikatorsettet skal gjenspeile gjelder helsedeterminanter (inntekt, arbeidsmiljø, osv.), og ikke helseutfall. Det eneste målet i helseforskjellsmeldingen som relaterer seg direkte til helseutfall, er det overordnede målet om å utjevne sosiale helseforskjeller. Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvaret for å utvikle indikatorer på sosiale forskjeller i helseutfall.

Indikatorene bygger tilsynelatende utelukkende på eksisterende kilder, men rapporteringssystemet kan ha bidratt til at det er gjort nye koplinger mellom, eller nye analyser av, eksisterende datasett. Utviklingen av indikatorer innebærer uunngåelig en fortolkning av helseforskjellsmeldingens mål. De fleste av meldingens målformuleringer etterlater rom for fortolkning, og siden indikatorrapporteringen utgjør et ledd i den feedbackmekanismen som har til hensikt å påvirke politikkutviklingen, vil operasjonaliseringen av målene i form av indikatorer få konsekvenser for den politikk som føres – så sant mekanismen virker.

Siden helseforskjellsstrategien er en overordnet strategi som favner en rekke departementers ansvarsområder, er også *virkemidlene* i stor grad hentet fra flere departementers strategier og handlingsplaner. Flere av målene i helseforskjellsmeldingen er også hentet rett fra andre departementers strategier. For eksempel var målet om full barnehagedekning – det såkalte barnehageløftet – etablert og lansert av Kunnskapsdepartementet lenge før helseforskjellsmeldingen kom.

Det er til sammen listet opp 61 tiltakspunkter. Uavhengig av hva slags politikkområde de handler om, kan tiltakspunktene deles i noen få grunntyper. Antall tiltakspunkter innenfor hver kategori er angitt i parentes:

- 1) *innføre* kvalitativt nye tiltak eller aktiviteter (9)
- 2) *styrke* etablerte tiltak eller aktiviteter (16)
- 3) *endre innretning* på etablerte tiltak eller aktiviteter (14)
- 4) *utrede eller vurdere* nye tiltak eller aktiviteter (10)
- 5) *styrke kunnskapen* om et gitt problem (12)

Den første tiltakskategorien som innbefatter nye tiltak er vel den som vanligvis oppfattes som den mest handlingsorienterte. I motsatt ende av handlekraft-skalaen regnes ofte utredninger som selve symbolet på byråkratisk impotens. Når det gjelder politiske utfordringer av en viss størrelsesorden, kan imidlertid det omvendte ofte være tilfelle: enkelttiltak vil trolig hjelpe lite, mens utredninger kan danne grunnlag for vesentlig og omfattende nytenkning. Når det gjelder sosiale ulikhet i helse i en nordisk velferdsstat, kan det dessuten være grunn til å tro at det vi trenger er «mer av det samme» eller «noe litt annet» (henholdsvis andre og tredje tiltakskategori).

Selv om tiltakspunktene i helseforskjellsstrategien er relativt likt fordelt over de ulike kategoriene ovenfor, er kategoriene ikke likelig fordelt over de ulike kapitlene i stortingsmeldingen. Særlig tydelige er det at kapitlet om sosial inkludering nesten bare inneholder tiltakspunkter i kategori 1) og 2) – noe som gjør det til et handlingsrettet kapittel i tradisjonell forstand. På den andre siden er kapitlet om helsetjenester mer preget av strategiske kunnskapstiltak i kategori 4) og 5). Dette avspeiler trolig den utilstrekkelige kunnskapssituasjonen som i følge regjeringen rår i forhold til sosial fordeling av helsetjenester.

Et poeng som er verdt å framheve er den relative vekten som er lagt på såkalte strukturelle tiltak. Som vi har vært inne på, er det evidens for at for å endre helserelatert atferd er det mer effektivt å arbeide med atferdens strukturelle betingelser enn atferden selv. Helseforskjellsmeldingen bærer da også preg av denne erkjennelsen. Kapitlene i Helseforskjellsmeldingen om «Inntekt», «Oppvekst» og «Arbeid og arbeidsmiljø» handler nesten utelukkende om strukturelle helsedeterminanter, og også virkemiddellisten i helseatferdskapitlet er tydelig orientert mot strukturelle føringer for atferd, som pris og tilgjengelighet. Av åtte listede tiltak i atferdskapitlet er seks eller sju strukturelle. Sett i forhold til den vekten som tradisjonelt har vært lagt på atferdskampanjer i folkehelsepolitikken må dette sies å være en nyorientering.

Gjennom strategien er det etablert et rapporteringsregime som legger opp til et tiårig løp med årlig rapportering. Ti år må sies å være relativt langsiktig i nasjonal strategisammenheng og reflekterer en erkjennelse av at det vil ta tid å endre påvirkningsfaktorene for

helseulikheter. Det legges videre opp til et mer integrert tverrsektorielt samarbeid om rapporteringsrutinene i forbindelse med helseforskjellsmeldingen enn hva som ellers er vanlig i Norge. Det normale i norsk sentralforvaltning er at hvert departement «eier» og rapporterer på egne tiltak, også i forbindelse med tverrsektorielle handlingsplaner og strategier. I noen grad er det nok slik også i helseforskjellsstrategien, men her er det i tillegg bygget opp et system av tverrsektorielle arbeidsgrupper på de ulike innsats- og målområdene. I arbeidsgruppene deltar relevante statlige aktører på departements- eller direktoratsnivå. Helsedirektoratet koordinerer samtlige arbeidsgrupper, sammenstiller resultater og rapporterer til Helse- og omsorgsdepartementet. Tverrdepartementale møter på embetsmannsnivå fungerer som en styringsgruppe og her tas avgjørelser knyttet til f.eks. endringer i systemet. Formelt sett, og stort sett også i praksis, går rapporteringslinjen fra arbeidsgruppene via Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet. Men samtidig finnes det også styringslinjer fra departementene direkte til de ulike arbeidsgruppene. Dette er en komplikasjon som kan tenkes å utfordre uavhengigheten i systemet: Hvert enkelt medlem i arbeidsgruppene kan føle seg sterkere bundet av sitt overordnede departement/ direktorat enn av stortingsmeldingens mål og hensynet til reduserte helseforskjeller. Intensjonen i systemet har vært at eventuelle målkonflikter av denne typen skal løftes opp til den tverrdepartementale styringsgruppen.

Rapporteringssystemet består av to ulike former for rapportering: indikatorrapporteringen, som ble beskrevet i et tidligere avsnitt, og tiltaksrapporteringen. Tiltaksrapporteringen skal etter intensjonen inneholde en redegjørelse for tiltak og strategier på nasjonalt nivå som er relatert til målene for å utjevne sosiale helseforskjeller. Denne rapporteringen skal i sin tur brukes som grunnlag for en årlig rapportering i statsbudsjettet. I praksis vil det være opp til de enkelte arbeidsgrupper, og i siste instans medlemmenes overordnede departement, hva slags tiltak som faktisk rapporteres.

14.3 Vurdering av tilnærmingen til de enkelte målområdene

I internettvedlegget til dette kapittelet er mål og virkemidler innen hvert av de sju målområdene skjematisk framstilt.³¹ Disse er hentet fra underlagsrapporten til Giæver (2013) som også gir en grundigere analyse av hvert av målområdene. Her gjengir vi kun hovedkonklusjonene under hvert område. Det er regjeringens egne mål, midler og indikatorer, samt regjeringens årlige rapportering av innsatsen som er utgangspunktet for vurderingene. I de enkelte determinantkapitlene vurderes innsatsen i lys av de evalueringer som er gjort av den politikk og de tiltak som er satt i verk.

³¹ Internettvedlegg 1 og 2 til denne rapporten kan lastes ned på www.hioa.no/helseulikheter.

Inntekt

Dette målområdet består av 3 mål (se tabell 1a i internettvedlegg 2). Tabell 1b viser hvilke tre tiltak som regjeringen har annonsert. En rimelig vurdering er at alle tre er blitt gjennomført i større eller mindre grad.

I skattepolitikken dreier det seg særlig om endringer i lovgivningen i 2006 som hadde til hensikt å gi skattelettelse nederst i inntektsfordelingen og skjerpelse øverst. Finansdepartementet argumenterer i evalueringen av reformen for at «omfordelingen gjennom skattesystemet [er] betydelig styrket» (St. meld. 11 (2010-2011):16). Det vises til at Statistisk sentralbyrå anslår at omfordelingen økte med drøyt ti prosent fra 2005 til 2008. Det kan imidlertid hende at de valgte målepunkter rett før og rett etter reformen gir et noe overdrevet bilde av omfordelingsutviklingen. På grunn av tilpasninger til reformen var inntektsulikheten større enn normalt i 2005 (se også kapittel 10).

Andre «tiltak» på det inntektspolitiske området som er nevnt i de folkehelsepolitiske rapportene er blant annet: at arveavgiftsrabatten for unoterte aksjer ble redusert fra 2009, arveavgiftssatsene ble samme år redusert og fribeløpene hevet, lettelse i minstepensjonen og økt foreldrefradrag, økt minstepensjon, og endring av skatteregler for pensjonister fra 2011 slik at det skulle bli mer lønnsomt å jobbe ved siden av pensjon. Alle disse tiltakene var ment å tilgodese dem med lavere inntekter og skjerpe skattene for dem høyere inntekter. I kapitlet om inntekt og fattigdom vurderer vi nærmere hvordan de omtalte tiltakene, og andre politiske tiltak og utviklingstrekk, kan ha virket på inntektsfordeling og fattigdom i Norge.

Oppvekst

Dette området består av 7 mål, se tabell 2a i internettvedlegg 2. Tabell 2b viser de 10 tiltakene som er skissert på dette området. Vurderingen er at på de fleste tiltakspunktene er det tatt politiske initiativ, men de har ikke alltid ført til noe. Et eksempel er språkkartlegging av 4-åringer, et forslag som ble lagt vekk etter faglig uenighet.

Det er stor reformaktivitet på oppvekstområdet og Regjeringen. Noen tiltak er så nye at de ikke er blitt evaluert. Andre er evaluert, men som oftest er det prosesser knyttet til implementering som er evaluert og ikke tiltakseffekter, riktignok med noen unntak. Kunnskap om implementering er definitivt viktig, men det er en ubalanse i kunnskapstilfanget ved at ingen riktig vet om tiltakene har den ønskete effekten og om det er variasjoner i effekt etter sosioøkonomisk tilhørighet. Når dette er sagt, vil vi legge til at rigorøse effektevalueringer er uhyre vanskelige å gjennomføre i et felt der nye tiltak introduseres med jevne mellomrom.

Det er imidlertid en bredde i tiltakene som i teorien virker fornuftig sett i lys av at forskningen anbefaler tiltakspakker som er satt sammen av elementer på flere nivåer (se

kapittel 2). For eksempel inneholder «tiltaks pakken» tiltak spredt utover større deler av utdanningsløpet, og den kombinerer forebyggende og universelle tiltak (eksempelvis det nye valgfaget) med mer «øyeblikkelig hjelp» - pregede tiltak rettet mot særlig utsatte grupper (eksempelvis praksisbrev og Los-prosjektet). Det er en svak tendens i evaluering materialet til at «straks-tiltakene» har tydeligere effekt enn de mer langsiktige og forebyggende tiltakene, av relativt åpenbare grunner. Dette illustrerer en generell fare ved å legge for sterk vekt på kortsiktig effekt i evalueringen av tiltak.

På enkelte målområder er det ikke utarbeidet indikatorer, eller kun noen få, for eksempel for økt tilgjengelighet til skolehelsetjenesten, og organisasjons- og kulturdeltakelse. Et annet problem er at indikatorerne er lite tilpasset målsettingene, dvs. at det er andeler heller enn systematisk ulikhet eller gradienter som står i fokus. Det er også umulig å vurdere endringer over tid når en indikator, f. eks. «lave skoleprestasjoner», er basert på en normalfordelings-skår. Nok et problem er at de evalueringer som foreligger langt fra alltid har sosioøkonomiske ulikheter i fokus. De som skal evaluere tiltakene anspores heller ikke til å studere differensielle effekter for ulike sosiale grupper hvis det ikke etterspørres eksplisitt. Alt i alt vanskeliggjør slike svakheter overvåkning og evaluering av innsatsen på disse områdene.

Arbeid

Som det framgår av tabell 3a i internettvedlegg 2 er det to generelle målsettinger på dette området: et inkluderende arbeidsliv og sunnere arbeidsmiljø.³² Tabell 3b viser de åtte tiltakene som regjeringen varslet på dette området. Vurderingen er at alle i større eller mindre grad er satt ut i livet.

Sammenliknet med flere av de andre målområdene i strategien bærer dette området preg av en mer overordnet og mindre detaljert tilnærming. De store og dominerende «tiltakene» på dette feltet er NAV- reformen og IA- avtalen. Disse er omtalt og vurdert i detalj i kapitlene om henholdsvis sysselsetting og arbeidsmiljø, og delvis i kapitlet om sosialhjelpsmottakere. Her vil vi foreta en mer overordnet vurdering av disse ordningene i forhold til Regjeringens egne målsettinger, og basert på dens egne indikatorer.

Den første indikatoren er andel langtidssykemeldte («lang tid» er mer enn 13 uker) som er tilbake i arbeid ett år etter avsluttet sykefravær, fordelt etter yrkesgruppe. For denne indikatoren ble yrkesgruppeinndelingen endret underveis, så det er vanskelig å lese tidstrender for de enkelte yrkesgrupper over hele rapporteringsperioden. Men totalt ser det ut til å ha vært en svak nedgang i andelen langtidssykemeldte som er tilbake i jobb i perioden 2007-2010. Nedgangen ble imidlertid så å si utliknet av en oppgang fra 2010 til

³² Internettvedlegg 1 og 2 til denne rapporten kan lastes ned på www.hioa.no/helseulikheter.

2011. Oppgangen i den siste perioden ser ut til å ha en positiv fordelingsprofil, den er for eksempel sterkere i «yrker uten krav til utdanning» enn i «akademiske yrker».

Den andre indikatoren til målet om et mer inkluderende arbeidsliv er andelen langtidsarbeidssøkere etter yrkesgruppe (langtidsarbeidssøkere = personer uten arbeid som har vært arbeidssøker eller hatt nedsatt arbeidsevne i minst 26 uker).

Totalt var *arbeidsledigheten* i 2012 på 2,5 prosent, det laveste som er notert i perioden. Det er store variasjoner mellom yrkesgruppene: de høyeste andelen langtidsøkere (over ti prosent) finner vi innenfor «butikk- og salgsarbeid», «bygg og anlegg» og «industriarbeid», mens «akademiske yrker», «jordbruk, skogsbruk og fiske» og «ledere» alle har under to prosent langtidsøkere. Tidstrendene varierer også fra yrkesgruppe til yrkesgruppe, men mange har hatt enn økning i arbeidsledige/ langtidsøkere fram til 2009/ 2010 – i takt med internasjonale konjunkturer – og en nedgang siden. I den grad det er mulig å se noen tidstrender i de to indikatorene som er utviklet på målområdet, peker de snarere i positiv enn i negativ retning, både i absolutt forstand og i forhold til sosioøkonomisk fordeling.

Likevel, generelt må det sies at utfordringene fortsatt er store. En grunn kan være av mer strukturell og varig karakter: arbeidslinjen innebærer en latent målkonflikt mellom inklusjon og eksklusjon. Ett utslag av denne målkonflikt er illustrert i IA- avtalens doble, og sannsynligvis motstridende, mål: et mer inkluderende arbeidsliv innebærer trolig at vi også må leve med høyere sykefravær og lavere produktivitet. De som står utenfor arbeidslivet har ofte dårlig helse, selv om de ikke formelt står utenfor av helsemessige årsaker (Dahl m.fl. 2010, Ohrem Naper m.fl. 2008). For helsens del er det trolig mer gunstig å stå utenfor av helsemessige grunner enn av andre årsaker, siden de helselaterte ordningene som regel er økonomisk rause og mindre stigmatiserende. Tegnene til en dreining fra helselaterte til sosialhjelpsbaserte ytelser er derfor både helse- og fordelingsmessig uheldige.

Arbeidstilsynets virksomhet er i hovedsak basert på risikovurderinger og informasjonsarbeid, og Arbeidstilsynet prioriterer særlig risikoutsatte bransjer, sektorer og virksomheter. Om lag syv prosent av norske virksomheter nås gjennom ca. 15 000 tilsyn hvert år. Det er vanskelig å si hvordan Arbeidstilsynet treffer den sosioøkonomiske gradienten, men ut fra næringsfordelingen er det grunn til å anta at fordelingseffekten er positiv: de fleste tilsynene (3401) finner sted i bygg og anlegg, fulgt av «varehandel, motorvognreparasjoner» (2813) (Folkehelsepolitisk rapport 2011:82). Bedriftshelsetjenesten har potensielt noe bredere nedslagsfelt. Målområdet er også noe preget av et nedstrømsperspektiv: det er lagt relativt stor vekt på direkte og umiddelbare helsesrisikoer, mens man strever mer med å få grep på bakenforliggende faktorer som psykososialt arbeidsmiljø, organisatoriske forhold, og arbeidstidsordninger (se kapittel 8 om arbeidsmiljø). Et annet fravær i virkemiddelporteføljen er helsefremmende faktorer i arbeidslivet, som bedre tilrettelegging for fysisk aktivitet, god ernæring, osv.

En positiv utvikling på dette målområdet er at data og informasjon om sosial fordeling av arbeidsrelaterte helsedeterminanter nå er lettere tilgjengelig – ikke minst gjennom Nasjonal Overvåking av Arbeidsmiljø og Helse (NOA). Selv om det ligger klare begrensninger bl.a. i oppdateringsfrekvens, detaljeringsnivå, osv., så er dette overvåkingssystemet et langt skritt i retning av å forene to perspektiver og tradisjoner innenfor arbeidslivsforskning, nemlig den tradisjonelle arbeidsmedisinens fokus på umiddelbare risikofaktorer og forskningen på ulikhet i helse og bakenforliggende årsaker.

Helseatferd

Målsettingene på området er å redusere sosial ulikhet i røyking, fysisk aktivitet, sunt kosthold og «annen» helseatferd (se tabell 4a i internettvedlegg 2). Alt i alt er det formulert åtte tiltak på området helseatferd (Tabell 4b). Et flertall av disse er fulgt opp i noen grad, men kanskje ikke i tråd med ambisjonen. Det er for eksempel ikke mange eksempler på økonomiske virkemidler i kostholdspolitikken, og målet om daglig fysisk aktivitet i grunnskolen er ikke nådd.

Helseforskjellsstrategien tar langt på vei utgangspunkt i allerede eksisterende handlingsplaner på områdene tobakk, kosthold og fysisk aktivitet. På målområdet reduserte sosiale forskjeller i *røyking* er det den nasjonale tobakksstrategien – som nå er utløpt – som dominerer tiltaksrapporteringen (Helse- og omsorgsdepartementet 2006:20-21). Det framheves at et bredt spekter av virkemidler er anbefalt i internasjonal litteratur, og bred innsats må vel også kunne sies å ha preget norsk tobakksforebyggende arbeid de senere år.

De folkehelsepolitiske rapportene (2010, 2011, 2012) legger vekt på følgende tiltak for å redusere sosiale forskjeller i *kosthold*: Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011, skolefruktordningen, og avgift på alkoholfrie drikkevarer. I de folkehelsepolitiske rapportenes tiltaksbeskrivelser knyttet til målet om å redusere sosiale forskjeller i *fysisk aktivitet* er det i 2009- utgaven lagt vekt på å beskrive handlingsplan for økt fysisk aktivitet; i 2010- utgaven er evalueringen av denne handlingsplanen beskrevet, mens 2011- utgaven inneholder en knapp tekst som bl.a. viser til at «Virkemidlene og tiltakene for økt fysisk aktivitet ligger i stor grad i andre sektorer» (s.103), et argument som er vanskelig å forstå all den tid helseforskjellsstrategien etterstreber å være sektorovergripende.

«Annen helseatferd» på dette målområdet omfatter i de folkehelsepolitiske rapportene i første rekke alkoholbruk, i andre rekke annen rusatferd. Norge har en lang tradisjon for strukturelle begrensninger i tilgjengelighet til alkohol gjennom aldersgrense, pris, begrensning i antall utsalgssteder, og salgs- og skjenkekontroll. Imidlertid viser rapportene at realprisene på alkohol har gått ned de senere årene – mest for sterkvin og brennevin. I tillegg har det vært en sterk økning i antall skjenkesteder totalt – mest, også her, for skjenkesteder med tillatelse til å skjenke den sterkeste spriten. For øvrig viser ikke de folkehelsepolitiske rapportene til noen «nye» tiltak på alkoholområdet.

De folkehelsepolitiske rapportene viser ikke tidstrender for de to indikatorene som er valgt på alkoholområdet – henholdsvis median alkoholkonsum og beruselsesdrikking i den voksne befolkning etter sosioøkonomisk status. Det er ikke utviklet noen indikator for narkotikabruk innenfor den folkehelsepolitiske rapporteringen – mye fordi svarprosenten i spørreundersøkelser er for lav i denne allerede relativt lille gruppen. På tiltakssiden inneholder 2011- rapporten en kort omtale av regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet.

Det er stor variasjon i virkemiddelbruk fra område til område, men mye kan tyde på at vi er inne i en periode med økende vekt på pedagogiske virkemidler (eksempelvis nøkkelhullmerking og tobakkskampanjer) som kanskje har mindre positiv effekt på den sosioøkonomiske fordelingen. Se kapittel 11 om helsevaner for en fyldigere omtale av dette.

Helsetjenesten

De to målene på helsetjenesteområdet (se tabell 5a i internettvedlegg 2) skiller seg ganske klart fra de øvrige målene i helseforskjellsstrategien ved at begge er indirekte og strategiske og dreier seg om ny kunnskap om ulikhet i bruk av helsetjenester (et tredje mål – styrket tjenestetilbud for utsatte grupper – er i rapporteringssammenheng flyttet til kapittelet om målrettet innsats). Tabell 5b viser de 8 tiltakene som ble annonsert i helseforskjellsmeldingen. Oppfølgingen på dette området har vært mangelfull. Bare ett av tiltakene er utvilsomt fulgt opp, en kartlegging av sosiale forskjeller i helsetjenestebruk utført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. En kan også si at lavterskel helsetjenestetilbud er videreutviklet, og at ordninger for finansiering av og takordninger for kostnader knyttet til tannbehandling har vært under vurdering en tid (Prop. 1 S (2012-2013)). En kan videre merke seg at det ikke er utviklet indikatorer for de to kunnskapsmålene, og både indikator- og tiltaksrapporteringen bærer preg av at det mangler konkrete resultatmål.

På dette målområdet er man kommet kort sammenliknet med flere av de andre målområdene i strategien. Ulikhet står knapt på agendaen. Dette er overraskende, ikke minst fordi initiativet til helseforskjellsstrategien ble tatt i helsesektoren; strategien er forankret i sektoren; og det er helsesektoren selv som har størst egeninteresse av at en slik strategi er vellykket. Mangelen på initiativer står her i kontrast til de målene og tiltakene sektoren påla seg selv i Helseforskjellsmeldingen. Dette understrekes av at tematikken knapt er nevnt i forarbeidene til samhandlingsreformen og det er heller ikke noe tema i diskusjonen om helsetjenestetiltaket «Raskere tilbake» (se kapittel 12 om helsetjenesten).

Sosial inkludering

Dette målområdet følger en logikk som går litt på tvers av de andre målområdene i Helseforskjellsmeldingen. Tanken var å samle de tiltak som er rettet mot særskilt utsatte/vanskeligstilte grupper uavhengig av politikkområde. Området har fem mål (se tabell 6a i internettvedlegg 2) og en rekke tiltak, 10 i tallet (se tabell 6b). Vurderingen er at alle de 10 varslede tiltakene på dette området er fulgt opp.

Samlet sett framstår området «sosial inkludering» i helseforskjellsstrategien kanskje som noe smal og selektiv i den forstand at noen svært marginaliserte grupper er framhevet, mens andre og større grupper med særskilte behov er mer stemoderlig behandlet. Grupper som er prioritert innenfor rammen av kapittelet er for eksempel fengselsinnsatte, rusmisbrukere, mennesker med tunge psykiske helseproblemer, langtidsmottakere av sosialhjelp, og bostedsløse. Stedvis er også nyankomne innvandrere inkludert. Men det er elementer av «utsatt gruppe» -tenkning på samtlige målområder. Inntektsområdet handler, blant annet, om fattige; oppvekstområdet om risikoutsatte barn osv. Sett i dette bredere perspektivet må vel helseforskjellsstrategien sies å dekke «utsatte grupper» relativt godt. Det er selvsagt mulig å finne grupper som ikke får mye oppmerksomhet. For eksempel vies personer med nedsatt funksjonsevne lite særskilt oppmerksomhet; lesbiske, homofile, bifile og transpersoner er knapt nevnt; og utfordringer knyttet til asylsøkeres levekår er ikke beskrevet. Men strategien har et uttalt mål om en rimelig balanse mellom universell politikk og strategier rettet mot utsatte grupper, og for mange og lange omtaler av bestemte grupper ville lett kunne undergrave dette målet. Dessuten er det et viktig poeng at universelle tiltak ofte når alle, inkludert utsatte grupper.

Vi vil imidlertid knytte en metodekommentar til det ovenfor nevnte målområdet. Ved en gjennomgang av evalueringer av tiltak på dette området kan man lett få det inntrykk at de grupperettede tiltakene har bedre dokumentert effekt enn øvrige tiltak i rapporteringssystemet. Det er en tendens til at effekten er bedre dokumentert dess snevrere målgruppen er definert. Dette følger av rent metodiske forhold: når målgruppen er liten og intervensjonen årsaksmessig «nær» forventet effekt, er det langt enklere å måle effekter enn når målgruppen er hele befolkningen og forventet effekt ligger langt fram i tid. I en politisk- administrativ kontekst der det finnes sterke incentiver til å prioritere tiltak med dokumentert effekt i snever forstand, utgjør dette en hovedutfordring for det brede folkehelsearbeidet generelt, og helseforskjellsstrategien spesielt.

Sektorovergripende verktøy og kunnskapsutvikling

Målområdet Sektorovergripende verktøy og kunnskapsutvikling skiller seg fra de øvrige ved at det handler om prosessuelle og indirekte virkemidler, snarere enn befolkningsrettede tiltak. Området inkluderer fem mål og (tabell 7a i internettvedlegg 2) og 14 tiltak (tabell 7b). Av disse 14 tiltakene er et flertall fulgt opp på en eller annen måte. Det er ikke utviklet indikatorer på dette målområdet, og de folkehelsepolitiske rapportene inneholder ikke noen omtale av denne typen tiltak før i 2011- utgaven.

Det arbeides med å få på plass informasjonsverktøy som omfatter ulikhet i helse i forvaltningen. Inntrykket er at statlige myndigheter, etter en noe treg start, nå er i gang med å utarbeide og integrere fordelingshensyn i ulike forvaltningsverktøy. Ett eksempel er veileder i helsekonsekvensutredninger som skal bidra til å ivareta helse- og fordelingshensyn i arbeidet med offentlige utredninger, forskrifter, reformer og tiltak, samt proposisjoner og

meldinger til Stortinget. Krav om slike utredninger er fastslått i Utredningsinstruksen og i Folkehelseloven. For lokal og regional forvaltning finnes det tilsvarende krav i plan- og bygningsloven. Et annet eksempel er Folkehelseloven som gir kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter ansvar for å fremme folkehelse – inkludert en rettferdig fordeling av denne – i alle sektorer. Loven stiller også krav til kommuner og fylkeskommuner om å ha nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, herunder å være særlig oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller. Et tredje eksempel er etableringen av informasjonskilder, i første rekke Nasjonalt folkehelseinstituttets statistikkbanker «Norges helse» og «Kommune helse», samt Helsedirektoratets «gule serie» om sosial ulikhet i helse.

Likevel er det et godt stykke igjen før hensyn til helse og helsefordeling inngår som premisser i statlig politikktutforming. Særlig iøynefallende er mangelen på eksplisitt fordelingsvurdering innenfor Helse- og omsorgsdepartementets egen ansvarsportefølje, som omtalt ovenfor i avsnittet om helsetjenesten.

14.4 Oppsummering og diskusjon

Internasjonale politikkanalyser framhever at den norske politikken for å utjevne ulikhet i helse utmerker seg ved at den legger stor vekt på universalisme og har som mål å jevne ut gradienten (Graham 2009). Spørsmålet er likevel hvor konsistent strategien er og om alle ledd i strategien understøtter de overordnede målene. Analysene i dette kapittelet antyder at strategien har tvetydigheter og mulige svakheter, og at implementeringen av politikk og tiltak ikke alltid har vært adekvat. I dette avsluttende avsnittet løfter vi frem noen problemer og peker på hvor det er rom for forbedring.

Strategien spesifiserer ikke hvordan reduserte forskjeller skal forstås, og spesielt ikke om det er absolutte eller relative forskjeller som skal reduseres. Det er gode argumenter for at for folkehelsepolitiske formål er det absolutte forskjeller som teller. Relative forskjeller er mer interessant for forskere. En dobling av en liten risiko kan være trivielt for folkehelsen (men likevel interessant for forskere), mens en dobling av en stor risiko kan være katastrofalt for folkehelsen (Rose 2008:54-55). Relative forskjeller kan øke selv om absolutte forskjeller minker, slik tilfellet er for utviklingen av røykefrekvensen i ulike utdanningsgrupper i Norge de siste årene.

Det er ingen kvantifisering eller tidfesting av målene i strategien. Internasjonalt finnes flere eksempler på en slik kvantifisering av mål om reduksjon av helseforskjeller. WHO i Europa satte for eksempel reduksjon av «helsegapet» mellom sosioøkonomiske grupper innen medlemsland med minst en fjerdedel som ett av 21 regionale «Helse for alle» -mål (WHO Europa 1998). Den britiske regjeringen satte i 2001 to mål for arbeidet med å redusere sosiale ulikheter i helse (Department of Health 2003): redusere forskjeller i spedbarnsdødelighet med 10 prosent innen 2010, og redusere forskjeller i levealder mellom

depriverte områder og befolkningen som helhet med 10 prosent i samme periode. En kvantifisering av mål kan være en fordel fordi det i sterkere grad forplikter. En mulig ulempe ved tallfesting er at det kan trekke politikken «nedstrøms», for eksempel i retning av helsetjenesteintervensjoner, noe som gir raskere resultater men som kanskje har redusert effekt på lengre sikt. Varig vellykket folkehelsearbeid krever tidshorisonter som er lengre enn hva som er mulig å operere med i en politisk vedtatt strategiplan. Likevel er det en mulighet å tallfeste mål på helsedeterminantnivå heller enn på helseutfallsnivå.

Målet om «å redusere sosial ulikhet i helse» kan bety 1) å bedre helsen til de fattigste, 2) å redusere helsegapet mellom de dårligst og de beste stilte, eller 3) å jevne ut gradienten (se også kapittel 4). Helseforskjellsmeldingen forholder seg ikke eksplisitt til denne tredelingen, med det står at «Arbeidet mot sosiale helseforskjeller må kombinere målrettet innsats mot spesielt utsatte grupper med generelle velferdsordninger og befolkningsrettede tiltak» (St. meld. 20 (2006-2007):6). Meldingen tar altså til orde for en kombinasjon av strategi 1 og strategi 3. Denne doble strategien gjenspeiler seg også i noen grad i kapittelstrukturen: et eget kapittel er viet «målrettet innsats for sosial inkludering» (strategi 1), mens retorikken for øvrig gjennomgående har et mer befolkningsrettet fokus (strategi 3). Det er et spørsmål om ulikhetsstrategien, gjennom delmålformuleringer, indikatorer og tiltak, i praksis evner å legge opp til en universalistisk politikk som retter seg mot den sosiale gradienten. Målet er i mange tilfeller å redusere en befolkningsandel, som for eksempel målet om «redusert andel elever som ikke fullfører videregående opplæring» (Folkehelsepolitisk rapport 2011:42). Slike mål gjenspeiles også i valget av empiriske indikatorer ved at de fleste vedrører *andelen* av befolkningen som tilhører en nærmere bestemt («utsatt») sub- populasjon. For eksempel er en indikator for målet om «et mer inkluderende arbeidsliv» et andelsmål, nemlig andelen langtidssykemeldte som kommer tilbake i jobb. Det er en viss sjanse for at dette bidrar til å trekke den norske helseforskjellsstrategien vekk fra reduksjon av ulikheter gjennom hele befolkningen – og mer i retning av fokus på de fattige, eller andre vanskeligstilte grupper. Et annet problem med andelsindikatorer er sjansen for at med reduserte andeler av utsatte grupper følger endret sammensetning av gruppen. Det er vist at gruppen av sosialhjelpsmottakere i dårlige tider er mer ressurssterke og mindre problembelastede enn den er i gode tider (Ohrem Naper m.fl. 2008). I dårlige tider løper flere «vanlige» mennesker høyere risiko for å bli sosialhjelpsmottakere enn i gode tider. Dersom denne dynamikken også gjør seg gjeldende for andre sosiale kategorier, noe vi ikke vet sikkert, kan en (ønsket) nedgang i andeler i en problematisk kategori følges av en forhøyet risiko for helseproblemer, og større forskjell i helse i forhold til bedrestilte. En ellers positiv utvikling vil i så fall framstå som en negativ utvikling sett i et ulikhet-i-helse- perspektiv. Poenget er at en ikke ukritisk må sammenligne helseforskjeller mellom utsatte grupper uten å ha tatt høyde for muligheten for endret sammensetning av gruppene.

Et hovedinntrykk er at det er langt igjen før hensyn til helse og helsefordeling faktisk inngår som premisser i relevant statlig politikktutforming, i implementeringen av politikken og i

evalueringer av den. Dette gjelder de store og viktige tiltak og reformer det siste tiåret som IA- avtalen, NAV- reformen, og Samhandlingsreformen, og det gjelder tiltak som kan være problematiske i et ulikhetsperspektiv som «Raskere tilbake». Ulikhetshensyn har spilt en perifer rolle i alle faser av utviklingen av disse reformene. I Helsetjenestepolitikken har ikke de sentrale helsemyndighetene fulgt opp alle sine intensjoner slik de var uttrykt i Helseforskjellsmeldingen.

Det er stor reformaktivitet på mange av målområdene. Med utgangspunkt i foreliggende kunnskap om implementering og effekter av tiltakene er det imidlertid vanskelig å si om tiltakene virker etter hensikten. Det er flere grunner til det. En er at indikatorer ennå ikke er utviklet. En annen er at indikatorene er lite tilpasset målsettingene, dvs. at det er andeler heller enn gradienter som står i fokus. Et tredje problem er at evalueringene sjelden har sosioøkonomiske ulikheter i fokus, enten de ser på prosess eller resultat. Ofte er det prosessene som står i sentrum, og i den grad evalueringene fokuserer på resultat innhentes ikke informasjon de variasjone mellom sosioøkonomiske grupper. Vi har derfor svært begrenset kunnskap om differensielle effekter. De som skal evaluere politikken anses heller ikke til å studere ulike aspekter ved sosiale ulikheter dersom ikke offentlige oppdragsgivere etterspør tematikken. Endelig har folkehelsepolitikk et langt tidsperspektiv fordi det kan gå mange år fra eksponering skjer til sykdom oppstår, og det er derfor krevende å avdekke resultater av intervensjoner etter kort tid.

Det rapporteringssystemet som Helseforskjellsmeldingen legger opp til, innebærer et tverrsektorielt samarbeid av sjelden karakter. Dette gir flere fordeler, men byr også på noen utfordringer. Det er for eksempel ikke så vanlig at faste samarbeidsstrukturer – i dette tilfelle «arbeidsgrupper» – innføres på direktoratsnivå og ikke på bare departementsnivå. Linjeprinsippet i fagforvaltningen er vanligvis til et visst hinder for denne typen tverrfaglig samarbeid, fordi hvert direktorat bare svarer til eget fagdepartement. Et annet særtrekk ved Helseforskjellsmeldingens tverrsektorielle samarbeid er at jobben med rapporteringen foregår i tverrfaglige arbeidsgrupper. Det vanlige i andre, tilsvarende prosesser er at ansvarlig departement koordinerer og redigerer sammen innspill fra de relevante sektorer. Men i dette rapporteringssystemet er det de tverrfaglige arbeidsgruppene selv som koordinerer og syr sammen innspill – *før* resultatet følger linjen videre opp i systemet. Prosessen fordrer derfor – om mulig – konsensus i et tverrfaglig forum. En positiv virkning av dette samarbeidet er at de ulike sektorene får bedre kjennskap til andre sektorens mål, og at man utvikler kompetanse på å identifisere felles mål og midler. Også her fungerer fordelingsperspektivet som olje i maskineriet: reduserte ulikheter i utdanningssystemet er for helsesektoren et virkemiddel for å utjevne helseforskjeller, mens reduserte ulikheter i helse for utdanningssektoren er et virkemiddel for å utjevne forskjeller i utdanning. Gjennom denne typen nyvinne innsikter øker forståelsen innenfor helsesektoren for at utdanning *i seg selv* er en viktig påvirkningsfaktor for helse, i motsetning til helsesektorens mer tradisjonelle syn på utdanningsinstitusjonene som arenaer for helsefremmende arbeid. Og

omvendt: identifiseringen av felles mål/ midler er kanskje den mest effektive måten å oppnå prinsippet om «helse i alt vi gjør» – helse på dagsorden i alle sektorer. I praksis vil det være opp til de enkelte arbeidsgrupper, og i siste instans medlemmenes overordnede departement, hva slags tiltak som faktisk rapporteres. I dette ligger en mulig svakhet i systemet: et departement er mer av et politisk sekretariat enn en uavhengig faginstans, og det er derfor en viss sjanse for at rapporteringen fokuserer på de tiltakene som mest sannsynlig vil bidra til å redusere forskjeller, og at tiltak som muligens eller sannsynligvis vil bidra til å øke forskjellene, sjelden eller aldri inkluderes. Det er i denne typen «målkonflikter» at rapporteringssystemets «doble linjer» vil kunne være mest problematisk.

Rapporteringssystemet medfører en viss mulighet for at det er de mindre, målrettede tiltakene som framheves, mens folkehelsevirkningene av de større og mer universalistisk orienterte reformene kommer i skyggen. Det strategiske grep helseforskjellsstrategien og rapporteringssystemet legger opp til, nemlig å måle fordelingseffekter på påvirkningsfaktorsnarere enn helseutfallsnivå, gjør spørsmålet noe enklere, men selv her kan det være vanskelig å måle effekter av universell politikk.

For andre av de store reformene er situasjonen mer komplisert. Dels er det metodologisk mer komplisert å knytte f.eks. arbeidsmarkedstiltak til sysselsetting, blant annet fordi konteksten (som inkluderer for eksempel økonomiske konjunkturer) er mer kompleks og skiftende. Men dels finnes det også latente målkonflikter innebygget i enkelte av de aktuelle reformene. Kunnskapsløftet var i utgangspunktet en individrettet reform rettet mot kunnskapsnivået i norsk skole, mens utjevning av sosiale forskjeller i læring og læringsutbytte kom til som mål på et senere tidspunkt. Det er kanskje ikke en nødvendig motsetning mellom disse to målene, men i praksis kan individrettede tiltak medføre en forsterkning av sosiale forskjeller. Når undervisning skal tilpasses den enkeltes behov, kan det lett bli slik at de som roper høyest får mest.

Folkehelsepolitikk generelt og politikk for å redusere ulikhet i helse spesielt er sektorovergripende i sin natur. Arbeidet med å utvikle den norske politikken for å redusere ulikhet i helse, og oppfølgingen av den (rapporteringssystemet) later til å ha lyktes ganske godt med tverrsektorielt samarbeid. Hva har vært forutsetningene for dette? Følgende fire momenter synes viktige (Torgersen m.fl. 2007, Giæver, personlig kommunikasjon 27.9.2013): Det har, for det første, vært en politisk vilje til stede. I dette tilfelle sto fordelingsspørsmål høyt på alle departementers dagsorden i perioden, noe som ga et felles utgangspunkt og en felles problemforståelse. For det andre, infrastrukturen var i utgangspunktet på plass. Regjeringen har mekanismer for samarbeid på tvers. I tillegg til at regjeringen selv er et slikt organ finnes samarbeidsarenaer på statssekretær- og embetsnivå. I denne sammenhengen har rapporteringssystemet utgjort en brekkstang for å aktivere denne typen samarbeidsfora. For det tredje, determinant-tilnærmingen (snarere enn arena-tilnærmingen) har lettet felles forståelse for problemet. Helsesektoren har tradisjonelt ofte sett på andre sektorer – skole, arbeidsliv, osv. – som arenaer for helsefremmende tiltak.

Gjennom determinant- tilnærmingen anerkjenner, som antydnet ovenfor, helsesektoren for eksempel utdanning og arbeid som viktige helsedeterminanter i seg selv, og det kan gi et bedre samarbeidsklima. Av denne grunn, var det for det fjerde mulig å identifisere felles mål på tvers av sektorer. For eksempel vil helse være viktig for læring, og læring vil være viktig for helse. Et middel i helsesektoren kan være et mål i andre sektorer, og omvendt.

14.5 Mål og anbefalinger

Mål

Målet er at den norske Helseforskjellsstrategien som ble lansert i 2007 skal bli enda bedre og mer formålstjenlig.

Anbefalinger

1. *Sosial ulikhet i helse bør settes høyt på den politiske dagsorden.* Slagordet i folkehelsepolitikken er i dag «Helse i alt vi gjør». Vi anbefaler at sosial likhet i helse også skal gjennomtrengre alt som gjøres i myndighetenes daglige virke og reformvirksomhet i alle relevante sektorer. Dette gjelder i alle faser av reformprosesser: initiering, utredning, planlegging, implementering og evaluering. Evalueringer av relevant offentlig politikk, tiltak og intervensjoner bør skaffe til veie kunnskap om prosesser og effekter for ulike sosioøkonomiske grupper.
2. *Rutinemessig overvåking av sosial ulikhet i helse.* Både relative og absolutte mål på sosial ulikhet i helse bør produseres jevnlig og overvåkes systematisk. De absolutte målene på sosiale forskjeller i helse legges til grunn for vurdering av politikken. Det synes å være nødvendig med en gjennomgang av lovgivningen for å gjøre det enklere å kople data fra ulike kilder for dette formålet. Vi har ikke hatt som mandat å utrede empiriske indikatorer. Myndighetene bør ta initiativ til å utvikle empiriske indikatorer på alle målområdene i Helseforskjellsstrategien.
3. *Omformulere mål slik at de fanger sosial ulikhet.* På flere målområder er mål, delmål og indikatorer formulert i termer av andeler i dagens Helseforskjellsstrategi. I et ulikhetsperspektiv er det problematisk. Mål, delmål og indikatorer bør reformuleres slik at angår sosiale gradienter og systematisk sosial ulikhet.

15 Avslutning og diskusjon

15.1 Innledning

Formålet med dette avslutningskapittelet er å løfte fram noen hovedpoenger og drøfte noen problemer som vi ser som sentrale for å nærme oss en forståelse av ulikhet i helse og en politikk for å redusere de sosioøkonomiske helseforskjellene.

Folkehelsen i Norge – målt for eksempel som forventet levealder – er blitt bedre i løpet av de siste tiårene. Ulikhetene i dødelighet og levealder etter utdanning og inntekt er økt, men alle grupper har økt sin forventede levetid. Det er derfor ikke slik at mindre privilegerte sosiale grupper forverrer sin helsetilstand over tid. Dette trekket ved den norske utviklingen er selvsagt positivt og er dermed også en historie om vellykkethet som ikke må tapes av syne. Mandatet for denne rapporten har vært å fokusere på det problematiske ved det empiriske faktum at helseulikhetene består og at de, for noen grupper og helsemål, vokser. En slik utvikling er i strid med målet for norsk folkehelsepolitikk: å redusere sosiale helseforskjeller uten at noen får det dårligere. Den relativt store risikoen for tidlig død blant lavere sosiale lag i den norske befolkningen fører til mange tapte liv og svært mange tapte leveår. Dette representerer, som vi var inne på i kapittel 1, i første rekke et rettferdighetsproblem, men også et folkehelseproblem, et levekårsproblem, et livskvalitetsproblem, og et samfunnsøkonomisk problem.

Våre analyser og anbefalinger tar utgangspunkt i perspektivet om helsens sosiale determinanter (SDH- perspektivet). Det framholder at helsen vår påvirkes av de sosiale forhold som omgir oss, der vi fødes og vokser opp, jobber, eldes og dør. Det er frembrakt solid vitenskapelig evidens for at SDH- perspektivet er et troverdig og fruktbart perspektiv.

15.2 Et tverrpolitisk anliggende

Sosial ulikhet i helse ble først satt på den politiske dagsordenen av Bondevik- regjeringen i 2003 med meldingen «Resept for et sunnere Norge». Innsatsen er blitt trappet opp under Stoltenberg- regjeringene som i 2007 la frem sin strategi for å redusere ulikhet i helse (se kapittel 14).

Stortingsbehandlingen av Helseforskjellsmeldingen viste at det var tverrpolitisk enighet om situasjonsbeskrivelsen: sosial ulikhet i helse fortsetter å eksistere i det norske samfunnet og det gir grunn til bekymring (se kapittel 1).

Den politiske plattformen til Høyre/Frp- regjeringen viser at også denne regjeringen er opptatt av levekårsutjevning og fattigdomsbekjempelse. Blant annet varsler den en tiltakspakke rettet mot barn som vokser opp i fattige familier. I den politiske plattformen for regjeringen heter det:

Regjeringen vil jobbe for at Norge skal være et land med små forskjeller og minimal fattigdom. De viktigste tiltakene for å bekjempe fattigdom er en god skole som utjevner sosiale forskjeller og et åpent arbeidsliv med plass til alle. Likevel vil det finnes mennesker som står utenfor viktige sosiale arenaer på grunn av dårlig økonomi eller dårlige levekår. Regjeringen mener det er en viktig samfunnsoppgave å sikre at også disse får den hjelpen de trenger” (Politisk plattform for Høyre/Frp- regjeringen 2013:11).

15.3 Utviklingen i ulikhet i helse

Som vist i denne rapporten har det vært en nedgang i absolutt ulikhet (etter mors utdanning) i neonatal (0-27 dager) spedbarnsdødelighet frem til det siste tiåret. Det siste tiåret har det ikke vært noen signifikant endring. For postneonatal spedbarnsdødelighet (28-364 dager) var det en nedgang i absolutte forskjeller fra 1990- tallet og frem til 2010 (kapittel 6). Utdanningsulikheten i forventet levealder, som er et absolutt mål på ulikhet, har vært økende inntil det aller siste. De siste tallene tyder på lavere økningstakt og utflating blant menn, men fortsatt vekst blant kvinner. For den viktige dødsårsaken hjerte- og karsykdommer, har det vært en nedgang i absolutte forskjeller i dødelighet for menn og kvinner fra 1990- tallet og frem til 2009 (kapittel 5). De absolutte forskjellene mellom dem med høy og lav utdanning i selvrapportert sykkelighet viser økning for én indikator, muskelskjelettlidelser, og reduksjon for en annen indikator, langvarig sykdom (kapittel 5). Absolutte dødelighetsforskjeller mellom inntektsgrupper viser små endringer over de siste 15 år. Det samme gjelder ulikhet i dødelighet mellom fattige og ikke-fattige (kapittel 10). Det er tegn til at høystatusgrupper har et høyere forbruk av legespesialister gitt samme behov, uten at vi av det kan slutte at dette bidrar til sosial ulikhet i helse.

Som en ser, er det et ganske komplekst mønster som avtegner seg. Det er imidlertid verdt å legge merke til at den økningen i ulikhet i dødelighet vi har observert i flere tiår er i ferd med å flate ut for menn.

De tre kunnskapsutfordringene

I kapittel 1 løftet vi frem tre kunnskapsutfordringer: 1) Ulikhet i mange helseutfall vedvarer i Norge. 2) De absolutte dødelighetsforskjellene etter utdanning har vokst de siste tiårene. 3) Sosiale forskjeller i helse er på samme nivå i egalitære nordiske land, inkludert Norge, som i andre vestlige europeiske land.

For en kunnskapsoppsummering som den foreliggende representerer dette utfordringer dels for situasjonsbeskrivelsen, og dels for vår forståelse av problemene når vi tar utgangspunkt i perspektivet om helsens sosiale determinanter og gjeldende forklaringsmodeller for sosial ulikhet i helse.

Vi har vist at dette er en forenklet beskrivelse av det totale bildet av sosiale ulikhet i helse i Norge. Ulikhet i andre helseutfall (spedbarnsdødelighet, selvrapportert langvarig sykdom) og etter andre sosioøkonomiske indikatorer (som inntekt og fattigdom) viser litt andre trender.

Et nytt trekk er dessuten kommet til: utdanningsforskjellene i forventet levetid i Norge over det siste tiåret har begynt å flate ut og dødelighetsforskjellene i hjerte-og kardødelighet har begynt å avta, i hvert fall for menn.

La oss drøfte de tre kunnskapsutfordringene under fire overskrifter ved å trekke veksler på noen av de forklaringsmodellene som ble gjennomgått i kapittel 4: oppvekstvilkårenes betydning; økt sosial mobilitet; vedvarende materielle og immaterielle forskjeller; og helsevaner, spesielt røyking. Flere har drøftet disse problemene, og vår diskusjon bygger på disse bidragene (Bambra 2011, Mackenbach 2012, Lundberg 2013, Strand m.fl. 2013a).

1. Oppvekstvilkårenes betydning. Dødelighetsmønstre som vi ser i dag henger sammen med oppvekstforholdene for mange titalls år siden, samt senere miljøeksponeringer og helseatferd. At det er spesifikke fødselskohorter følger av livsløpsperspektivet. Dagens dødelighetsmønstre for 45-65 åringer kan et stykke på vei tilskrives oppvekstvilkår og samfunnsforhold i Norge rett etter krigen, men også produksjons- og forbruksmønstre som har kjennetegnet disse kohortene etter hvert som de vokste opp. Eksempler på dette er kvinners frigjøring og yrkesdeltaking, utdanningsekspløsjonen, men også adoptering av nye helsevaner. I og med at flere sykdommer har lang latenstid og kan ha blitt programmert i fosterlivet, kan det gå lang tid fra eksponering for en årsaksfaktor til manifest sykdom opptrer, for eksempel som hjerte-og karsykdommer og ulike kreftformer. Livsløpsperspektivet gir støtte til en slik forståelse, men empiriske undersøkelser av norske kohorter som kan kaste lys over disse problemstillingene er mangelfulle.

2. Økt utdanningsmobilitet. I kapittelet om utdanning drøftet vi muligheten for at større likhet i utdanningssjanser – dvs. redusert effekt av sosial bakgrunn – kan ha større utdanningsulikhet i helse som konsekvens når disse vokser opp (Mackenbach 2012, Simons m.fl. 2013). En kan i prinsippet tenke seg at samfunnet er blitt tiltagende *sorterende* som følge av økt sosial mobilitet, noe som kan føre til at folk med helsemessig og utdanningsmessig gunstige personlighetstrekk oftere beveger seg oppover i det sosiale hierarkiet nå enn før, og omvendt. Resultatet er at de lavere utdanningslag i økende grad vil bestå av mennesker med bestemte personlige egenskaper, for eksempel svake kognitive evner, som samtidig også er ugunstige for helseatferd og dermed helse. Større sjanselighet gir da ikke nødvendigvis en jevnere helsefordeling (Lundberg 2013). Større, og til dels økende sosial mobilitet i Norge, og i andre nordiske land, vil i så tilfelle kunne forklare hvorfor disse landene ikke har mindre ulikhet i helse enn andre vestlige land (Simons m.fl. 2013). Slike argumenter hviler på en del forutsetninger, for eksempel at sammenhengen mellom utdanningsnivå og risikomekanismer, slik som helsevaner, arbeidsmiljø, inntekt, etc., er konstant over tid.

Vi kjenner ikke til empiriske undersøkelser som faktisk viser endret sosial sammensetning av ulike utdanningsgrupper, eller om sammensetningen varierer mellom land slik denne sorteringshypotesen antar.

3. *Vedvarende ulikhet i materielle og immaterielle ressurser.* I tråd med materielle (og neomaterielle) forklaringer kan det hende at samfunnet vårt ikke er så omfordelende som vi liker å tro. Store grupper i samfunnet har kunnet forbedre sine livsvilkår og helse gjennom frihet til å betale for mer motiverende trening, mer helsebringende ferier, helsetjenester og «outsourcing» av slitsomme oppgaver i hjemmet som barnepass, husvask, o.l., mens andre ikke har kunnet ta del i den samme utviklingen. En kan også tenke seg at helseulikhetene påvirkes av psykososiale mekanismer, ved at forskjellene mellom de som har og ikke har blir tydeligere, og at mindreverdighetsfølelser og strev for å henge med i forbrukssamfunnet fører til økt stress i lavere sosiale sjikt.

Som vist i inntektskapittelet har Norge de siste år opplevd en sterk reallønnsvekst som har kommet de fleste grupper til gode. Likevel vedvarer ulikheter i økonomiske ressurser. Ulikheten i husholdningenes disponible inntekter økte fra slutten av 1980 tallet fram til 2008 tallet for så å stabilisere seg. Ulikheten i lønnsinntekter og i markedsinntekter (som i tillegg til bruttolønn også omfatter blant annet kapitalinntekter) har også økt de senere år, som i andre land (OECD 2011b, Pedersen 2013). I Norge ser vi de siste årene også voksende forskjeller i lønninger mellom utdanningsnivåene og mellom yrkesgrupper med høy og lavere status (Pedersen 2013). Til tross for disse voksende ulikhetene i tilgang til økonomiske ressurser er ulikhetsnivået lavere i Norge enn i de fleste andre land, men kanskje ikke så mye som en kunne tro. Særlig er ulikhet i markedsinntekter ikke vesentlig lavere i Norge enn den er i et gjennomsnittlig OECD-land. Gini-indeksen i Norge er 0,38 mens OECD gjennomsnittet er 0,41 (OECD 2011b). Formue i Norge er svært skjevt fordelt og viser en klar inntektsgradient: Over halvparten av formuen befinner seg hos de 10 prosent rikeste husholdene. Over 20 prosent av formuen tilhører de én prosent rikeste husholdene (Epland og Kirkeberg 2012). Endelig har den relative inntektsfattigdommen i befolkningen vært stabil de aller siste årene. Likevel er det i dag flere barnefamilier og enslige forsørgere enn før som opplever inntektsfattigdom (Pedersen 2013).

Sysselsettingen har vokst etter en nedgang under krisen i 2008, og arbeidsledigheten er lav. I Europeisk sammenheng er arbeidsmiljøet i Norge ganske godt, og det har bedret seg de siste tiårene. Dette henger sammen med endringer i næringsstrukturen og en offensiv arbeidsmiljøpolitikk. Samtidig er nye utfordringer kommet til, ikke minst knyttet til det psykososiale arbeidsmiljøet, for eksempel balansen mellom krav og kontroll i arbeidet. Krav om omstillinger, omstrukturering og nedleggelse av bedrifter kan være vanskeligere å håndtere for grupper med lavere utdanning og mindre kontroll over arbeidssituasjonen. Norsk arbeidsliv utmerker seg med høy produktivitet og stiller store krav til formell kompetanse, kvalifikasjoner, ferdigheter og yteevne. I komparativt perspektiv er det norske arbeidsmarkedet inkluderende med sin høye sysselsetting, men de rundt 20 prosent i yrkesaktiv alder som ikke er innenfor arbeidsmarkedet sliter ofte med dårlig helse og har andre egenskaper som er lite etterspurt av arbeidsgivere. Utstøting og utestengning fra arbeidsmarkedet er ikke bare helsesrelatert, men har også en markert utdannings- og klassegradient. At en så stor andel av de som er utenfor har helseproblemer kan nettopp

være en utilsiktet og uønsket konsekvens av et velsmurt norsk arbeidsliv med høyt omstillingstempo, høy produktivitet og stor arbeidsintensitet.

Effekten av sosial bakgrunn på utdanning er på langt nær opphevet: Ulikhet i elevenes skoleprestasjoner vedvarer og øker noe etter foreldrenes utdanning og inntekt (Bakken og Elstad 2011). Det er fremdeles en tydelig sosioøkonomisk gradient i andelen som fullfører videregående skole. Av elever av foreldre med lang høyere utdanning fullfører knapt 80 prosent innen fem år, mens drøyt 30 prosent av elevene med foreldre med utdanning på grunnskolenivå fullfører (Statistisk sentralbyrå 2013c). Den sosiale ulikheten i andelen elever som oppnår studiekompetanse er temmelig stabil fra og med 1975, men det er en utjevning i andelen som fullfører kort høyere utdanning (Hansen og Mastekaasa 2010).

Lundberg (2013) spekulerer i om en svekket velferdspolitikken kan forklare voksende ulikhet i dødelighet i Sverige fordi kompensasjonsratene i viktige ordninger som sykelønn og dagpenger er blitt redusert. Krieger m.fl. (2008) har for eksempel funnet evidens for at utviklingen av sosial ulikhet i dødelighet i USA et stykke på vei avspeiler ekspansjon og nedskjæring i sosialpolitiske programmer.

Stjernø og Øverbye (2012:23) har analysert de norske stønadsordningene, og vurdert i hvilken grad de er strammet inn og blitt mindre generøse. Deres hovedkonklusjon er at personkretsene fortsatt er brede; det er ingen omfattende svekking av stønadsnivåene, og ingen generell reduksjon i hvor lenge man kan motta en ytelse. Det er økt bruk av vilkår for tildeling av flere ytelser. Dette er hovedbildet, men det er likevel flere interessante nyanser å merke seg. De endringer som er gjennomført kan ha hatt både positive og negative effekter på ulikhet.

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. Når det gjelder utviklingen i generell inntektsulikhet har skattereformen fra 2006 bidratt til å gjøre skattesystemet mer progressivt, og dermed bidratt til den stabiliseringen av inntektsulikheten som vi har kunnet observere i perioden etter år 2006 (NOU 2009:10, St. meld. 11 (2010-2011)).

Men det er også enkelte endringer som etter alt å dømme har skapt økt inntektsulikhet. Underreguleringen av barnetrygden har ført til en reduksjon med minst 25 prosent. Det har også funnet sted en underregulering av sosialhjelpssatsene i forhold til den generelle inntektsutviklingen. Sosialhjelpen i Norge og i de andre Nordiske land er blitt mindre effektiv til å bekjempe fattigdom, til tross for jevnlig økninger i de statlige satsene (Kuivalainen og Nelson 2012). Andelen fattige blant sosialhjelpsmottakere er nå over 60 prosent (Kaur 2013). Varigheten av overgangsstønden til enslige forsørgere er kortet ned til tre år, og det er innført krav om yrkesrettet aktivitet når barnet fyller tre år. Økt fattigdom blant sosialhjelpsmottakere og i barnefamilier må sees i lys av disse utviklingstrekkene.

De skjerpede aktivitetskravene kan betraktes som en måte å avgrense bruken av stønadene på (Stjernø og Øverbye 2012:24). Ved å stille krav kan man beholde forholdsvis høye stønadsnivåer, og dermed forhindre fattigdom blant stønadsmottakerne. Men spørsmålet er om alle, og særlig vanskeligstilte med få ressurser og dårlig helse, er i stand til å innfri kravene. Dette vet vi ikke så mye om, men en finsk studie antyder at å sette vilkår for deltakelse i tiltak svekker den mentale helsen til de meste sårbare (Malmberg-Heimonen og Vuori 2005).

Det er også enkelte institusjonelle endringer og nyvinninger. Som vi har vært inne på har kvalifiseringsprogrammet blitt lansert for å bekjempe fattigdom og sosialhjelpsbruk. Programmet har neppe svart til forventningene og det er tvilsomt om det har vært effektivt til å hjelpe mange sosialhjelpsmottakere ut av fattigdommen og inn i arbeidslivet. For det første er det et fåtall, under 10 prosent, av sosialhjelpsmottakere som rekrutteres, og det er mye som tyder på at de som rekrutteres er noe mer ressurssterke enn andre. For det andre er det kun 10 prosent av brukerne som oppnår stabil sysselsetting, selv om den foreløpige effektevalueringen av programmet viser at det har en viss effekt. Andelen mottakere av kvalifiseringsstønad som er fattige er i tillegg høy: over 60 prosent.

Et tegn på svekket omfordeling er at støtten til noen av de svakest stilte er blitt mindre: Sosialhjelpen og barnetrygden er ikke blitt oppjustert tilsvarende lønnsveksten.

For å oppsummere: I Norge er økonomiske ressurser til dels svært skjevt fordelt, og er delvis blitt skjevare fordelt over tid. Økonomiske ressurser som skapes i markeder er bare litt jevnere fordelt i Norge enn i et gjennomsnittlig OECD-land. Det er fremdeles markerte sosiale forskjeller i oppnåelse av utdanningsressurser, og det er tegn til at de er blitt større.

4. Helsevaner. For barn og unge har det ikke vært noen økning i sosial ulikhet i flere helsevaner, og for enkelte helsevaner har vi de aller siste år snarere sett en reduksjon av ulikhet (Giæver 2013). Blant voksne er det en tendens til at usunne helsevaner hopper seg opp i lavere sosiale lag, og at fedme er mer utbredt blant dem med lav utdanning enn blant dem med høyere utdanning (se kapittel 11).

Etter mange års økning har de absolutte utdanningsforskjellene i røyking blitt redusert i Norge de siste år blant voksne. Tall over utviklingen siden 1976 av dagligrøykere viser at nedgangen i røykeforekomst startet tidlig på 1980- tallet blant dem med høyest utdanning, etterfulgt ti år etter av personer med middels utdanning. Gruppen med lavest utdanningsnivå begynte å trappe ned på midten av 1990- tallet, og andel dagligrøykere har i 2012 blitt redusert til 25 prosent i denne gruppen (se kapittel 11) (Lund og Lindbak 2007, Elstad 2013b: Tabell 2). Ulikhetene økte klart i begynnelsen av 1990- tallet, men begynte å avta i absolutt forstand fra 2007. De sosialt differensierte trendene i røyking i Norge ser ut til å følge prediksjonen fra teorien om spredning av nyvinninger (innovasjoner) (Coleman m.fl. 1957). Ulikheter mellom utdanningsgruppene var små i starten på epidemien (eller sågar omvendt i 1950- årene), så økende, og til slutt avtakende fra 2007 (Elstad 2013b, Strand m.fl.

2013a). Komparative analyser av data fra midten av 2000- tallet har vist at utdanningsulikheten i røykeforekomst var spesielt stor i Norge, både blant menn og kvinner, og at effekten av røyking på dødelighetsforskjellene var særlig høy her (Eikemo m.fl. 2013, Strand m.fl. 2013a). Hvis Norge nå er på vei inn i en langt fremskreden fase av røykeepidemien, kan vi forvente en ytterligere nedgang i utdanningsforskjellene i røyking. Selv om utviklingen av røykevaner følger bestemte mønstre over tid, og sosiale nettverk spiller en viktig rolle i spredningsprosessene, er det grunn til å tro at sosialpolitikk og tobakkskontrollpolitikk også har betydning (Graham m.fl. 2006). For eksempel finner Schaap m.fl. (2008) at personer med både høy og lav utdanning har omtrent like stort utbytte av nasjonal tobakkskontrollpolitikk ved at de slutter å røyke i samme grad.

Analysen av spesifikke dødsårsaker underbygger røykevanenes betydning for sosial ulikhet i dødelighet. Det er vist at for kvinner skyldes hele den observerte økningen i dødelighetsulikheter i perioden 1960-2000 lungekreft og lungesykdommer (Strand m.fl. 2010). For menn var hovedårsaken til økningen knyttet til hjerte-og karsykdom, som også i stor utstrekning er røykerelatert. I Finland står røyking for nærmest hele den observerte økningen i utdanningsforskjellene i dødelighet blant kvinner i perioden 1971-2010, mens blant menn er det andre årsaker som står bak utdanningsforskjellene (Strand m.fl. 2013b). Det er også empirisk støtte for at den ulike sosiale fordelingen av røykeforekomst er større i Norge enn i de andre vestlige europeiske land, og dette bidrar sterkere til utdanningsulikhet i dødelighet i Norge enn i andre europeiske land (Eikemo m.fl. 2013).

De siste tallene viser at utdanningsulikhetene i hjerte- og kardødelighet avtok inn i tiåret 2000-09 både blant menn og kvinner (Strand m.fl. 2013b). Fra 2007 ser vi en nedgang i utdanningsulikhet i røyking for begge kjønn. Det er således lite sannsynlig at den observerte utflatingen (for menn) i utdanningsulikhet i dødelighet kan forklares med endringer i utdanningsulikhet i røyking.

Røykevaneforklaringen er likevel en ufullstendig forklaring på sosial ulikhet i dødelighet og levealder: Ulik fordeling av røykevaner kan kun gjøre rede for en mindre del av utdanningsforskjellen i for tidlig død, anslagsvis 25 prosent for menn og noe mindre for kvinner (Eikemo m.fl. 2013). Det er også grunn til å anta at røyking og andre helsevaner spiller en mindre rolle for andre helseutfall enn dødelighet. Et selvrapportert helsemål som muskel-skjelettsykdom, som i mindre grad er røykerelatert, viser også økt ulikhet etter utdanningsnivå. Det er, med andre ord, nødvendig å bringe inn også andre sosiale determinanter og mekanismer for å forklare sosial ulikhet i andre typer helseutfall.

To trekk ved det norske samfunnet er således nøkkelen til å forstå situasjonen i Norge: vedvarende og til dels økende økonomiske og sosiale ulikheter, og det sosiale mønsteret i røykevaner. Det ser altså ut til at det påståtte paradokset kan forklares ved å ta hensyn til nivået på og endringer i helsens sosiale determinanter. Den kunnskapen som er lagt frem i denne rapporten gir grunnlag for å trekke følgende overordnede konklusjon: De vedvarende sosiale ulikhetene i helse skyldes relativt stabile trekk ved sosial ulikhet i materielle (inntekt)

og immaterielle goder 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 antakelig også en viktig forklaring på hvorfor ulikhet i dødelighet ikke er mindre i Norge enn i Vest-Europa. Endringer i den sosiale fordelingen av røykevaner i Norge ser ut til å følge den generelle dynamikken som kjennetegner spredning av nyvinninger (Elstad 2013b). I så fall kan vi forvente fortsatt reduksjon i absolutte utdanningsforskjeller i dødelighet, men det vil også avhenge av hvilken politikk som føres. Vår tolkning bygger på den kunnskapen vi har i dag. Kunnskapen er mangelfull når det gjelder kohortspesifikke effekter, og vi vet lite om hvorvidt sammensetningen av utdanningsgruppene har endret seg over tid. Ny empirisk kunnskap om dette vil selvsagt kunne føre til en revisjon av våre tolkninger.

Selv om SDH- perspektivet kan forklare det norske tilfellet, er langt fra alle problemer løst. Hvor store endringer i en sosial determinant skal til før det manifesteres i endringer i ulikhet i dødelighet og er sammenhengen nødvendigvis lineær? Er en økning i relativ ulikhet (Gini-koeffisienten) fra 0,20 til rundt 0,25 nok til å påvirke ulikhet i dødelighet? Er en Gini-ulikhet i markedsinntekter mellom OECD- landene og Norge på 0,03 (0,41 -0,38) en forskjell som gir – eller burde gi – målbart utslag på ulikhet i helse? Er helseeffekten mindre om Gini-koeffisienten går fra 0,10 til 0,15, enn om den går fra 0,50 til 0,55 (Elstad og Dahl 2012)? Hypoteser om sammenhengen mellom posisjon i inntektsstrukturen og helse er ikke presise nok til å forutsi hvor store endringer som skal til i en sosial determinant før det gir en målbar effekt på et bestemt helsemål, eller om effekten varierer etter hvor på ulikhetskalaen vi er. Nå skal det sies at få, om noen, samfunnsvitenskapelige teorier og hypoteser har et høyt presisjonsnivå. Et annet problem er tidsforskyvningen mellom endring i en sosial determinant og effekten på helse. Det vil for eksempel ta en viss tid før endringer i ulikhet i inntekt, eller i røykevaner, manifesterer seg i endring i ulikhet i helsestatus. Disse problemene gjør at alle tolkninger av sammenhenger mellom trender i den sosiale fordelingen av helsens determinanter og trender i ulikhet i helse forblir usikre.

Vår tolkning er konsistent med den empiriske og teoretiske kunnskapen vi i øyeblikket har. Forklaringene på det norske tilfellet er å finne i en kombinasjon av nivå på og endring i materielle og immaterielle ressurser, og helseatferd, dvs. røykevaner. Det er en rekke sosiale mekanismer - som samvirker over folks livsløp - som kan forklare sosial ulikhet i helse. At sosial ulikhet i helse fortsatt eksisterer i Norge er dermed ingen utfordring, og heller ikke så gåtefullt, for perspektivet om helsens sosiale determinanter.

Følgene for politikken er at den må rette seg mot alle disse determinantene ut fra prinsippet om at «mange bekker små gjør en stor å» - at det er mange ulike og samvirkende krefter som må påvirkes samtidig slik vi har vært inne på tidligere. La oss drøfte politikkenes rolle litt nærmere.

15.4 Behovet og betingelser for en tverrsektoriell politikk

Som vi pekte på i kapittel 4 er forklaringene på sosial ulikhet i helse multifaktorielle. Påkjenninger og risikofaktorer hopper seg opp i tid og rom og kan forsterke hverandre. Derfor bør også løsningene være sammensatte og rette seg mot flere determinanter på ulike nivåer, for eksempel både sysselsetting og utdanning, helseatferd og helsetjenestene. At det synes å være evidens for verdien og effekten av pakkeløsninger underbygger ideen om at komplekse problemer krever sammensatte løsninger (White m.fl. 2009).

Moderne folkehelsepolitikk og en politikk for å redusere sosial ulikhet i helse er, når den retter seg mot de sosiale determinantene, i sin natur tverrfaglig og sektorovergripende. Dette reflekteres i våre determinantkapitler og i vår behandling av den politikk som har blitt ført for å redusere sosial ulikhet generelt, og sosial ulikhet i helse spesielt. Et SDH-perspektiv, og en politikk som bygger på det perspektivet, fordrer tverrsektorielt samarbeid og koordinering på alle nivåer. Ikke minst betoner den nye folkehelseoven behovet for sektorovergripende innsats på kommunenivå. Dette er selvsagt lettere sagt enn gjort så lenge moderne samfunn er så profesjonalisert, spesialisert og sektoroppdelt som de i utgangspunktet er.

Arbeidet med å utvikle den norske politikken for å redusere ulikhet i helse, og oppfølgingen av den gjennom rapporteringssystemet, later til å ha lyktes ganske godt med tverrsektorielt samarbeid. Hva har vært forutsetningene for dette?

Som vi drøftet i kapittel 14, er fire betingelser antakelig viktige: at den politiske viljen er til stede; at det eksisterer en infrastruktur, og at en har et felles prosjekt for å aktivere denne infrastrukturen; determinant-tilnærmingen, snarere enn arena-tilnærmingen, letter muligheten for å skape en felles forståelse for problemet; og muligheten til å identifisere felles mål på tvers av sektorer, for eksempel vil både utdanningssektoren og helsesektoren ha større likhet i skolen som mål. På kommunalt nivå tyder mye på at integrering av folkehelsehensyn, herunder ulikhet i helse, i det kommunale planarbeidet er i støpeskjeen (Hofstad 2011). Hofstads studie av norske kommuner konkluderte med at integreringen av folkehelse i kommunalplanleggingen er et nytt mål som trenger tid for å finne sin form, og det er flere barrierer som må overvinnes, herunder ulike normer, verdensanskuelser og mål for virksomhetene.

15.5 Har vi råd?

Som vi påpekte blant annet i kapittel 1 er ulikhet i helse også et økonomisk problem – for individet og for samfunnet. Å redusere sosial ulikhet i helse krever ressurser, men det kan også spare og frigjøre ressurser på individ- og samfunnsnivå. Det ligger ikke i vårt mandat å foreta samfunnsøkonomiske kostnads/nytteanalyser. Slike analyser er imidlertid foretatt av andre. Vi skal gjøre rede for resultatene av noen slike beregninger her.

«It is better to be healthy than ill or dead. That is the beginning and the end of the only real argument for preventive medicine. It is sufficient» (Rose 2008:39). Med andre ord: å fremme liv og helse trenger ingen begrunnelse ut over seg selv, men selvsagt ikke for enhver pris. Det er imidlertid god evidens for at forebygging av helseproblemer lønner seg. Et eksempel er en australsk kostnadseffektivitets analyse som baserte seg på internasjonal litteratur om effekter av tiltak. Denne beregnet kostnader per uførhetsjusterte leveår (Disability Adjusted Life Years, eller DALY) for en rekke helseintervensjoner. Analysen konkluderte blant annet at forebyggende strukturelle tiltak, som skattlegging av bruk av tobakk, alkohol, usunn mat, samt saltbegrensninger i ferdigmat, ville forebygge mange DALYs og være kostnadseffektive (Vos m.fl. 2010:3). Slike beregninger bygger på mange usikre forutsetninger og tjener kun som illustrasjoner på hva en kan oppnå med nærmere bestemte forebyggende strategier.

Malmøkommisjonen har fått utført noen helseøkonomiske beregninger av hva *sosial ulikhet i helse* koster samfunnet, og av kostnaden og nytten av utvalgte tiltak for å redusere ulikhet i helse (Gerdtham m.fl. 2012). Beregningene viser blant annet følgende: De totale kostnader knyttet til forekomst av sykkelighet i Malmø i 2011 for den voksne befolkningen er beregnet til 15 milliarder svenske kroner. Av dette er 4.9 milliarder direkte kostnader, dvs. kostnader relatert til behandlingsressurser og tiltak, og 10.1 milliarder indirekte kostnader, dvs. tapt arbeidstid på grunn av sykefravær og for tidlig død (Gerdtham m.fl. 2012:8, 15). De direkte kostnadene per person med lav utdanning (9-årig skole) er anslått til om lag 48 000 kroner. De direkte kostnadene per person med høy utdanning er anslagsvis 14 000 kroner. Forskjellen i kostnader per person er altså 34 000 kroner. Den tilsvarende forskjellen mellom disse to utdanningsgruppene i indirekte kostnader er enda høyere, om lag 71 000 kroner.

Disse, riktignok usikre, regnestykkene antyder at det er mye penger å spare på å bringe helsetilstanden og kostnadene relatert til dårlig helse blant dem lav utdanning opp på nivå med de høyt utdannede. Hvor mye vil avhenge av hvor mange det er i hver utdanningsgruppe, og kostnadene knyttet til helseforbedringen. Hvilke tiltak som er kostnadseffektive varierer, naturlig nok, etter hvilke typer tiltak det er snakk om. Gerdtham m.fl. (2012) går gjennom tre eksempler på tiltak. Deres nyttekostnadskalkyler viser at to av disse er kostnadseffektive: oppfølging av 16-19-åringene, og daglig idrett i skolen. Tilsvarende beregninger viser at den totale økonomiske effekten av å redusere størrelsen på barnegrupper i barnehagen er begrenset. Slike helseøkonomiske beregninger hviler på en rekke antakelser og forutsetninger, og resultatene er sensitive for endringer i disse.

En analyse av kostnadene knyttet til sosial ulikhet i helse i Europa anslo at sosial ulikhet i helse førte til mer enn 700 000 dødsfall per år, og forekomst av 33 millioner tilfeller av dårlig helse. Disse helsetapene la beslag på 20 prosent av de totale utgiftene til helsetjenester og 15 prosent av de totale utgiftene til sosialforsikringsstønader. Ulikhet i helse var relatert til tap av arbeidsproduktiviteten i størrelsesordenen 1,4 prosent av brutto nasjonalprodukt (Mackenbach m.fl. 2011). Igjen bygger slike beregninger på mange forutsetninger som gjør at de er beheftet med betydelig usikkerhet.

Det er vanskelig å svare på spørsmålet om vi har råd, men det synes uomtvistelig at eksistensen av sosial ulikhet i helse er en byrde for individene og medfører høye kostnader for samfunnet. Det er sannsynlig at reduksjon av sosial ulikhet i helse, nedsatt arbeidsevne og for tidlig død vil redusere disse kostnadene.

15.6 Hvilke sosiale determinanter bør prioriteres?

Vi har gått gjennom en lang rekke sosiale determinanter som forskningen peker på er viktige for å forstå ulikhet i helse. Om noen av determinantene er det tverrfaglig enighet, men ikke om alle. Mange mener at plassering i inntektsstrukturen, og spesielt fattigdom, er en sentral determinant for helse. Andre, ofte helseøkonomer, er skeptiske til om posisjon i inntektsstrukturen i seg selv har en kausal effekt på helse og for tidlig død, kanskje spesielt blant eldre mennesker. Imidlertid er det få som bestrider utdanningens betydning for helse og livsløp. Det foreligger etter hvert mye forskning med basis i en rekke ulike vitenskapelige disipliner som understreker den avgjørende betydning de aller tidligste leveårene har for helse, og levekår på kort og ikke minst på lengre sikt, det vil si inn i voksenlivet (se kapittel 6 og 7). Forskning viser også at investeringer i tidlige barneår er mer effektive enn investeringer som kommer senere i livet. Perspektivet om sosiale investeringer understreker styrken ved sosialpolitiske strategier som fokuserer på barn og barnefamilier, og som tar sikte på å gi kvinner muligheter til å kombinere arbeid og familie. I Norge er det også bred politisk enighet om å prioritere barn og barnefamilier, selv om det er uenighet om hva som er en god politikk og om hvilke virkemidler en skal satse på. Gode oppvekstvilkår og en politikk som gir like muligheter og gode mulighetsbetingelser for alle barn bør ha svært høy prioritet i en strategi for å redusere sosial ulikhet i helse, ikke minst på lengre sikt.

15.7 Verdikonflikter i folkehelsearbeidet

I kapittel 2 drøftet vi ulike typer av tiltak i folkehelsearbeid, og tok for oss litteratur som har studert hvilken type tiltak og hva slags politiske strategier som kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Vi pekte videre på at en effektiv folkehelsepolitikk reiser flere dilemmaer og verdikonflikter, blant annet mellom valgfrihet og tiltak som kan være effektive til å redusere sosiale helseforskjeller. Forskningsbasert evidens tilsier at tiltak som retter seg mot oppstrømsfaktorer (for eksempel utdanning) og som er strukturelle (for eksempel lovgivning) har størst potensial til å redusere sosial ulikhet i helse. Men tiltak som er effektive er ikke nødvendigvis legitime, eller populære. Paternalisme og rettferdig fordeling kan stå i motsetning til individuell frihet. Slike verdikonflikter lar seg ikke uten videre løse, men må avveies og balanseres. Siden mandatet for denne utredningen er å analysere ulikhet i helse og å foreslå tiltak for å redusere ulikhet i helse, er det naturlig at hensynet til reduksjon i ulikhet i helse vil veie tungt når slike verdivurderinger foretas. Det endelige valget mellom motstridende hensyn og verdier, for eksempel mellom paternalisme og frihet, er det de folkevalgte som må treffe.

15.8 Overordnede retningslinjer for en politikk for å redusere ulikhet i helse

I hvert determinantkapittel har vi levert våre anbefalinger. Anbefalingene angir i hovedsak en retning for politikken, heller enn en konkret anvisning av hvilke spesifikke tiltak som bør settes i verk. Disse anbefalingene følger noen retningslinjer som har utkrystallisert seg på bakgrunn av vår lesing av litteraturen. Denne litteraturen er nærmere drøftet i kapittel 2 og 3. I dette avsnittet vil vi sammenfatte disse rettesnorene.

En politikk som omfatter 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. Et eksempel kan illustrere det: 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 betydelig utjevningseffekt er imidlertid at innsatsen doseres etter behov og etter problemets størrelse og karakter. Spesielle målrettede tiltak myntet på vanskeligstilte grupper vil komme i tillegg til tilbud som er for alle.

Tidlig innsats

En mye brukt metafor handler om hvor i årsakskjeden mellom sosial ulikhet og helse en kan gripe inn. Hvis årsakskjeden betraktes som en elv, vil noen faktorer være høyt opp i strømmen. 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 intervensjoner som retter seg mot faktorer lengre ned i strømmen, 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 lengst nede i strømmen. 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 tiltak som retter seg mot ulikhetsstrukturen 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 de ønsker, oppfatninger og muligheter vi har. Det er gjerne oppfatningene en forsøker å endre i klassiske kunnskaps- og holdningskampanjer. Slike kampanjer har gjerne 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 og omsette den til handling.

Men valgene vi tar påvirkes også av hva som er *mulig* og hvor store ressurser vi trenger å mobilisere for å oppnå det vi ønsker. Ved å påvirke disse handlingsbetingelsene – for eksempel ved å regulere hva som er lov og ikke lov, hva som er lett eller vanskelig, dyrt eller billig – kan myndigheten legge til rette for at folk kan treffe handlingsvalg som er gunstige for å redusere helseulikhetene.

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. Det krever samarbeid mellom ulike sektorer og at innsatsen fra de ulike sektorer koordineres.

Tiltakspakker

Vi har allerede sagt at tiltak høyt oppe i strømmen i elva er fornuftig; 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 eller arbeidsmiljøforbedringer kan spille sammen med prisregulering av tobakk på sannsynligheten for å slutte å røyke blant folk med lav utdanning.

En kunnskapsbasert politikk

På en del områder er kunnskapen usikker eller mangelfull. Særlig vet vi lite om hvordan ulike reformer og tiltak har påvirket fordelingen av helsedeterminantene og dermed 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 forskningsbaserte evalueringer som er egnet til å vurdere hvilken effekt de har hatt på ulike sosiale grupper.

15.9 Velferdsstaten og politikken muligheter

Den norske strategien for å redusere sosial ulikhet i helse ble presentert og drøftet i kapittel 14. Her drøftet vi en del av elementene i strategien og la frem noen forslag til forbedringer av strategien. I dette avsnittet vil gå nærmere inn på noen av de mer overordnede sidene ved norsk politikk, og drøfte noen mulige svakheter.

En analyse av ulikhet i helse i Europaregionen at de europeiske land som har gjort lite, bør gjøre noe; de land som har gjort noe, bør gjøre mer; og de land som har gjort mye, bør bruke ressursene bedre. Kunnskapsgrunnlaget for dette rådet er blant annet at grensenytten av sosiale overføringer for ulikhet i helse er avtakende. Dette er et signal om at det er begrenset effekt av å bare bruke mer penger og at de bør brukes på en annenledes og

smartere måte enn i dag (Lundberg m.fl. 2012). Norge er definitivt et av de land som bruker mye ressurser på velferd, og som derfor bør vurdere å gjøre ting bedre. I dette avsluttende avsnittet legger vi fram noen tanker om hva som kan gjøres annerledes og bedre.

Som Giæver (2013) peker på, har Helseforskjellsstrategien vært en integrert del av en større og mer overordnet politisk strategi for å bekjempe sosial ulikhet, fattigdom og sosial eksklusjon. Vi har diskutert en del av disse momentene foran i rapporten, blant annet i kapittel 2, så her vil vi løfte frem de viktigste poengene. Disse henger selvsagt sammen, men vi skal diskutere dem hver for seg under følgende overskrifter: universalisme, sosiale investeringer og arbeidslinja.

Mot en differensiell universalisme?

Den norske strategien for å utjevne sosiale helseforskjeller foregir å bygge på den nordiske tradisjonen med generelle velferdsordninger, altså universalisme (St. meld. nr. 20 (2006-2007)). Det empiriske kjennetegnet på sosial ulikhet i helse er at den sosiale gradienten skjærer tvers gjennom hele befolkningen. Dersom målet er en utflating av gradienten er det en strategi som omfatter hele befolkningen, en universell strategi eller en befolkningsrettet strategi, som vil være mest effektiv både for å flate ut gradientene og for å bedre folkehelsen i stort (se kapittel 2). Dette innebærer selvsagt ikke at ikke en målrettet og skreddersydd sosial- og helsepolitikk for de vanskeligstilte har sin rettmessige og viktige plass i en helhetlig strategi for å redusere sosial ulikhet i helse.

Vi ønsker imidlertid å reflektere litt over hvordan og i hvilken grad «universalisme» kan føre til en utjevning av helsens sosiale determinanter, og dermed helse. Det kan for eksempel argumenteres for at et universelt system vil heve helsetilstanden til alle sosiale grupper like mye, men i liten grad vil bidra til å utjevne helsen mellom sosiale grupper. Som vi har diskutert i kapittel 2, har universalismebegrepet tre dimensjoner: dekningsgraden, hvem som er berettiget til velferdsgodet, og hvor mye av godet en er berettiget til (Øverbye 2012). Hvis vi forutsetter at alle, både rik og fattig, er dekket, og at alle er berettiget når vilkårene er oppfylt, så er spørsmålet hvor mye av et gode de rike og fattige er berettiget til. Som nevnt skiller Anttonen m.fl. (2012) mellom tre utmålingskriterier: like mye, etter behov og etter fortjeneste. Den nordiske universalismen legger vekt på likhet i resultat og sosial integrasjon (Anttonen og Sipilä 2012:23-24). Dette innebærer at dårligere stilte bør få mer enn bedre stilte, altså at de dårligere stilte blir kompensert for sin ressursknapphet. Analyser viser at den norske velferdsstaten sørger for en temmelig omfattende omfordeling fra rik til fattig, i hvert fall innenfor en tidshorisont på ett år, gjennom kontantoverføringer (Pedersen 2013) og tjenester, om enn i mindre grad (Aaberge m.fl. 2010). Ved at personer og hushold nederst i fordelingen mottar mest, fordi det er her behovene for velferdsressurser er størst, foregår det i praksis en målretting, eller rettere sagt en mer fingradert differensiering innenfor universalismen. Slik differensiell universalisme har et klart potensial for sosial utjevning, og dermed også for helseutjevning.

Nå kan man alltid spørre om profilen er kompensatorisk nok, og om ikke velferdsstaten burde omfordele enda mer for å få større utjevningseffekt på helse. Omfattende velferdsstater av nordisk type er avhengig av middelklassens legitimitet og støtte. Opinionsundersøkelser viser at støtten til den norske velferdsmodellen er høy i alle samfunnslag, også i middelklassen (Bay 2005). En meningsmåling fra 2013 finner utbredt oppslutning om den norske modellens hovedprinsipper, men også et ønske om reform og endring (Fløtten og Hippe 2013). At også middelklassen markerer sin støtte til den norske velferdsmodellen tolkes gjerne som et uttrykk for at det er i middelklassens interesse å beholde den, altså at personer fra middelklassen opplever at det er en sammenheng mellom innsats og belønning som oppfattes som rettferdig (Bergh 2008, Korpi og Palme 1998). Det er, med andre ord, antakelig grenser for hvor omfordelende en velferdsstat kan være dersom den vil bevare støtten fra middelklassen (for en klassisk behandling av dette spørsmålet, se Goodin og LeGrand 1987). Dette argumentet bygger på en forutsetning om at den universelle velferdsstaten støttes av middelklassen utelukkende av egoistiske motiver, og at de vil trekke den tilbake dersom de selv og deres familier ikke lenger tjener på den. Dette resonnementet er ikke helt overbevisende, blant annet fordi det ikke er opplagt at en egoistisk middelklasse vil foretrekke et omfordelende system som omfatter både rik og fattig (bare fordi også de får noe igjen) fremfor et like omfordelende system som bare omfatter de fattige (Øverbye 2013:43). Det er dessuten ikke urimelig å anta at mange, også i middelklassen, har et ønske om å bidra til et samfunn med liten grad av ulikhet og fattigdom, om ikke annet for å dempe risikoen for sosial konflikt som ungdomsopptøyer og kriminalitet (Øverbye 2013). Men selv om vi antar at middelklassen drives av egoistiske motiver, tjener et system kjennetegnet av differensiell universalisme også middelklassens interesser. Som vi var inne på i kapittel 2 er det gode argumenter for å unngå behovsprøving av kontantytelser og for å bevare et trykkesystem som bygger på fortjeneste og opptjening av rettigheter. En slik differensiert tilnærming er derfor best egnet når det gjelder fordeling av tjenester.

Analysene som viser omfordelingspotensialet til den norske velferdsstaten er imidlertid gjort på et overordnet institusjonelt nivå. Innenfor viktige enkeltordninger kan det selvsagt være annerledes. En lærdom som trekkes av den komparative forskningen på sosial ulikhet i helse er verdien av å studere fordelingsvirkningene av spesifikke programmer og intervensjoner (Bergqvist m.fl. 2013). Eksempler på reformer og ordninger som i liten grad virker sosialt utjevne i Norge er kunnskapsløftet og leksehjelp. Som vi har vært inne på foran, kan det være flere forklaringer på dette.

Her vil vi løfte fram spørsmålet om hvordan goder og ressurser faktisk utmåles innenfor universelle enkeltordninger, og ikke minst det normative spørsmålet om hvordan godene bør utmåles dersom vi ønsker å utjevne helsens sosiale determinanter og dermed helse. Det er minst to grunner til at dagens ordninger ikke virker utjevne: de blir ikke brukt av individer og familier med færre ressurser, og/eller utmålingen av tjenesten reflekterer ikke behovsforskjeller og unnlater dermed å kompensere for ulemper, problemer og ressursmangel. utfordringen for å nå målet om utjevning av helse er å nå alle sosiale lag med

en universell ordning, for deretter å differensiere innsatsen etter ulike sosiale gruppers behov og problemstilstand. Det er behov for en diskusjon om hvordan en slik differensiering innenfor universalismen kan utformes i praksis for å treffe alle sosiale lag på en slik måte at gradienten flates ut.

En politikk for sosiale investeringer

En sosialpolitikk som bygger på ideen om *sosiale investeringer* har potensial til å fremme økonomisk vekst og sosial utvikling på samme tid (se kapittel 2). En slik politikk hviler på prinsippene om å skape like muligheter og å forebygge snarere enn å reparere problemer. Konkret innebærer dette sosialpolitiske paradigmet å investere i tjenester som støtter opp under deltakelse i arbeidsmarkedet, så som utdanning og omsorg tidlig i livet, livslang læring, aktiv arbeidsmarkedspolitikk, og politikk for å forene arbeid og familie. Tenkning som springer ut av dette perspektivet ligger til grunn for politiske anbefalinger blant annet fra UNDP og EU.

Kritiske røster hevder imidlertid at en sosial investeringspolitikk, slik den i dag føres, har sine svakheter. Cantillon (2011) peker på at europeiske land har sviktet i sine bestrebelser for å redusere fattigdommen. Antall hushold uten arbeid er nesten uforandret, og fattigdommen blant dem utenfor arbeidsmarkedet har økt. Hun argumenterer for at det i hvert fall delvis skyldes svakheter ved den sosiale investeringsstrategien som er fulgt. Blant annet er nye former for yrkesrelaterte sosiale utgifter økt, mens generøsiteten i programmer for tradisjonell inntektssikring er redusert. Andre peker på at den investeringsorienterte familiepolitikken i europeiske land, for eksempel barnehager og foreldrepermisjoner, har en tendens til å favorisere familier som i utgangspunktet er bedre stilt, ikke minst familier med to yrkesaktive og to inntekter (Ghysels and Van Lancker 2011, se også Van Lancker 2013).

Norge og de andre nordiske landene, som er kommet langt i å implementere en slik politikk, går heller ikke klar av kritikken (Morel m.fl. 2012b:12). Morel m.fl. (2012c:359) hevder at tilgjengeligheten til og kvaliteten på de sosiale programmene ikke er god nok, og ikke alle nordiske land har fortsatt å sikre en like høy grad av økonomisk likhet som før. Ikke sjelden har de sosiale investeringene, ofte i form av tjenester, gått til grupper som er godt stilt i utgangspunktet, for eksempel yrkesaktive familier med to inntekter. Med andre ord, selv om de nordiske landene er best i klassen når det gjelder å investere i menneskelig og sosial kapital, er det klart rom for forbedringer (Morel m.fl. 2012c:365-366).

Som nevnt i kapittel 2 peker Vandenbroucke og Vleminckx (2011:462) på at noen betingelser må være oppfylt for at en sosial investeringsstrategi skal bidra til sosial utjevning. Blant disse er at: 1) Den må balansere sosiale investeringer og inntektssikring; 2) Investeringsfunksjonen bør i seg selv være egalitær. For eksempel må barneomsorg og utdanning i seg selv ha en utjevningseffekt; 3) For å skape gode sirkler må politikken være ambisiøs og konsistent. Et eksempel: hvis mødre med kort utdanning ikke får jobb, vil de ikke bruke barnehager. Dette poenget er også relevant for kontantstøtte og for sektorovergrepene politikk i Norge; 4) Noen tjenester kan tenkes å generere Matteus-effekter, det vil si at de som har mye i

utgangspunktet vil få enda mer. Derfor bør alle investeringsordninger utsettes for en «Matteus-test». Dersom målet er å redusere sosial ulikhet i helse, kan det være verdt å tenke gjennom hvor viktige disse betingelsene er, og hvorvidt de er oppfylt her til lands.

Arbeidslinja

Helseforskjellsstrategien bygger på *arbeidslinja*, dvs. at alle skal ha arbeid som sitt førstevalg. Med henvisning til arbeidslinja har politikerne skjerpet tildelingskriteriene i flere velferdsordninger. Dette har skjedd ved å innføre eller forsterke vilkårene for å motta en ytelse og ved å stille strengere krav om aktivering. Den brede personkretsen – universalismen og generøse stønadsnivåer – er stort sett beholdt (Øverbye og Stjernø 2012:23). Som nevnt er det noen unntak: sosialhjelpssatsene og barnetrygden er ikke oppjustert i takt med veksten i levestandarden.

Denne utformingen av arbeidslinja kan betraktes som et forsøk på å balansere ønsket om likhet og frihet fra fattigdom med ønsket om at ytelsene skal gi insentiver til arbeid. En kan diskutere om balansen mellom disse hensynene er riktig. Om en vurderer arbeidslinjepolitikken i lys av høy sysselsetting, lite fattigdom og lav ulikhet, må en kunne si at den har vært vellykket. Hvis en fokuserer på mer utsatte grupper som småbarnsfamilier, enslige forsørgere og sosialhjelpsmottakere og andre overlappende utsatte grupper, blir vurderingen mindre positiv. Et trekk ved utviklingen er at arbeidslinja nå omfatter flere grupper enn før, herunder personer med funksjonshemming, yrkeshemming og langtids sosialhjelpsmottakere. Flere regjeringer har fremhevet at Kvalifiseringsprogrammet er det viktigste instrumentet for å hjelpe sosialhjelpsmottakere ut av fattigdom og inn i arbeid (se kapittel 13). Mye tyder på at vi her står ved arbeidslinjas yttergrense:

Kvalifiseringsprogrammet er ikke i stand til å gi mange deltakere noen stabil arbeidstilknytning (se kapittel 13). Det er antakelig to hovedgrunner til det. Deltakerne mangler grunnleggende forutsetninger for å delta i yrkeslivet, og arbeidsgivere er skeptiske til å ansette personer med så svake arbeidsmarkedskvalifikasjoner som mange deltakere har. Arbeidslinja, slik den i dag føres, kan være et nødvendig, men ikke tilstrekkelig middel for å få til en drastisk reduksjon i fattigdom, sosialhjelpsbruk og sosial eksklusjon. I den grad arbeidslinja etterlater folk i fattigdom og sosial eksklusjon, vil den heller ikke bidra til å redusere ulikhet i helse. Drøyt 60 prosent av mottakere av sosialhjelp og mottakere av kvalifiseringsstønad lever under fattigdomsgrensen.

Arbeidslinja ser ut til å bygge på en – kanskje stilltiende – forutsetning om at alt arbeid er bedre enn intet arbeid. Når det gjelder sosial ulikhet i helse er det neppe tilfellet, jfr. kapittel 8 og 9. I den grad arbeidslinja fører til at arbeidsledige i hovedsak får arbeid som er helseskadelig mentalt eller fysisk, er det ikke grunn til å anta at arbeidslinja vil bidra til å redusere ulikhet i helse.

15.10 Utvikling av SDH-perspektivet

Til slutt vil vi rette en selvkritisk blick mot det faglige perspektivet som ligger til grunn for dette arbeidet, perspektivet om helsens sosiale determinanter. Vi har sagt før at dette perspektivet har mange likhetstrekk med det nordiske levekårsperspektivet, ikke minst betoningen av ressurser, handlingsmuligheter og arenaer for realisering av interesser. Sentralt i disse perspektivene er ideen om at ressurser, eventuelt tilveiebrakt av velferdsstaten, gir folk kontroll over livet, og setter folk i stand til å handle for å nå sine mål. Ingen av disse tankemodellene har imidlertid mye å si om valgbasert livsførsel («agency»), dvs. hva som motiverer aktørene, hvilke mål, ønsker, aspirasjoner og livsanskuelser de har. Hverken SDH-perspektivet, eller den nordiske levekårsmodellen har noe velutviklet begrepsapparat for å håndtere slike spørsmål. Det vil forbedre vår teoretiske forståelse av sosial ulikhet i helse om SDH-perspektivet tar opp i seg og utvikler innsikt i hvordan mennesker med ulik sosioøkonomisk status anvender sine ressurser, og ikke bare fokuserer på hvordan ressurser fordeles og omfordeles.

En dypere forståelse av valgbasert livsførsel vil bidra til å forklare hvorfor ulike sosiale grupper utvikler forskjellige livsstiler. Her tenker vi på livsstil i bred forstand, og ikke bare som sunne, eller usunne helsevaner. Flere har løftet fram at Bourdieus begrep om habitus – tankestrukturer en er sosialisert inn i og som består av disposisjoner, smak og forventninger mv. - er et bidrag til å forstå klassemessige og sosiale forskjeller i livsførsel og dermed i helsevaner. Problemer knyttet til agency blir særlig påtrengende hvis sosial ulikhet i helse i økende grad blir et spørsmål om helsevaner, helseatferd og helserelatert livsstil.

For å få bedre innsikt i hvordan helserelaterte livsstiler kan endres i en gunstig retning foreslår Abel og Frolich (2012) å trekke veksler på Sens begrep om capabilities, som også talsmenn for SDH-perspektivet har påkalt. Capabilities, eller det vi har kalt mulighetsbetingelser, betegner de evner og muligheter og den frihet folk har til å leve det livet de selv verdsetter. Abel og Frolich (2012:241) anbefaler å ta utgangspunkt i dette begrepet for å utforme en folkehelsepolitikk som kan fremme bedre helse i lavere sosiale lag ved å tilføre ressurser av forskjellige slag, utjevne sjansen og evnen til å kombinere ressurser og omdanne disse til helse, og samtidig utvide valgmulighetene for å leve et sunt liv, dvs. mulighetene til å påvirke helsens sosiale determinanter.

Referanser

- Aaberge, R., Bhuller, M., Langørgen, A. & Mogstad, M. (2010). The distributional impact of public services when needs differ. *Journal of Public Economics*, 94(9-10): 549-562.
- Aaberge, R., Atkinson, T. & Modalsli, J. (2013). Er rike mennesker alltid rike? *Økonomiske analyser* 32, årgang 4: 15-21.
- Aaboen Sletten, M., Bakken, A. & Haakestad, H. (2011). Ny start med Ny GIV? Kartlegging av intensivopplæringen i regi av Ny GIV-prosjektet skoleåret 2010/11. *NOVA-rapport nr. 23/11*. Oslo: NOVA.
- Aagestad C. (2012). Arbeidsmiljøet i Norge og EU – en sammenligning. STAMI-rapport 2012 nr. 7.
- Aalen, O., Røysland, K., Gran, J.M. & Ledergerber, B. (2012). Causality, mediation and time: a dynamic view. *Journal of Royal Statistical Society* 175, part 4: 831-861.
- Aas, E. (2004). Hvem er det som møter frem til screening? *Økonomisk Forum* 58: 34-44.
- Aasen, P. (2010). Individet og fellesskapet. *Bedre skole* 3: 74-77.
- ABC Nyheter (2012). Skatteprosjenter på lønnsinntekt. *Elektronisk publisering*, <http://www.abcnyheter.no/skatt/faktainnhold/090128/skatteprosjenter-pa-lonnsinntekt> (sist lastet ned 03.03.14).
- Abebe, D.S. (2010). Public health challenges of immigrants in Norway: A research review. *NAKMI report 2/2010*. Oslo: NAKMI.
- Abel, T. & Frolich, K.L. (2012). Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science and Medicine* 74: 236-244.
- Adler, N. m.fl. (2008). Reaching for a healthier life. Facts on social status and health in the U.S. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health. *Elektronisk publisering*, http://www.macses.ucsf.edu/downloads/reaching_for_a_healthier_life.pdf (sist lastet ned 29.01.14).
- Agerbo, E., Nordentoft, M. & Mortensen, P.B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *British Medical Journal BMJ* 325 (7355):74: 13.06.02. [bmj.com](http://www.bmj.com). PMID: PMC117126
- Ahnquist J., Wamala, S.P. & Lindstrom, M. (2012). Social determinants of health - a question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Social Science and Medicine* 74(6): 930-939.
- Aittomäki, A., Lahelma, E., Rahkonen, O., Leino-Arjas, P., Martikainen, P. (2007). The contribution of musculoskeletal disorders and physical workload to socioeconomic inequalities in health. *European Journal of Public Health* 17(2): 145-150.
- Aittomäki, A. (2008). Social-class inequalities in ill health - the contribution of physical workload: Publication of the Department of Public Health M 195:2008. Helsinki, University of Helsinki. *Elektronisk publisering*, <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20322/socialcl.pdf?sequence=1>.
- Almgren, G. Magarati, M. & Mogford, L. (2009). Examining the influences of gender, race, ethnicity, and social capital on the subjective health of adolescents. *Journal of Adolescence* 32: 109-133.
- Alver, K., Hesselberg, Ø. & Lysol, H. (2009). Sosioøkonomiske forskjeller i ulykkesskader. En oppsummering av nordisk litteratur. *Rapport 2009:9*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Andersen, L.F., Lillegaard, I.T.L., Overby, N., Lytle, L., Klepp, K.I., & Johansson, L. (2005). Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: Changes from 1993 to 2000. *Scandinavian Journal of Public Health* 33(2): 99-106.
- Anderson, K.H., J.E. Foster & Frisvold, D.E. (2010). Investing in Health: The Long-Term Impact on Head Start on Smoking. *Economic Inquiry* 48(3): 587-602.

- Anderssen S.A., Hansen, B.H., Kolle, E., Lohne Seiler, H., Edvardsen, E., & Holme, I. (2010). *Fysisk form blant voksne og eldre i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2009-2010*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Andreyeva, T., Long, M.W. & Brownell, K.D. (2010). The Impact of Food Prices on Consumption: A Systematic Review of Research on the Price Elasticity of Demand for Food. *American Journal of Public Health* 100(2): 216-222.
- Anttonen, A., Häikiö, L. & Stefánsson, K. (red.). (2012). *Welfare state, universalism and diversity*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Anttonen, A. & Sipilä, J. (2012). Universalism in the British and Scandinavian social policy debates. I Anttonen, A., Häikiö, L. & Stefánsson, K. (red.), *Welfare state, universalism and diversity*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Anvik, C.H. & Gustavsen, A. (2012). Ikke slipp meg! Unge, psykiske helseproblemer, utdanning og arbeid. *NF-rapport 13/2012*. Bodø: Nordlandsforskning.
- Arbeidstilsynet (2014). Arbeidstilsynet. Kontroll og veiledning om arbeidsmiljø. *Elektronisk publisering*, www.arbeidstilsynet.no (lastet ned 30.01.14).
- Arbeids- og administrasjonsdepartementet (2001). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv*. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet.
- Arbeidsdepartementet (2010). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 1. mars 2010–31. desember 2013 (IA-avtalen)*. Oslo: Arbeidsdepartementet.
- Arnesen K.E., Erikssen, J. & Stavem, K. (2002). Gender and socioeconomic status as determinants of waiting time for inpatient surgery in a system with implicit queue management. *Health Policy* 62: 329-341.
- Arntzen, A. (2013). Sosial ulikhet i spedbarns og barns helse. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, www.hioa.no/helseulikhet.
- Arntzen, A., Samuelsen, S.O., Magnus, P., & Bakketeig, L.S. (1994). Birth weight related to social indicators in Norway. *European Journal of Public Health* 4(2): 92-97.
- Arntzen, A., Samuelsen, S.O., Bakketeig, L.S. & Stoltenberg, C. (2004). Socioeconomic status and risk of infant death. A population-based study of trends in Norway, 1967-1998. *International Journal of Epidemiology* 33: 279-88.
- Arntzen, A. & Wahl Sandvol, B. (2010). Hvordan veilede om røykeslutt? *Sykepleien Forskning* 5(3): 182-190.
- Babor, T. F. m.fl. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. 2. utgave. Oxford: Oxford University Press.
- Backe-Hansen, E., Bakken, A. & Huang, L. (2013). Evaluering av leksehjelptilbudet 1.–4. trinn Sluttrapport. *NOVA-rapport 6/2013*. Oslo: NOVA.
- Bakken, A. (2010). Prestasjonsforskjeller i Kunnskapsløftets første år - kjønn, minoritetsstatus og foreldres utdanning. *NOVA rapport 9/2010*. Oslo: NOVA.
- Bakken, A. & Danielsen, K. (2011). Gode skoler - gode for alle? En casestudie av prestasjonsforskjeller på seks ungdomsskoler. *NOVA rapport 10/11*. Oslo: NOVA.
- Bakken, A. & Elstad, J.I. (2012). *For store forventninger? Kunnskapsløftet og ulikhetene i grunnskolekarakterer*. *NOVA Rapport 7/12*. Oslo: NOVA.
- Bakken F. & Myklebø, S. (2010). Kontantstøttens utbredelse og foreldres preferanser for barnetilsyn - en studie av årskullene 1998-2008 og deres foreldre. *NAV-rapport 1/2010*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Bambra, C. (2011). *Work, worklessness, and the political economy of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Bambra, C. (2012). Social inequalities in health: the Nordic welfare state in comparative context. I Kvist, J., Fritzell, J., Hvinden, B. & Kangas, O. (red.), *Changing social equality. The Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol: The Policy Press.
- Bambra, C., Gibson M., Sowden A., Wright, K., Whitehead, M. & Petticrew, M. (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64(4): 284-291.

- Barker, D.J.P. (1994). *Mothers, babies, and disease in later life*. London: BMJ.
- Barker, D.J.P. m.fl. (2002). Growth and living conditions in childhood and hypertension in adult life: a longitudinal study. *Journal of Hypertension* 20: 1951-1956.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2009). Ungdoms fritidsmiljø. Ungdom, demokratisk deltakelse og innflytelse. *Rapport 2009*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2009). *Ungdoms fritidsmiljø. Ungdom, demokratisk deltakelse og innflytelse. Utredning fra ekspertgruppe nedsatt av Barne- og likestillingsdepartementet januar 2008*. Rapport 2009. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Barstad, A. (1989). Legsøking og sosiokulturelle forhold. Teorier, modeller og empiriske analyser. En litteraturstudie. *INAS rapport 89-6*. Oslo: INAS.
- Barth, E. & von Simson, K. (2013). Ulike veier gjennom videregående. *Søkelys på arbeidslivet* 4: 313-333.
- Bartley, M. (2004). *Health inequality: an introduction to theories concepts and methods*. Cambridge: Cambridge Polity Press.
- Bartley, M., Blane, D., & Montgomery, S. (1997). Health and the life course: why safety nets matter. *British Medical Journal* 314(7088): 1194-1196.
- Bartley, M., Schoon, I., Mitchell, R., & Blane, D. (2010). Resilience as an asset for healthy development. In *Health Assets in a Global Context* (pp. 101-115). Springer New York.
- Battin-Pearson, S., Newcomb, M.D., Abbott, R.D., Hill, K.G., Catalano, R.F. & Hawkins, J.D. (2000). Predictors of Early High School Dropout: A Test of Five Theories. *Journal of Educational Psychology* 92(3): 568-582.
- Bay, A.H. (2005). Legitimitet og velgerholdninger I Bay, A.H. m.fl. (red.), *De norske trygdene. Framvekst, forvaltning og fordeling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Beckfield, J., & Krieger, N. (2009). Epi + demos + cracy: Linking Political Systems and Priorities to the Magnitude of Health Inequities-Evidence, Gaps, and a Research Agenda. *Epidemiologic Reviews* 31(1): 152-177.
- Benson, K., & Artz, A. (2000). A Comparison of Observational Studies and Randomized, Controlled Trials. *The New England Journal of Medicine* 342: 1878-86.
- Bere, E., Veierød, M.B., & Klepp, K.I. (2005). The Norwegian School Fruit Programme: evaluating paid vs. no-cost subscriptions. *Preventive Medicine* 41(2): 463-470.
- Bere, E., Veierød, M.B., Skare, Ø. & Klepp, K.-I. (2007). Free school fruit – sustained effect three years later. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 4 (5): s. 1-6.
- Bergh, A. (2008). Explaining the survival of the Swedish welfare state: maintaining political support through incremental change. *Financial Theory and Practice* 32(2): 233-254.
- Bergh, D., Hagquist, C. & Starrin B. (2010). Social relations in school and psychosomatic health among Swedish adolescents—the role of academic orientation. *European Journal of Public Health* 21(6): 699-704.
- Bergsli, H. (2013). Helse og frafall i videregående opplæring. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, www.hioa.no/helseulikhet.
- Bergqvist, K., Yngve, M.Å. & Lundberg, O. (2013). Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities – an analytical review. *BMC Public Health* 13:1234. Doi:10.1186/1471-2458-13-1234.
- Bettinger, E. m.fl. (2013). Home with mom: The effect of stay at home parent on children's long-run educational outcomes. *Discussion papers No. 739*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Biehl, A., Hovengen, R., Grøholt, E.K., Hjelmæsæth, J., Strand, B.H. & Meyer, H.E. (2013). Adiposity among children in Norway by urbanity and maternal education: a nationally representative study. *BMC Public Health* 13: 842. Doi:10.1186/1471-2458-13-842.
- Bjelland, M. N., Lien, I.H., Bergh, M., Grydeland, S.A., Anderssen, K.-I., Klepp, Y., Ommundsen & Andersen, L.F. (2010). Overweight and waist circumference among Norwegian 11-year-olds and associations with reported parental overweight and waist circumference: The HEIA study. *Scandinavian Journal of Public Health* 38: 19-27.

- Bjørkeng, B. (2013). Yrkesfag – lengre vei til målet. *Samfunnsspeilet 1/2013*: 20-24. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Bjørnson, Ø. (1993). *100 år for bedre arbeidsmiljø: 1893-1993: arbeidstilsynet 100 år*. Oslo: Tiden.
- Bjørnstad, A.F. & Solli, M. (2006). Utviklingen i Folketrygdens utgifter til sykepenger. Rapporter 40/2006. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Black, S.E., Devereux, P.J. & Salvanes, K.G. (2012). Losing heart? The effect of job displacement on health, *IZA discussion papers*, No. 7117.
- Blane, D. (1995). Social determinants of health--socioeconomic status, social class, and ethnicity. *American Journal of Public Health* 85(7): 903-905.
- Blane, D. Harding, S. & Rosato, M. (1999). Does social mobility affect the size of the socioeconomic mortality differential? Evidence from the office for national statistics longitudinal study. *Journal of the royal statistical society* 162(1): 59-70.
- Blane, D., Kelly-Irving, M., d'Errico, A., Bartley, M., & Montgomery, S. (2013). Social-biological transitions: how does the social become biological? *Longitudinal and Life Course Studies* 4(2): 136-146.
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London: Routledge.
- Blekesaune, M. (2005). Unge uførepensjonister. Hvem er de, og hvor kommer de fra? *NOVA-rapport 8/05*. Oslo: NOVA.
- Blekesaune, M. & Øverbye, E. (2006). Uførepensjonister i arbeid. I Øverbye og Hammer (red.), *Inkluderende arbeidsliv? Erfaringer og strategier*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blom, S. (2008). Innvanderers helse 2005/2006. *Rapporter 2008/35*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Bloom, H.S. (red.) (2005). *Learning more from social experiments*. London: The Russel Sage Foundation.
- Blöndal, K.S., Jónasson, J.T. & Íslands, H. (2010). Frafall i skolen og tiltak mot frafall på Island: Ulike perspektiver. I Markussen, E. (red.), *Frafall i utdanning for 16-20-åringer i Norden. TemaNord 2010: 517*. Nordisk Ministerråd, København.
- Bogen, H. & Drange, N. (2012). Gratis kjernetid. Dokumentasjon av utvalget og tilbudet til barna året før skolestart. *Rapport 1. november 2012*. Oslo: FAFO.
- Bojer, H. (2009). Om økonomisk likhet. Vedlegg 1 i *NOU 2009:10. Fordelingsutvalget*. Oslo: Finansdepartementet.
- Bond, G.R., Drake, R.E., & Becker, D.R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric rehabilitation journal* 31(4): 280-290.
- Borg, V. & Kristensen, T.S. (2000). Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science & Medicine* 51(7): 1019-30.
- Borgan, J.K. (1997). Utstøting gir lavere dødelighet hos yrkesaktive, *Samfunnsspeilet* 1 1997.
- Borgar Hansen, T. m.fl. (2010). *Forblir i jobb. Evaluering av forsøk med tidsubestemt lønnstilskudd (TULT)*. Oxford Research AS i samarbeid med Arbeidsforskningsinstituttet og NIFU STEP august 2010. Oslo: Oxford Research.
- Borud, M. & Melgård, H. (2013). Kunnskapsløftet har ført til økte sosiale forskjeller i skolen. *Elektronisk publisering*, <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/politikk/--Kunnskapsloftet-har-fort-til-okte-sosiale-forskjeller-i-skolen-7278631.html#.UsrdC7RHpLI> (lastet ned 01.09.13).
- Boudon, R. (1974). *Education, Opportunity and Social Inequality: Changing Prospects in Western Societies*. New York: Wiley.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: a social critique of the judgment of taste*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Braaten T., Weiderpass, E. & Lund, E. (2009). Socioeconomic differences in cancer survival: The Norwegian Women and Cancer Study. *BMC Public Health* 9:178. Doi: 10.1186/1471-2458-9-178.
- Bragdø, A. & Spjelkavik, Ø. (2013). Individuell oppfølging av unge i ferd med å havne utenfor skole og arbeid. *AFI-rapport 2013:9*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

- Bragstad, T. (2009). Tidsbegrenset uførestønad – evaluering fire år etter innføring. *NAV-rapport 3/2009*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Bragstad, T., Ellingsen, J., & Lindbøl, M.N. (2012). Hvorfor blir det flere uførepensjonister? *Arbeid og Velferd* 1/2012.
- Brand, D.A., Saisana, M., Rynn, L.A., Pennoni, F. & Lowenfels, A.B. (2007). Comparative Analysis of Alcohol Control Policies in 30 Countries. *PLOS Med* 4(4): e151. Doi: 10.1371/journal.pmed.0040151.
- Bratsberg, B., Raaum, O., Røed, K. & Gjefsen, H.M. (2010). Utdannings- og arbeidskarrierer hos unge voksne: Hvor havner ungdom som slutter skolen i ung alder? *Rapport 3/2010*. Oslo: Frischsenteret.
- Bratsberg, B. & Røed, K. (2011). Kan demografi forklare veksten i uførhet? *Søkelys på arbeidslivet* 1-2: 3-21.
- Bratsberg, B. & Raaum, O. (2012). Immigration and wages: evidence from construction. *The economic journal* 122: 1177-1205.
- Breivik G. & Rafoss, K. (2012). *Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet – en oppdatering & revisjon*. Oslo: Norges idrettshøgskole.
- Brekke, K. A., Grünfeldt, L. A. & Kverndokk, S. (2012). *Explaining the Health Equality Paradox of the Welfare State*. Oslo: Helseøkonomisk Forskningsnettverk HERO, Universitetet i Oslo.
- Brennenstuhl, S., Quesnel-Vallee, A., & McDonough, P. (2012). Welfare regimes, population health and health inequalities: a research synthesis. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66(5): 397-409.
- Breslau, J. (2010). Health in Childhood and Adolescence and High School Dropout. *California Dropout Research Project Report 17*, March 2010. Davis: University of California.
- Brinch, C.N. & Galloway, T.A. (2012). Schooling in adolescence raises IQ scores. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 109 (2): 425-430.
- Brofoss, K. m.fl. (2012). Arbeidsrettede tiltak. *Norges offentlige utredninger 2012:6*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Browning, M., Dano, A.M. & Heinesen, E. (2006). Job displacement and stress-related health outcomes. *Health Economic* 15:1061-1075.
- Brunner, E.J., Kivimäki, M., Siegrist, J., Theorell, T., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J., Bruusgaard, D., Smeby, L. & Claussen, B. (2010). Education and disability pension: A stronger association than previously found. I *Scandinavian Journal of Public Health*, 38: 686–690.
- Buland, T., Holth Mathiesen, I., Aaslid, B.E., Haugsbakken, H., Bungum, B. & Mordal, S. (2011). På vei mot framtida – men i ulik fart? Sluttrapport fra evaluering av skolens rådgivning. SINTEF Teknologi og samfunn. *Rapport 2011-02-11*. Trondheim: SINTEF.
- Bunker, J.P. (2001). The role of medical care in contributing to health improvements within societies *International Journal of Epidemiology* 30(6): 1260-1263.
- Burgard, S. A., Brand, J. E., & House, J. S. (2009). Perceived job insecurity and worker health in the United States. *Social Science & Medicine* 69(5): 777-785.
- Böckerman, P., & Ilmakunnas, P. (2009). Unemployment and Self-Assessed Health: Evidence from Panel Data. *Health Economics* 18(2): 161-179.
- Bøe, T., Øverland, S., Lundervold, A.J. & Hysing, M. (2012). Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47(10): 1557–1566.
- Calvin C.M., Deary, I.J, Fenton, C., Roberts, B.A., Der, G., Leckenby, N. & Batty, G.D. (2011). Intelligence in youth and all-cause-mortality: systematic review with meta-analysis. *International Journal of Epidemiology* 40: 626-644.
- Campbell, K., Bond, G.R. & Drake, R.E. (2011). Who benefits from supported employment: A meta-analytical study. *Schizophrenia Bulletin* 37(2): 370-380.

- Canning, D., & Bowser, D. (2010) Investing in health to improve the wellbeing of the disadvantaged: Reversing the argument of Fair Society, Healthy Lives. *Social Science & Medicine*, 71, 7, 1223–1226
- Cantillon, B. (2011). The paradox of the social investment state: growth, employment and poverty in the Lisbon era. *Journal of European Social Policy* 21(5): 432-449.
- Carlsen, F. Grytten, J. & Eskild, A. (2013). Maternal education and risk of offspring death; changing patterns from 16 weeks of gestation until one year after birth. *European Journal of Public Health* 19: 1-6 [Epub ahead of print].
- Carr-Hill, R. & Chalmers-Dixon, P. (2005). *The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement*. Oxford: South East Public Health Observatory.
- Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J., & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability & Rehabilitation*, 32(8): 607-621.
- Case, A., Lubotsky, D. & Paxson, C. (2002). Economic Status and Health in Childhood: The Caspersen, J., Hovdhaugen, E. & Karlsen, H. (2012). Ulikhet i høyere utdanning: En litteraturgjennomgang for perioden 2002-2012. *NIFU-rapport 32-2012*. Oslo: NIFU.
- Chan, T. W., & Goldthorpe, J. H. (2004). Is there a status order in contemporary British society? Evidence from the occupational structure of friendship. *European Sociological Review* 20(5): 383-401.
- Chan, T. W., Birkelund, G. E., Aas, A. K., & Wiborg, Ø. (2011). Social status in Norway. *European sociological review*, 27(4), 451-468.
- Chandra, A. & Vogl T.S. (2010). Rising up with shoe leather? A comment on Fair Society, Healthy Lives. *Social Science & Medicine* 71(7): 1227–1230
- Chang, T.Y., Hwang, B.F., Liu, C.S., Chen, R.Y., Wang, V.S., Bao, B.Y., Lai, J.S. (2013). Occupational noise exposure and incident hypertension in men: a prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology* 177(8): 818-825.
- Chapman, B.P., Fiscella, K., Kawachi, I. & Duberstein, P.R. (2010). Personality, socioeconomic status, and all cause mortality in the United States. *American Journal of Epidemiology* 171: 83-92.
- Chaudhary, M. (2011). Sju av ti fullfører videregående opplæring. Samfunnspeilet 2011 5/6. *Elektronisk publisering*, <http://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/sju-av-ti-fullforer-videregaaende-opplaering> (sist lastet ned 11.02. 14)
- Christensen, K.B., Labriola, M., Lund, T. & Kivimäki, M. (2008). Explaining the social gradient in long-term sickness absence: a prospective study of Danish employees. *Journal of epidemiology and community health* 62(2): 181-183.
- Claussen, B., Bjørndal, A., & Hjort, P. F. (1993). Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *Journal of Epidemiology and Community Health* 47(1):14-18.
- Clayton, S., Bamba, C., Gosling, R., Povall, S., Misso, K. & Whitehead, M. (2011). Assembling the evidence jigsaw: insights from a systematic review of UK studies of individual-focused return to work initiatives for disabled and long-term ill people. *BMC Public Health* 11:170.
- Clench Aas, J. (2007). Sosiodemografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjeneste i Norge – en kunnskapsoppsummering. *Notat Kunnskapssenteret*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Clougherty, J.E., Souza, K. & Cullen, M.R (2010). Work and its role in shaping the social gradient in health. *Ann N Y Acad Sci*. 2010; 1186: 102-24.
- Coburn, D. (2004). Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science and Medicine* 58: 41-56.
- Cockerham, W.C. (2013). *Social causes of health and disease*. 2.utgave. Cambridge: Polity Press.
- Coleman, J., Katz, E., & Menzel, H. (1957). The diffusion of an innovation among physicians. *Sociometry* 20(4): 253-270.
- Cox, D.R. (2012). Statistical causality: Some historical remarks. I Berzuini, C., Dawid, P., Bernardinelli, L. (red), *Causality. Statistical perspectives and applications*. Chichester: John Wiley & Sons.

- CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneve, Verdens helseorganisasjon (WHO).
- Cutler, D. M. & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding Differences in Health Behaviors by Education. *Journal of Health Economy* 29(1): 1-28.
- Cutler, D.M., Lleras-Muney, A. & Vogl, T. (2011). Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms. I Glied, S. & Smith, P.C. (red.), *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press.
- Dahl, E., & Birkelund, G. E. (1997). Health inequalities in later life in a social democratic welfare state. *Social science & medicine* 44(6): 871-881.
- Dahl, E. & Birkelund, G. E. (1999). Sysselsetting, klasse og helse 1980-1995. En analyse av fem norske levekårsundersøkelser. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 40: 3-32.
- Dahl E., Hofoss, D. & Elstad, J. I. (2007). Educational inequalities in avoidable deaths in Norway: a population based study. *Health Sociology Review* 16: 146-159.
- Dahl E. & Lorentzen, T. (2007). Arbeidsrettede tiltak for sosialhjelpsmottakere. Seleksjon, effekter og politiske implikasjoner. *Søkelys på arbeidslivet* 2(24): 149-158.
- Dahl, E., & Elstad, J.I. (2009). Kan helse relatert 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.
- Dahl, E., & Malmberg-Heimonen, I. (2010). Social inequality and health: the role of social capital. Results from a Norwegian Survey. *Sociology of health and illness* 32: 1102–1119.
- Dahl, E., van der Wel, K. A. & Harsløf, I. (2010). Arbeid, helse og sosial ulikhet. Helsedirektoratet 1/2010. Oslo: Helsedirektoratet.
- Dahl, E., & van der Wel, K. A. (2013). Educational inequalities in health in European welfare states: A social expenditure approach. *Social Science & Medicine* 89: 60-69.
- Dale, E.L. & Wærness, J.I. (2007). *Tilpasset opplæring og inkludering i skolefaglige læreprosesser. Et kritisk blikk på elevvurderingen i tilpasset opplæring, med forslag til et nytt vurderingsystem. Kompetanse for tilpasset opplæring*. Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Dale-Olsen, H. & Markussen, S. (2010). Økende sykefravær over tid? Sykefravær, arbeid og trygd 1972-2008, *Søkelys på arbeidslivet* 27(1-2): 105-121.
- Dalgard, O.S. (2013). Psykisk helse og sosial ulikhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 3: 247-57.
- Dalgard, O.S., Mykletun, A., Rognerud, M. Johansen, R. & Zahl, P.H. (2007). Education, sense of mastery and mental health: results from a nationwide health monitoring study in Norway. *BMC Psychiatry* 2007, 7:20. Doi:10.1186/1471-244X-7-20.
- Daniel, S.S., Walsh, A.K., Goldston, D.B., Arnold, E.M., Reboussin, B.A. & Wood, F.B. (2006). Suicidality, School Dropout, and Reading Problems among Adolescents. *Journal of Learning Disabilities* 39: 507-514.
- Daniels, N. (2008). *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Danish Academy of Technical Sciences (ATV) (2007). Economic nutrition policy tolls – useful in the challenge to combat obesity and poor nutrition? Lyngby: ATV.
- Deary, I.J. (2012). Looking for 'System Integrity'. *Cognitive Epidemiology Gerontology* 58: 545-553.
- Deaton, A. (2011). What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities? Princeton University, Center for health and wellbeing. *Elektronisk publisering*, http://www.princeton.edu/~deaton/downloads/What_does_the_empirical_evidence_tell_us_about_the_injustice.pdf (sist lastet ned 29.01.14).
- Deaton, A. (2013). *The great escape. Health, wealth, and the origins of inequality*. Princeton & Oxford: Princeton University Press.
- Departementene (2005). *Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009) (Sammen for fysisk aktivitet)*. Oslo: Helsedirektoratet i samarbeid med departementene.
- Departementene (2007). *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Department of Health (2003). Tackling Health Inequalities. *A programme for action*. London: Department of Health Publications. *Elektronisk publisering*, http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4008268 (sist lastet ned 29.01.14).
- De Ridder, K.A., Pape, K., Johnsen R., Westin, S., Holmen, T.L., & Bjørngaard, J.H. (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.
- De Ridder, K.A., Pape, K., Cuypers, K., Johnsen, R. Lingaas Holmen, T., Westin, S. & Bjørngård, J.H. (2013). High school dropout and long-term sickness and disability in young adulthood: a prospective propensity score stratified cohort study (the Young-HUNT study). *BMC Public Health* 2013, 13:941. Doi: 10.1371/journal.pone.0074954.
- DiClemente, R. J., Salazar, L. F. & Crosby, R.A. (2013). *Health behavior theory for public health: Principles, foundations, and applications*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Diderichsen, F., Andersen, F. & C. Manuel (2011). *Ulighed i sundhed- årsager og indsatser*. København: Sunhedsstyrelsen. København Universitet.
- Djuve, A.B. (2013). Kan NAV-tiltakene løse utenforskapet? Presentasjon på FAFO-konferansen 2013. *Elektronisk publisering*, <http://www.fafo.no/konferansen/lysark2013/djuve.pdf> (lastet ned 21.09.13.).
- Djuve, A.B., Nielsen, R.A. & Strand, A.H. (2012). Kvalifiseringsprogrammet og sosialhjelpsutgiftene. *FAFO-rapport 2012:63*. Oslo: FAFO.
- Donelan-McCall, N., Eckenrode, J., & Olds, D. L. (2009). Home Visiting for the Prevention of Child Maltreatment: Lessons Learned During the Past 20 Years. *Pediatric Clinics of North America* 56: 389-403.
- Dong, R. (2011). *Paternalism in Medical Decision Making*. Durham: Duke University.
- Drange, N. & Telle, K. (2010). The effect of preschool on the school performance of children from immigrant families Results from an introduction of free preschool in two districts in Oslo. *Discussion Papers No. 631*. September 2010. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Forskningsavdelingen.
- Drange N. & Telle, K. (2011). *Gratis kjernetid i barnehage: Effekt på skolekarakterene til barn fra innvandrerfamilier Utdanning 2011*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Due, P. m.fl. (2009). Socioeconomic Inequality in Exposure to Bullying During Adolescence: A Comparative, Cross-Sectional, Multilevel Study in 35 Countries. *American Journal of Public Health* 5: 907-914.
- Duric, N.S. & Elgen, I. (2011). Characteristics of Norwegian children suffering from ADHD symptoms: ADHD and primary health care. *Psychiatry Research* 188: 402-405.
- Dyb, H. (2012). Ungdomsliv i endring. *Elektronisk publisering*, <http://nova.no/id/26193.0> (lastet ned 04.12.12).
- Dyb, E. & Johannessen, K. (2008). Bostedsløse i Norge 2008. *NIBR-rapport: 2008:15*. Oslo: NIBR.
- Dybing, E. & Stoltenberg, C. (2009). Kunnskapsoppsummering om barns helse og miljø. *Folkehelseinstituttet rapport 2006:3*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Dæhlen, M., Danielsen, K., Strandbu, Å. & Seippel, Ø. (2013). Voksne i grunnskole og videregående opplæring. *NIFU-rapport 27 2013*. NIFU, Oslo.
- Edberg, M. (2010). *Essential readings in health behaviour theory and practice*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Egan, M., Bambra, C., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M., & Thomson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of epidemiology and community health* 61(11): 945-954.
- Eibner, C. & Evans, W. N. (2005). Relative Deprivation, Poor Health Habits, and Mortality. *The Journal of Human Resources* 40(3): 591-620.

- Eielsen, G., Johannessen Kirkebøen, L., Leuven, E., Rønning, M. & Raaum, O. (2013). Effektevaluering av intensivopplæringen i Overgangsprosjektet, Ny GIV. Første delrapport. *Rapporter Statistisk sentralbyrå 54/2013*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Eikemo, T.A. (2008). Små klasseulikheter i psykisk helse i Norge. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 3: 223-236.
- Eikemo, T.A., Bambra, C., Joyce, K., & Dahl, E. (2008). Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *European Journal of Public Health* 18(6): 593-599.
- Eikemo, T.A. & Mackenbach, J.P. (2012). *EURO GBD SE. The potential for reduction of health inequalities in Europe. Final report*. Rotterdam: Department of Public Health, University Medical Center Rotterdam.
- Eikemo, T.A. m.fl. (2013). *The potential for reduction of health inequalities in 21 European populations*. Final draft 22.11.13.
- Ekornrud, T., Jensen, A., (2010). Tannhelsetilstand og tannlegetenester: Analysar av regionale og sosiale skilnader i eigenvurdert tannhelse, tannstatus, bruk av tannlegetenester og eigenbetaling hos tannlege. *Rapportar 51/2010*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Ekspertudvalg om fattigdom (2013). En dansk fattigdomsgrænse – analyser og forslag til opgørelsesmetoder. København: Social- og integrationsministeriet. *Elektronisk publisering*, <http://www.sm.dk/Temaer/socialeomraader/ekspertudvalgfattigdom/Documents/Udvalgets%20rapport.pdf> (sist lastet ned 29.01.14).
- Eldring, L., Ødegård, A.M., Andersen, R.K., Bråten, M., Nergaard, K. & Alsos, K. (2011). Evaluering av tiltak mot sosial dumping. *FAFO-rapport 2011:09*. Oslo: FAFO.
- Eliason, M., & Storrie, D. (2009). Job loss is bad for your health—Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss. *Social Science & Medicine* 68(8): 1396-1406.
- Ellingsen, J. (2012a). *Statistikknotat - Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2011*. Oslo: NAV. Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Ellingsen, J. (2012b). *Utviklingen i uførepensjon per 30. september 2012*. Oslo: NAV. Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Elstad, J. I. (1987). Diagnose av allmennlegetjenesten. INAS. *Rapporter 87:5*. Oslo: Institutt for sosialforskning.
- Elstad, J. I. (1995). Employment Status and Women's Health -Exploring the Dynamics. *Acta Sociologica* 38(3): 231-249.
- Elstad, J.I. (1996). How large are the differences - really? A study of self-reported long-standing illness among working class and middle class males. *Sociology of Health & Illness* 18 (4):475-498.
- Elstad, J.I. (2000). Social inequalities in health and their explanations. *NOVA-rapport 9/00*. Oslo: NOVA.
- Elstad, J.I. (2001). Health-related mobility, health inequalities and gradient constraint: discussion and results from a Norwegian study, *European Journal of Public Health* 11(2): 135-140.
- Elstad, J. I. (2003). Livsstil, arbeidsmiljøbelastninger & helseulikheter blant 55-årige menn. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 123(16): 2289-2291.
- Elstad, J.I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Elstad, J.I. (2008). *Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Elstad, J.I. (2010). Geografiske forskjeller i uføres dødelighet. Levekår, seleksjon, sosial avstand. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 51(2): 191-220.
- Elstad, J. I. (2012a) Kan ulik helsetjeneste forklare forskjellene i levealder mellom norske byer? *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 4: 132.
- Elstad, J.I. (2012b). Den grunnleggende årsaken til sosial ulikhet i helse? I Tjora, A. (red) *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom & behandling*. Oslo: Gyldendal.
- 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.

- Elstad, J. I. (2013b). The hierarchical diffusion model and the changing patterns in health. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, www.hioa.no/helseulikhet.
- Elstad, J.I. (2014). Hvor har den nye genforskningen brakt oss? *Tidsskrift for samfunnsforskning* kommer i nr. 2.
- Elstad, J. I. & Krokstad, S. (2003). Social causation, health-selective mobility, and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men. *Social Science & Medicine* 57(8): 1475-1489.
- Elstad, J. I., Hofoss, D. & Dahl, E. (2007). Hva betyr de enkelte dødsårsaksgrupper for utdanningsforskjellene i dødelighet? *Norsk Epidemiologi* 17(1): 37-42.
- Elstad, J.I. & Dahl, E. (2012). Preliminary exercises: Attempts to make sense of the increasing health inequalities in Norway. *Upublisert notat*. Oslo: NOVA.
- Elstad, J.I. & Pedersen, A.W. (2012a). Fører dårlig familieøkonomi til flere subjektive helseplager blant ungdom? *Tidsskrift for velferdsforskning* 15(2): 78-92.
- Elstad, J.I. & Pedersen, A.W. (2012b). The Impact of Relative Poverty on Norwegian Adolescents Subjective Health: A Causal Analysis with Propensity Score Matching. I *International Journal of Environmental Research and Public Health* 9: 4715-4731.
- Elstad, J.I., Torstensrud, R., Lyngstad, T.H., & Kravdal, O. (2012). Trends in educational inequalities in mortality, seven types of cancers, Norway 1971-2002. *European Journal of Public Health*, 22(6): 771-776.
- Engelien, A.O. (2009). Hva med debatten? I *Morgenbladet 9.januar 2009*. http://morgenbladet.no/debatt/2009/hva_med_debatten#.UZDIWcpLn6o (lastet ned 23.05.13).
- Engström, K., Diderichsen, F. & Laflamme, L. (2002). Socio-economic differences in injury risks in childhood and adolescence: a nation-wide study of intentional and unintentional injuries in Sweden. *Injury Prevention* 8: 137-142.
- Engström, K. & Laflamme, L. (2002). Socio-economic differences in intentional injuries: a national study of Swedish male and female adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106 (Suppl. 412): 26-29.
- Epland, J., Furustad Gladhaug, M., Kirkeberg, M.I., Normann, T.M. & Strøm, F. (2011). *Økonomi og levekår for ulike lavinntektsgrupper 2010*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Epland, J. & Kirkeberg, M.I. (2012). Wealth Distribution in Norway Evidence from a New Register-Based Data Source. *Rapporter 35/2012*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Erdal, B. (2005). Kjære helsesøster. *Helsesøstre* 1:5.
- Erikson, R. & Uusitalo, H. (1987). The Scandinavian approach to welfare research. I Erikson, R., Hansen, E.J., Ringen, S. & Uusitalo, H. (red.), *The Scandinavian model – welfare states and welfare research*. New York: Sharpe.
- Eriksson, M. (2011). Social capital and health - implications for health promotion. *Global Health Action* 4: 5611. Doi: 10.3402/gha.v4i0.5611
- Erikson, R., & Goldthorpe, J. H. (1992). *The constant flux: A study of class mobility in industrial societies*. Oxford University Press, USA.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esser, I. (2009). Has welfare made us lazy? Employment commitment in different welfare states, *British Social Attitudes 25th report, 2008-2009 edition: 73-105*, National Centre for Social Research, London: Sage.
- EU-kommisjonen (2013). Newsletter issue 106. 14. mars 2013. *Elektronisk publisering*, http://ec.europa.eu/health/newsletter/106/newsletter_en.htm (lastet ned 11.12.13).
- Everson-Hock, E.S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H.B., Goyder, E., Payne, N. & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: A mixed methods systematic review. *Preventive Medicine* 56: 265–272.
- Falch, T. (2011). Videregående opplæring og arbeidsmarkedstilknytning for unge vokse. *Tidsskrift for Velferdsforskning* 14(1): 25-37.

- 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.
- Falch, T. og O.H. Nyhus (2011). Betydningen av fullført videregående opplæring for sysselsetting og inaktivitet blant unge voksne. *Søkelys på arbeidslivet* 28(4): 285-301.
- Falch, T. & Strøm, B. (2013). Kvalitetsforskjell mellom videregående skoler? *Elektronisk publisering*, <http://www.svt.ntnu.no/iso/torberg.falch/Articles/Kvalitet%20vgo.pdf> (sist lastet ned 28.01.14).
- Fasting, M. (2013). *Valgfrihet*. Oslo: Civita.
- Feinstein, L. (2003) Inequality in the Early Cognitive Development of British Children in the 170 Cohort. *Economica* 70: 73-97.
- Ferrera, M. (1996). The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy* 6(1): 17-37.
- Fevang, E. & Røed, K. (2006). Veien til uføretrygd i Norge. *Rapport 10:2006*. Oslo: Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.
- Fevang, E., Markussen, S. & Røed, K. (2013). Til, fra og mellom inntektssikringsordninger – før og etter NAV. *Rapport 1/2013*. Oslo: Frisch-senteret.
- Finnvold J. E. (2002). Bestemmer behovene bruken av legespesialister? *Sosialt Utsyn* 2002: 41-52.
- Finnvold J. E. (2009a). *Likt for alle? Sosiale skilnader i bruk av helsetenester*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Finnvold J. E. (2009b). The parents' story. Socio-spatial variation in health care in Norwegian children with asthma. *Doktoravhandling ved institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, UiO. Oslo: Universitetet i Oslo*.
- Finnvold, J.E., Nordhagen, R. & Schjalm, A. (1997). Astma blant barn skjevt sosialt fordelt. I *Samfunnsspeilet* 2, 1997.
- Fischer, J. A., & Sousa-Poza, A. (2009). Does job satisfaction improve the health of workers? New evidence using panel data and objective measures of health. *Health Economics* 18(1): 71-89.
- Flaten, K. (2013). *Barnehagebarn og angst*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fletcher, J.M., Sindelar, J.L., & Yamaguchi, S. (2011). Cumulative effects of job characteristics on health. *Health Economics* 20(5): 553-570.
- Fløtten, T. & Pedersen A. W. (2008). Fattigdom som mangel på sosialt aksepterte levekår. Kapittel 2 i Harsløf I & Seim, S. (red.), *Fattigdommens dynamikk. Perspektiver på marginalisering i det norske samfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fløtten, T. & Pedersen, A.W. (2011). Poverty in Norway – an exploration of consensual measures. *Paper presentert ved 2011 FISS Conference*. Sigtuna 8.-10. juni.
- Fløtten, T., Hermansen, Å., Hippe, J.M, Lescher-Nuland, B.R. (2011a). Innmeldt, utmeldt eller påmeldt? Et annet bilde av utenforskap i Norge. *FAFO-rapport 2001:3*. Oslo: FAFO.
- Fløtten, T., Skog Hansen, I.L., Skevik Grødem, A., Backer Grønningsæter, A. & Nielsen, R.A. (2011b). Kunnskap om fattigdom i Norge. En oppsummering. *Fafo-rapport 21*. Oslo: FAFO.
- Fløtten, T. & Hippe, J.M. (2013). Befolkningen åpner for reformdebatt. *Elektronisk publisering*, <http://www.nrk.no/ytring/1.11198040> (lastet ned 19.02.14).
- Folkehelsepolitisk rapport (2010). Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller (IS-1856).
- Folkehelsepolitisk rapport (2011). Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller (IS-1982).
- Folkehelsepolitisk rapport (2012). Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller (IS-2075).
- Forget, E.L. (2011). *The town with no poverty. Using health administration data to revisit outcomes of a Canadian Guaranteed Annual Income Field Experiment*. Manitoba: University of Manitoba.
- Forsdahl, A. (1977). Are poor living conditions in childhood and adolescence an important risk factor for arteriosclerotic heart disease? *British Journal of Preventive and Social Medicine* 31(2): 91-95.

- Foss, L., Gravseth, H. M., Kristensen, P., Claussen, B., Mehlum, I. S., & Skyberg, K. (2013). "Inclusive working life in Norway": a registry-based five-year follow-up study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 8:19. Doi:10.1186/1745-6673-8-19.
- Freese, J. & Lutfey, K. (2011). Fundamental causality: challenges of an animating concept for medical sociology. I Pescosolido, B.A., Martin, J.K., McLeod, J.D. & Rogers, A. (red.), *Handbook of the sociology of health, illness and healing: a blueprint for the 21st century*. New York: Springer.
- Freundenberg, N. & Ruglis, J. (2007). Reframing school dropout as a public health issue. I *Preventing Chronic Disease* 4(4). *Elektronisk publisering*, http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07_0063.htm (sist lastet ned 29.01.14).
- Friedman, M. (1957 [2008]). *A theory of the consumption function*. Boston: National Bureau.
- Frischsenteret (udatert). *Underveisrapport. Evalueringen av Kvalifiseringsprogrammet ved Frischsenteret*. Oslo: Frischsenteret.
- Fritzell, J. (2014). Health inequality and social justice. I Reisch, M. (red.), *International Handbook of Social Justice*. London: Routledge.
- Frønes, I. & Kjølsvold, L. (2010). Det norske samfunn. 6.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Frøseth, M.W., Hovdhaugen, E., Høst, H. & Vibe, N. (2008). Tilbudsstruktur og gjennomføring i videregående opplæring. Delrapport I Evaluering av Kunnskapsløftet. *NIFU-rapport 40-2008*. Oslo: NIFU.
- Frøseth, M.W. & Markussen, E. (2009). Gjennomstrømming og kompetanseoppnåelse i videregående opplæring. I Markussen, E. (red.), *Videregående opplæring for (nesten) alle?* Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Fuchs V.R. (1980). Time preference and health: an exploratory study. *National Bureau of Economic Research Working (NBER) Paper No. 539*. Cambridge: NBER.
- Føllesdal, A. (2000). Læring og likeverd: Bør skolen sikre likhet? *Norsk pedagogisk tidsskrift* 1: 17-31.
- Gale, C.R., Batty, D., Cooper, C., & Deary, I.J. (2009). Psychomotor Coordination and Intelligence in Childhood and Health in Adulthood-Testing the System Integrity Hypothesis. *Psychosomatic Medicine* 71: 675-681.
- Galobardes B., Shaw, M., Lawlor, D.A., Lynch, J.W., Davey Smith, G. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1 and part 2). *Journal of Epidemiology and Community Health* 60: 7-12, 95-101.
- Garfinkel I., Rainwater, L. & Smeeding, T.M. (2010). *Wealth and welfare states. Is America a laggard or leader?* Oxford: Oxford University Press.
- Gerdtham, U. G. & Ruhm, C. J. (2006). Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ. Hum. Biol.* 4(3): 298-316.
- Gerdtham, U., Ghatnekar, O. & Svensson, M. (2012). Hälsoekonomiske utvärderingar. Tre exempel som underlag till Malmökommissionen. Malmö: Malmökommissionen.
- Geyer, S., Hemström, Ö., Peter, R., & Vågerö, D. (2006). Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(9): 804-810.
- Ghaderi, S. (2014). Impact of cancer in childhood, adolescence, and young adulthood on death, social security benefit uptake and education. A nationwide population-based cohort study. *Avhandling for graden philosophiae doctor (PhD) ved Universitetet Bergen (UiB)*. Bergen: UIB.
- Ghysels, J. & Van Lancker, W. (2011). The unequal benefits of activation: an analysis of the social distribution of family policy among families with young children. *Journal of European Social Policy* 21(5): 472-485.
- Giddens, A. (2006). Debating the Social Model: Thoughts and Suggestions. I *The Hampton Court Agenada: a Social Model for Europe*. London: Policy Network.
- Gilbert, N., Specht, H. & Terrell, P. (1993). *Dimensions of social welfare policy*. 3. utgave. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Gini, G. & Pozzoli, T. (2009). Association between Bullying and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. *Pediatrics* 123(3): 1059 -1065.

- Giordano, G.N. (2012). Social capital and self-rated health. Testing association with longitudinal and multilevel methodologies. Lund University Medical Faculty.
- Giæver, Ø. (2013). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, www.hioa.no/helseulikhet.
- Glavin, K. (2005). Kunnskap i tråd med samfunnets behov. *Sykepleien* 93(05): 56-57.
- Glavin, K. (2012). Hjemmebesøk etter fødsel kan forebygge depresjon. *Tidsskrift for Helsesøstre* 3: 16-23.
- Godager, G., (2012). Birds of a Feather Flock Together: A Study of Doctor-Patient Matching. *Journal of Health Economics* 31: 296-305.
- Godager, G., Iversen, T. (2004). Hvem bruker retten til fritt sykehusvalg? Resultater fra Samordnet levekårsundersøkelse 2002. *Økonomisk forum* 4/5: 49-56.
- Godager, G. & Iversen, T. (2013). Empirisk litteratur om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i Norge. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, www.hioa.no/helseulikhet.
- Goldstein, D.B. (2009). Common genetic variation and human traits. *The New England Journal of medicine* 360(17): 1696-1698.
- Goldthorpe, J.H. (1987). Epidemiology, genetics and sociology. A comment. *Journal of Biosocial Sciences* 17: 373-375.
- Goldthorpe, J.H. (2001). Causation, statistics and sociology. *European Sociological Review* 17(1): 1-20.
- Goldthorpe, J. H. (2012). Back to class and status: Or why a sociological view of social inequality should be reasserted. *Reis* 137, enero-marzo 2012: 201-216.
- Goodin, R.E. (1990). Stabilizing Expectations: The Role of Earnings-Related Benefits in Social Welfare Policy. *Ethics* 100(3): 530-553.
- Goodin, R.E. & LeGrand, J. (1987). *Not only the poor. The middle classes and the welfare state*. London: Allan and Unwin.
- Goodman, A. (2006). The story of David Olds and the Norse Home Visiting Programme. http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2006/rwjf13780 (sist lastet ned 21.01. 14).
- Gottfredson, L.S. (2004). Intelligence: Is It the Epidemiologists' Elusive "Fundamental Cause" of Social Class Inequalities in Health? *Journal of Personality and Social Psychology* 86(1):174-199.
- Graff-Iversen, S., Dverdal Jansen, M, Hoff, D.A., Høiseth, G., Knudsen, G.P. Magnus, P., Mørland, J., Normann, P.T. Næss, Ø.E., & Tambs, K. (2013). Divergent associations of drinking frequency and binge consumption of alcohol with mortality within the same cohort. *Journal of Epidemiol Community Health* 67: 350-357.
- Graham, H. (2004). Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy* 33(1):115-131.
- Graham, H. (2009). Health inequalities, social determinants and public health policy. *Policy and Politics* 37(4), 463-479.
- Graham, H., Inskip, M., Francis, B. & Harman, J. (2006). Pathways of disadvantage and smoking careers: evidence and policy implications *Journal of Epidemiology and Community Health* 60(Suppl II): ii7-ii12. Doi: 10.1136/jech.2005.045583.
- Grasdal, A. L. & Monstad, K. (2011). Inequity in the use of physician services in Norway before and after introducing patient lists in primary care. *International Journal for Equity in Health* 10:25. Doi:10.1186/1475-9276-10-25.
- Gravseth, H.M., Lund J. & Wergeland, E. (2003). Arbeidsskader behandlet ved Legevakten i Oslo og Ambulansetjenesten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 123(15): 2060-2064.
- Gravseth, H.M. & Kristensen, P. (2008). Sosiale helsegradienter i arbeidslivet. Hva vet vi? *Utposten* 5: 16-19.
- Grebstad, U.B. (2012). *Sosialhjelp og levekår i Norge*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Greenstone, M., Looney, A., Patashnik, J. & Yu, M. (2013). Thirteen economic facts about social mobility and the role of education. *Policy memo*, June 2013, The Hamilton Project.

- Elektronisk publisering*, <http://www.brookings.edu/research/reports/2013/06/13-facts-higher-education> (sist lastet ned 29.01.14).
- Grindland, M.V. (2009). Minoritetslevers frafall fra videregående opplæring. I Birkelund, G. & Mastekaasa, A. (red.), *Integrert? Innvandrere og barn av innvandrere i utdanning og arbeidsliv*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Grossman M. & Kaestner, R. (1997). Effects of education on health. *Economics of Education Review* 26: 186-200.
- Grusky, D. (1994). *Social stratification in sociological perspective: Class, race, and gender*. Boulder: Westview Press.
- Grydeland Ersvik, A. (2012). En liten stor tjeneste. *Sykepleien.no*. Doi: 10.4220/sykepleienn.2012.0015.
- Grytten, J. & Holst, D. (2002). Do young adults demand more dental care as their income increases? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 30: 463-469.
- Grytten, J.I., Holst, D. & Skau, I. (2012). Demand for and utilization of dental services according to household income in the adult population in Norway. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 40(4): 297- 305.
- Grødem, A.S. & Strand, A.H. (2013). Velferdsordningene. *Temanotat VAM*. Oslo: Forskningsrådet.
- Grøgaard, J.B., Midtsundstad, T. & M. Egge (1999). Følge opp – eller forfølge? Evaluering av Oppfølgingstjenesten i Reform 94. *FAFO-rapport 263*. Oslo: FAFO.
- Grøgaard, J.B. & Aamodt, P.O. (2006). Veksten i høyere utdanning: Noen drivkrefter og konsekvenser. I Grøgaard, J.B. & Støren, L.A. (red.), *Kunnskapssamfunnet tar form. Utdanningseksplasjonen og arbeidsmarkedets struktur*. Oslo: Cappelen.
- Grøholt, E.K. (2003). *Health and well-being of children in the Nordic countries: influence of socio-economic factors in welfare states*. Oslo: Avhandling (dr. med.) - Universitetet i Oslo.
- Grøholt, E.K., Stigum, H., Nordhagen, R. & Kohler, L. (2001). Children with chronic health conditions in the Nordic countries in 1996 - influence of socioeconomic factors. *Ambulatory Child Health* 7: 177-189.
- Grøholt, E.K., Stigum, H., Nordhagen, R., & Kohler, L. (2003). Recurrent pain in children, socio-economic factors and accumulation in families. *European Journal of Epidemiology* 18: 965-975.
- Grøholt, E.K., Stigum, H. & Nordhagen, R. (2008). Overweight and obesity among adolescents in Norway: cultural and socio-economic differences. *Journal of Public Health* 30(3): 258–265.
- Grøtvedt, L. & Gimmetstad, A. (2002). *Helseprofil for Oslo – barn og unge*. Oslo: KS forskning, Folkehelseinstituttet og Oslo kommune.
- Gulbrandsen, L. & Eliassen, E. (2013). Kvalitet i barnehager. *NOVA-rapport 1/2013*. Oslo: NOVA.
- Gundersen, T., Farstad, G.R. & Solberg, A. (2011). Ansvarsfordeling til barns beste? Barn og unge med funksjonsnedsettelse i barnevernet. *NOVA Rapport 17/11*. Oslo: NOVA.
- Gustavsen, G.W. (2002). Etterspørsel etter frukt og grønnsaker – virkning av pris og inntektsendringer i ulike husholdninger. *Notat 2002-20*. Oslo: NILF.
- Gustavsen, K. (2011). Sosiale ulikheter I oppvekst – en humanitær utfordring. *TF-rapport nr. 283*. Bø: Telemarksforskning.
- Hack, M., Flannery, D.J., Schulchter, M., Cartar, L., Borawski, E. & Klein, N. (2002). Outcomes in young adulthood for very low birth weight infants. *New England Journal of Medicine* 346: 149-157.
- Hagen, K.B., Tambs, K. & Bjerkedal, T. (2002). A prospective cohort study of risk factors for disability retirement because of back pain in the general working population. *Spine* 27(16): 1790-1796.
- Hagen, K.B., Tambs, K. & Bjerkedal, T. (2006). What mediates the inverse association between education and occupational disability from back pain? - A prospective cohort study from the Nord-Trøndelag health study in Norway. *Social Science and Medicine* 63(5): 1267-1275.
- Halla, M., Lackner, M., & Schneider, F.G. (2010). An Empirical Analysis of the Dynamics of the Welfare State: The Case of Benefit Morale. *Kyklos* 63(1): 55-74.
- Halvorsen, B., Hansen, O.J. & Tägtström, J. (2012). Unge på kanten. Om inkludering av utsatte ungdommer. *Nord 2012:005*. København: Nordisk ministerråd.

- Halvorsen, K. (1998). Impact of Re-employment on Psychological Distress among Long-term Unemployed. *Acta Sociologica* 41(2-3): 227-242.
- Halvorsen, K. (2011). Undermineres arbeidsviljen av velferdsstaten? *Tidsskrift for velferdsforskning* 14(4): 220-234.
- Halvorsen, K. & Stjernø, S. (2008). *Work, oil and welfare. The welfare state in Norway*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverby, E. (2013). *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, H.T., & Ingebrigtsen, T. (2008). Social Class and Sickness Absence in Norway. *Acta Sociologica* 51(4): 309-327.
- Hansen, M.N. (2005). Utdanning og ulikhet valg, prestasjoner og sosiale settinger. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 2: 133-158.
- Hansen, M.N. & de Vibe, V. (2005). Behov for sosialhjelp og uføretrygd: individuell ulykke eller sosial arv? *Søkelys på arbeidsmarkedet* 2: 149-156.
- Hansen, M.N. & Mastekaasa, A. (2010). Utdanning – stabilitet og endring. I Frønes, I. & Kjølsvold, L. (red.), *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Harpera, S. & Strumpf, E.C. (2012). Social Epidemiology - Questionable Answers and Answerable Questions. *Epidemiology* 23(6): 795-798.
- Hasselberg, M., Laflamme, L. & Ringbäck Weitof, G. (2001). Socioeconomic differences in road traffic injuries during childhood and youth: a closer look at different kinds of road user. *Journal of Epidemiology & Community Health* 55: 858-862
- Haugan, S. (2013). Mener barnehagen har enorm betydning. Forskning.no 04.04 2013. *Elektronisk publisering*, <http://www.forskning.no/artikler/2013/april/352817> (Sist lastet ned 27.01.14).
- Hauge, L.J., Kornstad, T., Bang Nes, R., Kristensen, P., Irgens, L.M., Eskedal, L.T. Landolt, M.A. & Vollrath, M.E. (2013). The Impact of a Child's Special Health Care Needs on Maternal Work Participation during Early Motherhood. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 27: 353-360.
- Haukenes, I., Mykletun, A., Knudsen, A., Hansen, H.-T. & Mæland, J. (2011). Disability pension by occupational class – the impact of work-related factors: The Hordaland Health Study Cohort. *BMC Public Health* 11(1): 406.
- Hausstätter, R. & Nordahl, T. (2013). Spesialundervisningens stabiliserende rolle i grunnskolen. I Karseth, B., Møller, J. og Åasen, P. (red.), *Reformtakter. Om fornyelse og stabilitet i grunnsopplæringen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Havnes, T. & Mogstad, M. (2009). No Child Left Behind: Universal Child Care and Long-Run Outcomes. *Bind/heftenr. no. 23/2009*. Oslo: Universitetet i Oslo, Økonomisk institutt.
- Heckman, J.J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science* 312 (5782): 1900-1902. *Doi*: 10.1126/science.1128898.
- Heckman, J.J. (2008). *Econometric Causality. IZA Discussion Paper No. 3525 March 2008*. Bonn: Institute for the Study of Labor.
- Heesch, van M.M.J., Bosma, H., Traag, T. & Otten, F. (2011). Hospital admissions and school dropout: a retrospective cohort study of the 'selection hypothesis'. *European Journal of Public Health* 10: 1-6.
- Hegna, K., Dæhlen, M., Smette, I. & Wollscheid, S. (2012). «For mye teori» i fag- og yrkesopplæringen – et spørsmål om målsettinger i konflikt? Europeiske utdanningsregimer og den norske modellen. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 53: 217-232.
- Helgeland, I.M. (2008). Det handler ikke bare om penger. Barnevernsbarn og fattigdom. I Harsløf, I. & Seim, S. (red.), *Fattigdommens dynamikk. Perspektiver på marginalisering i det norske samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helland, M.J. & Mathiesen, K.S. (2009). 13-15-åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse. *Rapport 2009:1*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Heller, R. (2005). *Evidence for population health*. Oxford: Oxford University Press.
- Hellevik, T. (2008). Sosial reproduksjon i etableringsfasen: betydningen av foreldres økonomiske støtte. *Sosiologisk tidsskrift* 16: 55-77.

- Helsedirektoratet (2005). *Frukt og grønnsaker i skolen – beregning av samfunnsøkonomisk virksomhet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2008). *Fysisk aktivitet blant barn og unge i Norge: En kartlegging av aktivitetsnivå og fysisk form hos 9- og 15-åringene*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2009). *Prioriteringsveileder. Ortopedi*. Helsedirektoratet, Oslo.
- Helsedirektoratet (2010a). Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. *Rapport IS-1798*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2010b). Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten Primær- og spesialisthelsetjenesten. *Rapport IS-1878*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2011). *Utviklingen i norsk kosthold*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hem, C., Næss, Ø. & Strand, B.H. (2007). Social inequalities in causes of death amenable to health care in Norway. *Norsk epidemiologi* 17: 43-48.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Strategiplan: nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). Pressemelding nr.8, 10.02.2007, Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. *Elektronisk publisering*, www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2007/nasjonal-strategi-for-a-utjevne-sosiale.html?id=450375 (lastet ned 12.09.12).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Styrker helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Pressemelding nr. 14/2013. *Elektronisk publisering*, <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2013/styrker-helsestasjons--og-skolehelsetjen.html?id=725240> (lastet ned 26.04.13).
- Herens, M.C.; Wagemakers, A.; Vaandrager, L.; Ophem, J.A.C. van; & Koelen, M. (2013). Evaluation Design for Community-Based Physical Activity Programs for Socially Disadvantaged Groups: Communities on the Move. *JMIR Research Protocol* 26, 2(1): e20. Doi:10.2196/resprot.2327.
- Hernes, G. (1974). Om ulikhetens reproduksjon. *Forskningens lys: NAVF 1949-1974*. Oslo: NAVF.
- Hernes, G. (2010). Gull av gråstein. Tiltak for å redusere frafall i videregående opplæring. *FAFO-rapport 2010:3*. Oslo: FAFO.
- Hernæs, E., Markussen, S., Piggott, J., & Vestad, O. L. (2013). Does retirement age impact mortality? Memorandum, Department of Economics, University of Oslo, No.19/2012.
- Herud, E. & Ohrem Naper, S. (2012). Fattigdom og levekår i Norge – Status 2012. *Rapport 1-2012*. Oslo: Nav-direktoratet.
- Hetlevik, Ø. & Gjesdal, S. (2012). Does socioeconomic status of list populations affect GP practice? A register-based study of 2201 Norwegian GPs. *European Journal of General practice* 18: 212-218.
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A. & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1248: 107-123.
- Hjälmhult, E. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Forskning* 1(4): 18-26.
- Hjälmhult, E. & Økland, T. (2012). Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med nyfødt. *Sykepleien Forskning* 7(3): 224-230.
- Hjellbrekke, J. & Korsnes, O. (2006). *Sosial mobilitet*. Oslo: Samlaget.
- Hjemdal, O.K., Sogn, H. & Schau, L. (2012). Vold, negative livshendelser og helse. En gjennomgang av data fra to regionale helseundersøkelser. *Rapport 1/2012*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Hjern, A., Weitoft, G.R. & Lindblad, F. (2010). Social adversity predicts ADHD-medication in school children- a national cohort study. *Acta Pædiatrica/Acta Pædiatrica* 99: 920-924.
- Hofoss, D., Dahl, E., Elstad, J.I. & Småstuen, M. (2013). Selection and mortality: a ten-year follow-up of income decile mortality in Norway. *European Journal of Public Health* 23(4): 558-563.
- Hofstad, H. (2011). Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian Context. *Planning Theory & Practice* 12:3, 387-406.

- Holden, S., Markussen, S. & Røed, K. (2012). Arbeid til alle? *Samfunnsøkonomen* 9, 2012.
- Holen, S. & Lødding, B. (2012). Intensivopplæringen i Ny GIV for 10.trinnselever våren 2012. Kartlegging av deltagelse, organisering og opplevelse. *Rapport 42/2012*. Oslo: NIFU.
- Holmboe O., van Roy, B., Helgeland, J. Clench-Aas, J. & Aanjesen Dahle, K. (2006). Sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester blant barn i Akershus. *Rapport fra Kunnskapssenteret Nr. 5-2006*. Oslo: Kunnskapssenteret for helsetjenesten.
- Holmås, T.H. & Kjerstad, E. (2010). Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 3. SNF-rapport 07/10. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning AS. *Elektronisk publisering*, <http://www.snf.no/Default.aspx?ID=147&year=2010> (sist lastet ned 24.01.14).
- Holst, D. (2008). Oral health equality during 30 years in Norway. *Community dentistry and oral epidemiology* 36(4): 326-334.
- Holstein, B.E., Currie, C., Boyce, W., Damsgaard, M.T., Gobina, I., Kokonyei, G., Hetland, J., de Looze, M., Richter, M., & Due, P. (2009). Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *International Journal of Public Health* 54: 260-270.
- Homlong, L., Rosvold, E.O. & Haavet, O.R. (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.
- 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.
- Hoven H. & Siegrist, J. (2013). Work characteristics, socioeconomic position and health: A systematic review of mediation and moderation effects in prospective studies. *Occup Environ Med* 70:663-669 doi:10.1136/oemed-2012-101331
- Hovland, E. (2013). Store skilnader mellom barn i norske barnehagar. 08.07.2013. *Elektronisk publisering*, <http://www.forskning.no/artikler/2013/juni/361132>. (lastet ned 01.09.13).
- Huber, M., Lechner, M. & Wunsch, C. (2011). Does leaving welfare improve health? Evidence for Germany. *Health Economics* 20: 484-504.
- Huisman, M. m.fl. (2004). Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58(6): 468-475.
- Huisman, M. m.fl. (2005). Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet* 365(9458): 493-500.
- Huisman, M., Van Lenthe, F., Avendano, M. & Mackenbach, J. (2008). The contribution of job characteristics to socioeconomic inequalities in incidence of myocardial infarction. *Social Science & Medicine* 66(11): 2240-52.
- Humlum, M.K. & Jensen, T.P. (2010). Frafald på de erhvervsfaglige uddannelser. Hvad karakteriserer de frafaldstruede unge? *AKF Working paper*. København: Anvendt Kommunal Forskning.
- Hussain, M. A. m.fl. (2012). Welfare state institutions, unemployment and poverty: comparative analysis of unemployment benefits and labour market participation in 15 European Union countries. I Kvist, J. m.fl. (red.), *Changing social equality. The Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol: The Policy Press.
- Hyggen, C. & Gjerustad, C. (2013). Knuste drømmer? Aspirasjoner, yrkeskarriere og mental helse fra ung til voksen. I Hammer, T. & Hyggen, C. (red.), *Ung, voksen og utenfor. Mestring og marginalitet på vei til voksenliv*. Gyldendal akademisk, Oslo.
- Hægeland, T. Kirkebøen, L & Raaum, O. (2010). Skolebidragsindikatorer for videregående skoler i Oslo. *Rapporter 36/2010*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Høst, H. (2009). Fag- og yrkesopplæringen. I Markussen, E. (red.), *Videregående opplæring for (nesten) alle? Oslo*: Cappelen Akademisk forlag.
- Høst, H. (2011). Praksisbrev – et vellykket tiltak mot frafall. Hva er lærdommene? Sluttrapport fra den forskningsbaserte evalueringen av forsøk med praksisbrev 2008-2011. *Rapport 27/2011*. Oslo: NIFU.

- Høst, H., Seland, I. & Skåholt, A. (2013). Yrkesfagelevers ulike tilpasninger til fagopplæring: En undersøkelse av elever i tre yrkesfaglige utdanningsprogram i videregående skole. NIFU-rapport 16-2013. Oslo: NIFU.
- Innst. S. nr. 240 (2006-2007). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. *Elektronisk publisering*, <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2006-2007/inns-200607-240/> (sist lastet ned 21.02.14).
- International Finance Corporation (2013). Economy Rankings 2013. *Elektronisk publisering*, <http://www.Doingbusiness.org/rankings> (lastet ned 11.12.13).
- Iversen, T. & Kopperud, G. S. (2005). Regulation versus practice - the impact of accessibility on the use of specialist health care in Norway. *Health Economics* 14: 1231-1238.
- Izzo, C.V., m.fl. (2005). Reducing the impact of uncontrollable stressful life events through a program of nurse home visitation for new parents. *Prevention Science* 6: 269-274.
- Jackson, M. (red.) (2013). *Determined to succeed? Performance versus choice in educational attainment*. Stanford: Stanford University Press.
- Jackson, M. & Johnson, J.O. (2013). Inequality of educational opportunity across countries. I Jackson, M. (red.), *Determined to succeed? Performance versus choice in educational attainment*. Stanford: Stanford University Press.
- Jensen, A. (2007). Feilslutninger om fedmeproblemet? *Samfunnsspeilet* 4(21): 52-62.
- 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: Statistisk sentralbyrå.
- Jensen, T.K., Jørgensen, N., Punab, M., Haugen, T.B. m.fl. (2004). Association of In Utero Exposure to Maternal Smoking with Reduced Semen Quality and Testis Size in Adulthood: A Cross-Sectional Study of 1770 Young Men from General Population in Five European Countries. *American Journal of Epidemiology* 159: 49-58.
- Jenum, A.K. & Birkeland, K.I. (2003). «Mosjon på Romsås» (MoRo) – et helsefremmende intervensjonsprosjekt for å fremme fysisk aktivitet i et multi-etnisk lokalsamfunn i Oslo øst. *Norsk Epidemiologi* 13(1): 55-63.
- Jepson, R.G., Harris, F.M. Platt, S. & Tannahill, C. (2010). The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*, 10:538. Doi:10.1186/1471-2458-10-538.
- Ji C., Kandala, N.-B. & Cappuccio, F.P. (2013). Spatial variation of salt intake in Britain and association with socioeconomic status. *BMJ Open* 2013;3:e002246. doi:10.1136/bmjopen-2012-002246.
- Johnsen, J.R. (2004). Egenandeler i helsetjenesten i ulike land. *Notat 02/04*. Bergen: Program for helseøkonomi i Bergen. *Elektronisk publisering*, http://heb.rokkan.uib.no/publications/files/114-Notat_Johnsen.pdf (sist lastet ned 29.01.14).
- Joseph, J. (2012). The missing heritability of psychiatric disorders: elusive genes or non-existent genes? *Applied Development Science* 16(2): 65-83.
- Judge, K. (2012). Scenarios for reducing health inequalities: an evidence based review. I Eikemo, T. & Mackenbach, J.P. (red.), *EURO GBD SE. The potential for reduction of health inequalities in Europe. Final report*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Júlíusson, P.B., Eide, G.E., Roelants, M., Waaler, P.E., Hauspie, R. & Bjerknes, R. (2010). Overweight and obesity in Norwegian children: prevalence and socio-demographic risk factors. *Acta Paediatrica* 99: 900-95.
- Jusot, F., Khlát, M., Rochereau, T., & Serme, C. (2008). Job loss from poor health, smoking and obesity: a national prospective survey in France. *Journal of epidemiology and community health* 62(4): 332-337.
- Jørgensen, T., Mortensen, L.H., & Andersen, A.M.N. (2008). Social inequality in fetal and perinatal mortality in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health* 36(6): 635-649.

- Kaarbøe, O. & Carlsen, F. (2013) Waiting Times and Socioeconomic Status. Evidence From Norway. *Health economics* 23(1):93-107. Doi: 10.1002/hec.2904. Epub 2013 Jan 25.
- Kaati, G., Bygren, L.O. & Edvinsson, S. (2002). Cardiovascular and diabetes mortality determined by nutrition during parents' and grandparents' slow growth period. *European Journal of Human Genetics* 10: 682-688.
- Kangas O. & Palme, J. (2000). Does social policy matter? Poverty cycles in OECD countries. *International Journal of Health Surveys* 30(2): 335-352.
- Kann, C., Brage, S., Kolstad, A., Nossen, J.P. & Thune, O. (2012). Har gradert sykmelding effekt på sykefraværet? *Arbeid og velferd* 2: 60-70.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job desicions latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24: 285-308.
- Karl, T.L. (1997). *The Paradox of Plenty: Oil Booms and Petro-States*. Berkeley/Los Angeles: The University of California Press.
- Karlsholm, G. (2011). Sosioøkonomiske oppvekstvilkår og infeksjoner hos barn i kontakt med helsevesenet. *Masteroppgave i helsevitenskap Norges teknisk naturvitenskapelige institutt (NTNU)*. Trondheim: NTNU.
- Kaur, R. (red.) (2013). Økonomi og levekår for ulike lavinntektsgrupper 2013. *Rapporter 32/2013*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Kautto, M. m.fl. red. (2001) Nordic welfare states in the European context. London and New York: Routledge.
- Kawachi, I., Subramanian, S.V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(9): 647-652.
- Kawachi I., Subramanian, S.V. & Kim, D. (2008). *Social capital and health*. New York: Springer.
- Kawachi, I., Adler, N.E. & Dow, W.H. (2010). Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1186(1): 56-68.
- Keane, M.P. (2010a). Structural vs. atheoretic approaches to econometrics. *Journal of Econometrics* 156(1): 3-20.
- Keane, M.P. (2010b). A Structural Perspective on the Experimentalist School. *Journal of Economic Perspectives* 24(2): 47-58.
- Kelly, M.P. Bonnefoy, J., Morgan, A. & Florenzano, F. (2006). The development of the evidence base about the social determinants of health. *Elektroniske publisering*, http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_paper.pdf (sist lastet ned 24.01.14).
- Kenworthy, L. (2011). *Progress for the poor*. Oxford: Oxford University Press.
- Khaw, K.T. & Marmot, M. (2008). *Rose's strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Kildahl, N. (1998). Velferd og arbeidsplikt, *Tidsskrift for Velferdsforskning* 1(98):20-36.
- Kildal, N. (2006). Universalisme versus målretting – de evig tilbakevendende argumentene. *Nordisk sosialt arbeid* 26(1): 2-13.
- Kirchner, D.B., Evenson, E., Dobie, R.A., Rabinowitz, P., Crawford, J., Kopke, R., m.fl. (2012). Occupational Noise-Induced Hearing Loss: ACOEM Task Force on Occupational Hearing Loss. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 54(1): 106-108.
- Kirjonen, J. & Leino-Arjas P. (2004). Is the effect of work stress on cardiovascular mortality confounded by socioeconomic factors in the Valmet study? *Journal of Epidemiology and Community Health* 58(12): 1019-20.
- Kirkeberg M.I., Epland, J. & Normann, T.M. (2012). Økonomi og levekår for ulike lavinntektsgrupper 2011. *Rapporter 8/2012*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- 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.
- Kjelvik, J. (2013). Undervekt og overvekt blant jenter og gutter 17-årige ungdommer -hver 10. jente undervektig? *Samfunnspeilet 1/2013*: 13-19.

- Kleppe, B. (2013). Kultur møter kulturmøter- Kulturskolebruk blant innvandrere. *Telemarkforskning rapport 310*. Bø: Telemarkforskning.
- Klüwer-Trotter B. & Lian, O. (2012). Holdninger til legesøkning – variasjoner etter sosial tilhørighet? *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 1(132): 36-40. Doi: 10.4045/tidsskr.11.0380
- Knardahl, S., Veiersted, K.B., Medbø, J.I m.fl. (2008). Arbeid som årsak til muskel-skjelettlidelser: Kunnskapsstatus 2008. *STAMI-rapport 2008 nr. 22*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI).
- Knardahl, S., Medbø, J.I., Strøm, V., Jebens, E. (2010). Utredning om virkninger av arbeid i kalde omgivelser. *STAMI-rapport 2010 nr. 8*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI).
- Knudsen, E.I., Heckman, J.J., Cameron, J.L. & Shonkoff, J.P. (2006). Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America PNAS* 5, 103(27): 10155-10162.
- Koløen, K. (2008). Sosioøkonomisk ulikhet i helse blant barn og unge. Kontinuitet eller endring i overgang mellom barndoms- og ungdomstid? *Masteroppgave ved institutt for sosiologi og samfunnsgeografi*, UiO. Oslo: Universitet i Oslo.
- Kommission för ett socialt hållbart Malmö (2013). Malmö's väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa. *Elektronisk publicering*, <http://www.malmo.se/Kommun--politik/Kommission-for-ett-socialt-hallbart-Malmo/Underlag-och-rapporter.html> (sist lastet ned 24.01.14).
- 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.
- Korpi, W. & Palme J. (1998). The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review* 63: 661-687.
- Kotsadam, A. & Finseraas, H. (2013). Hvordan identifisere årsakssammenhenger i ikke-eksperimentelle data. En ikke-teknisk introduksjon. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 54(3): 371-38
- Kravdal, H. (2013). Widening educational differences in cancer survival in Norway. *European Journal of Public Health* 2013. 27 June [Epub ahead of print].
- Kravdal, Ø. (1999). Sosiale forskjeller i kreftoverlevelse. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 119(11): 1577-1583.
- Krieger, N., Rehkopf, D.H., Chen, J.T., Waterman, P.D., Marcelli, E. & Kennedy, M. (2008). The fall and rise of US inequities in premature mortality: 1960-2002. *PLOS Medicine* 5(2): 227-241. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050046.
- Kristensen, K., Kristiansen, T. Rehn, M., Gravseth, H.M. & Bjerkedal, T. (2012). Social inequalities in road traffic deaths at age 16–20 years among all 611 654 Norwegians born between 1967 and 1976: a multilevel analysis. *Injury Prevention* 18(1): 3–9. Publisert online 23.05.2011. Doi: 10.1136/ip.2011.031682
- Kristensen, P. & Bjerkedal, T. (2004). Trender i deltakelse i arbeidslivet - betydningen av kronisk sykdom som barn og utdanningsnivå. *Tidsskr.Nor Laegeforen.* 124(22): 2879-2883.
- 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.
- Kristofersen L.B. (2008). Fritid og sosial deltakelse. I Sandbæk, M. (red.), Barns levekår. Familiens inntekt og barns levekår over tid. *NOVA-report 7/2008*. Oslo: NOVA.
- Kristofersen, L.B. & Sverdrup, S. (2013). Følger av oppvekst med rus og psykiske helseproblemer i familien. I Hammer, T. & Hyggen, C. (red.), *Ung voksen og utenfor. Mestring og marginalitet på vei til voksenlivet*. Oslo: Gyldendal.
- Kristofersen L.B. & Clausen, S.E. (2008). Barnevern og sosialhjelp. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. *NOVA Notat 3/2008*. Oslo: NOVA.
- Krokstad, S., Kunst, A.E., & Westin, S. (2002). Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(5): 375-380.

- Krokstad, S., & Westin, S. (2002). Health inequalities by socioeconomic status among men in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 30(2): 113-124.
- Krokstad, S. & Knudtsen, M.S. (2011). Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag. HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08). Levanger: HUNT Forskningscenter. *Elektronisk publisering*, <https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf> (sist lastet ned 24.01.14).
- Kuh, D., Ben-Shlomo, Y. (1997). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Kuivalainen, S. & Nelson, K. (2012). Eroding minimum income protection in the Nordic countries. I J. Kvist, J. Fritzell, J., Hvinden, B. & Kangas, o. (red.), *Changing social equality: The Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol: Policy Press.
- Kunnskapsdepartementet (2006). *Tiltak for bedre gjennomføring i videregående opplæring*. Rapport Arbeidsgruppe nedsatt av Kunnskapsdepartementet 30. august 2006. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Kunnskapscenteret (2010). Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår. *Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 15–2010*. Systematisk oversikt. Oslo: Kunnskapscenteret.
- Kunst, A.E. m.fl. (2005). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* 34(2): 295-305.
- Kurtze, N., Eikemo, T.A., & Kamphuis, C.B. (2013). Educational inequalities in general and mental health: differential contribution of physical activity, smoking, alcohol consumption and diet. *European Journal of Public Health* 23(2): 223-9. Doi: 10.1093/eurpub/cks055.
- Kvist, J., Fritzell, J., Hvinden, B., & Kangas, O. (2012). *Changing social equality*. Bristol: The Policy Press.
- Laflamme, L. & F. Diderichsen (2000). Social differences in traffic injury risks in childhood and Youth- a literature review and a research agenda. *Injury Prevention* 6(4): 293–298.
- Laflamme, L., Hasselberg, M., Reimers, A.M., Tricai Cavalini, L. & Ponce de Leon, A. (2009). Social determinants of child and adolescent traffic-related and intentional injuries: A multilevel study in Stockholm County. *Social Science & Medicine* 68: 1826–183.
- Lager, A. (2011). The Role of Education and Cognitive Skills in Understanding Mortality Inequalities. *Doktorgradsavhandling avdeling for folkehelse, Karolinska institutet*. Stockholm, Karolinska institutet.
- Lahelma, E., & Arber, S. (1994). Health inequalities among men and women in contrasting welfare states: Britain and three Nordic countries compared. *European Journal of Public Health* 4(3): 213-226.
- Lamb, S., Sandberg, N. & Markussen, E. (red.) (2011). *School dropout and completion: international comparative studies in theory and policy*. Dordrecht: Springer.
- Lamontagne, A.D, Keegel, T., Louie, A.M., Ostry, A., Landsbergis, P.A (2008). A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. *Int J Occup Environ Health*. 2007; 13(3) :268-80. Review. Erratum in: *Int J Occup Environ Health*. 2008; 14(1): 24.
- Landsbergis, P.A. (2010). Assessing the contribution of working conditions to socioeconomic disparities in health: a commentary. *Am J Ind Med* 2010 53(2): 95-103.
- Landsbergis, P.A., Grzywacz, J.G., Lamontagne, A.D. (2012). Work organization, job insecurity, and occupational health disparities. *Am J Ind Med*. 2012. Doi: 10.1002/ajim.22126. [Epub ahead of print].
- Langballe, Å., Gamst, K.T. & Jacobsen, M. (2010). Den vanskelige samtalen. Barneperspektiv på barnevernsarbeid. Kunnskapsbasert praksis og handlings-kompetanse. *Rapport 2*. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress.
- Langberg, Ø.K. (2013). Høy arbeidsinnvandring presser norske lønninger ned. *Aftenposten* 03.10.13. *Elektronisk publisering*, <http://www.aftenposten.no/okonomi/Hoy-arbeidsinnvandring-presser-norske-lonninger-ned-7327848.html#.UnDM9OKDyAY> (lastet ned 31.01.14).

- Lansley, S. (2012). *The cost of inequality*. London: Gibson Square
- Larsen, K. & Hansen, G. (2013). Sosial ulighed i sundhed. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, www.hioa.no/helseulikhet.
- Larsen, K. A, Berg, H., Klingenberg, S. & Gleinsvik, A. (2011). Utfall på arbeidsmarkedet for personer som tar videregående opplæring som voksne. *Proba-rapport 2001:4*. utarbeidet for Kunnskapsdepartementet. Oslo: Proba analyse.
- Lau B. (2008). Effort-reward imbalance and overcommitment in employees in a Norwegian municipality: a cross sectional study. *J Occup Med Toxicol* 3(1): 9.
- Lavik, R. & Scheffels, J. (2011). Evaluering av forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer. (*Fagrapport nr. 2-2011*). Oslo: Statens institutt for forbruksforskning og Statens institutt for rusmiddelforskning
- Leira H.L. (2011). *Arbeidsmedisin*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lekhal, R. (2012). Do type of childcare and age of entry predict behavior problems during early childhood? Results from a large Norwegian longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*. Published online March 20, 2012. Doi: 10.1177/0165025411431409.
- Lekhal, R., Zachrisson, H.D., Wang, M.V., Schjølberg, S. & von Soest, T. (2011). Does universally accessible child care protect children from late talking? Results from a Norwegian population-based prospective study. *Early Child Development and Care* 181: 1007–1019.
- Leon, D. & Walt, G. (red.) (2001). *Poverty, inequality and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Leuven, E. & Oosterbeek, H. (2008). An alternative approach to estimate the wage returns to private-sector training. *Journal of Applied Econometrics* 23: 423-434.
- Levekårsundersøkelsene Statistisk sentralbyrå. *Elektronisk publisering*, <https://www.ssb.no/statistikkbanken>.
- Leveresen, I. (2010). Intervju i artikkelen «Søkelys på sosial ulikhet i helse». *Elektronisk publisering*, <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=Nyhet&pagename=folkehelse/Hovedside&cid=1253963323652> (Lastet ned 28.05.2013).
- Lian, B., Midttømme, L. & Thoresen, G. (2012). Simulering av effekter av endringer i foreldrebetaling i barnehager og Skolefritidsordningen. *Notater 26/2012*. Oslo/ Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- 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.
- Lid, I.M. (2012). Likeverdig tilgjengelighet? En drøfting av menneskesyn og funksjonshemming med vekt på etiske problemstillinger knyttet til universell utforming, mangfold og deltakelse. *Doktoravhandling ved Teologisk fakultet*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Lie, J.A.S, Gulliksen, E., Bast-Pettersen, R., Skogstad, M., Tynes, T., Wagstaff, A.S. (2008). Arbeidstid og helse. En systematisk litteraturstudie. *STAMI-rapport 2008 nr. 21*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI).
- Lie, S.A. (2010). Sykmelding, gradert sykmelding og forløpet tilbake til jobb. Rapport September 2010. *Elektronisk publisering*, http://www.nav.no/Arbeid/Inkluderende+arbeidsliv/FARVE++Fors%C3%B8ksmidler/_attachment/252180?_ts=12b387e0b30 (sist lastet ned 31.01.14).
- Lieberson, S. (1985). *Making it count. The improvement of social research and theory*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press.
- Lien, N.B., Kumar, N. & Lien, L. (2007). Overvekt blant ungdom i Oslo. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 17 (127): 2254-2258.
- Lima, I.A. & Ohrem Naper, S. (2013). Kommer deltakerne i kvalifiseringsprogrammet i jobb? *Arbeid og Velferd* 2: 43-59.
- Lindbøl, M. (2012). *Statistikknotat - Utviklingen i uførediagnoser per 31. juni 2011*. NAV. Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Lindholm, C., Burstrom, B., & Diderichsen, F. (2001). Does chronic illness cause adverse social and economic consequences among Swedes?. *Scandinavian Journal of Public Health* 29(1): 63-70.

- Lindholm, M. (2011). Fra genetik til epigenetik. *Naturen* 4: 175-184.
- Lindøe, P.H., Baram, M., & Paterson, J. (2012). Robust Offshore Risk Regulation—an assessment of US, UK and Norwegian approaches. *Paper presented at ESREL 2012, 25-29 June, Helsinki.*
- Link, B.G., & Phelan, J. (1995). *Journal of Health and Social Behavior* 35, Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future: 80-94.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Miech, R. & Leckman, E. (2008). The Resources That Matter: Fundamental Social Causes of Health Disparities and the Challenge of intelligence. I *Journal of Health and Social Behavior* 49: 72-91.
- Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V. & Tugwell, P. (2012). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of epidemiology and community health* 67: 190-193. Doi: 10.1136/jech-2012-201257.
- Lorentzen, T. (2011). Social assistance dynamics in Norway: A sibling study of intergenerational mobility. Bergen: Rokkansenteret 2010. *Elektronisk publisering*, http://www.nav.no/Forsiden/Nyheter/_attachment/244429?_ts=1296e434bd8&download=true (sist lastet ned 20.02.14).
- Lorentzen, T., & Dahl, E. (2005). Active labour market programmes in Norway: are they helpful for social assistance recipients? *Journal of European Social Policy*, 15(1): 27-45.
- Lorentzen, T. & Nielsen, R.A. (2008). Går fattigdom i arv? Langtidseffekter av å vokse opp i familier som mottar sosialhjelp. *FAFO-rapport 2008:14*. Oslo: FAFO.
- Lorentzen, T., Larsen, H. & Seim, S. (2011). Barn og unge med spesiell risiko for fattigdom & eksklusjon. I Seim, S. & Larsen, H. (red.), *Barnefattigdom i et rikt land. Kunnskapsoppsummering om fattigdom og eksklusjon blant barn i Norge. Rapport på oppdrag fra Arbeids- & velferdsdirektoratet. HiO-rapport 2011 nr. 10*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Lovdata (2011). Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven). *Elektronisk publisering*, <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> (sist lastet ned 20.02.14).
- Lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen (2009). Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. *Elektronisk publisering*, www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/Hovednr.+35+-+Lov+om+sosiale+tjenester+i+NAV.312829.cms#innledning (Lastet ned 07.01.14).
- Lovvedtak 64 (2010-2011). Vedtak til lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Utgitt 14.06.2011. *Elektronisk publisering*, www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Beslutninger/Lovvedtak/2010-2011/vedtak-201011-064/#a1 (sist lastet ned 20.02.14).
- Lund, J. & Bjerkedal, T. (2001). Permanent impairments, disabilities and disability pensions related to accidents in Norway. *Accid Anal Prev* 2001; 33(1): 19-30.
- Lund, K. E. (2011). Totalt salgsforbud – neste trekk i kampen mot tobakk? *Elektronisk publisering*, www.sirus.no/Totalt+salgsforbud+prosentE2prosent80prosent93+neste+trekk+i+kampen+mot+tobakkprosent3F.E2x322-8_Bp77BFv3TR9D6CJ1K1yTMZVPL28nMhPLZB9MtIY05hRHlY3.ips (lastet ned 03.02.14).
- Lund, K.E. & Lund, M. (2005). Røyking og sosial ulikhet i Norge 1998-2000. *Tidsskrift for den Norske legeförening* 3, 125(5): 560-563.
- Lund, M. & Lindbak, R. (2007). *Norwegian Tobacco Statistics 1973–2006*. Oslo: SIRUS.
- Lund, K.E., Lund, M. & A. Bryhni (2009). Tobacco consumption among men and women 1927-2007. *Tidsskrift for den Norske legeförening* 129: 1871-1874.
- Lund, M., Lund K.E. & Kvaavik, E. (2011). Hardcore Smokers in Norway 1996–2009. *Nicotine & Tobacco Research* 13(11): 1132–1139.
- Lundberg, O. (1991). Childhood living conditions, health status, and social mobility. A contribution to the selection debate. *European Sociological Review* 7(2): 147-161.
- Lundberg, O. (1993). The Impact of Childhood Living-Conditions on Illness and Mortality in Adulthood. *Social Science & Medicine*, 36(8), 1047-1052.
- Lundberg, O. (2013). Bilaga 2: Ökande skillnader i livslängd- den svenska paradoxen. I Sveriges kommuner och landsting, Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar

- skillnader i hälsa. *Elektronisk publisering*, <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-928-7.pdf> (sist lastet ned 24.01.14).
- Lundberg, O., Åberg Yngwe, M., Kölegård Stjärne, M., Björk, L. & Fritzell, J. (2008a). The Nordic Experience. Welfare states and public health. *Health Equity Studies No 12*. Stockholm: Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm Universitet/ Karolinska Institutet.
- Lundberg, O., Åberg Yngwe, M.A., Stjarne, M.K., Elstad, J.I., Ferrarini, T., Kangas, O., Norstrom, T., Palme, J., & Fritzell, J. (2008b). The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. *Lancet*, 372(9650): 1633-1640.
- Lundberg, O., Östergren, O., Menvielle, G., Kulhánová, I., Eikemo, T.A., Mackenbach, J.P. & the EURO-GBD-SE Consortium (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.
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A. & Salonen, J.T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science and Medicine* 44(6): 809-819.
- Lynch J.W. m.fl. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, 320 (7243): 1200-1204.
- Lødding, B. & Holen, S. (2013). Intensivopplæring i eller utenfor klassen? Sluttrapport fra prosjektet Kartlegging av deltakelse, organisering og opplevelse i Overgangsprosjektet innenfor Ny GIV. *NIFU Rapport 42/2013*. Oslo: NIFU.
- Lødemel, I. & Johannesen, A. (red.) (2005). Tiltaksforsøket: mot en inkluderende arbeidslinje? Sluttrapport fra evaluering av Forsøk med kommunalt ansvar for aktive arbeidsretta tiltak for langtidsmottakere av sosialhjelp 2000-2004. *HiO-rapport 2005 nr. 1*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Løvvik, N. (2012). Flere i arbeid og færre på trygd? - en effektevaluering av NAV-reformen. *Rapport 9 – 2012*. Bergen: Rokkansenteret.
- Løyland, B. (2013). Chronic pain, psychological distress, and health-related quality of life among long-term social assistance recipients in Norway. *Doktoravhandling. Medisinsk fakultet*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Mackenbach, J. P. (2005). Genetics and health inequalities: hypotheses and controversies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(4), 268-273.
- Mackenbach, J. P. (2012). "The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox". *Social Science and Medicine* 75: 761-769.
- Mackenbach, J.P., Stronks, K. & Kunst, A.E. (1989). The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. *Social Science and Medicine* 29: 369-76.
- Mackenbach, J.P., Kunst, A.E., Cavelaars, A.E., Groenhouf, F., & Geurts, J.J. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 349(9066): 1655-1659.
- Mackenbach, J. P., Bakker, M. Sitho, M. & Diderichsen, F. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. I Mackenbach, J. P. & Bakker, M. (red.), *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. London: Routledge.
- Mackenbach, J.P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemstrom, O., Valkonen, T., & Kunst, A.E. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology* 32(5): 830-837.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.J.R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A.E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine* 358(23): 2468-2481.
- Mackenbach, J.P., Meerding, W.J & Kunst, A.E. (2011). Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health* 65(5): 412-419. Doi: 10.1136/jech.2010.112680. Epub 2010 Dec 19.

- Main, K.M., Jensen, R.B., Asklund, C., Hoi-Hansen, C.E., Skakkebaek, N.E. (2006). Low birth weight and Male Reproduction. *Hormone research in pediatrics* 65: 116–122.
- Majer, I.M., Nusselder, W.J., Mackenbach, J.P., & Kunst, A.E. (2011). Socioeconomic inequalities in life and health expectancies around official retirement age in 10 Western-European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health* 65(11): 972-979.
- Major, E.F., Dalgard, O.S. Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & L.E. Aarø (2011). *Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Mäki, N., Martikainen, P., Eikemo, T.A., Menvielle, G., Lundberg, O., Östergren, O., Jasilionis, D., Mackenbach, J.P. & the EURO-GBD-SE consortium (2012) Educational differences in disability-free life expectancy: a comparative study of long-standing activity limitation in eight European countries. I Eikemo, T.A. & Mackenbach, J.P. (red.), *EURO-GBD-SE. The potential for reduction of health inequalities in Europe*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Malmberg-Heimonen, I. (2005). Public welfare support and private responses –Studies of European labour market policies in transition, Finnish Institute of Occupational Health, *Research Reports 68*. Doctoral thesis in Social Work. Helsinki: University of Helsinki.
- Malmberg- Heimonen, I. (2011). The effects of family group conferences on social support and mental health for longer term social assistance recipients in Norway. *British Journal of Social work* advance access published January 20, 1-19.
- 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.
- Malmberg-Heimonen, I., Natland, S., Tøge, A.G., Hansen, H.C. & Innvær, S. (2014). *Helhetlig oppfølging av deltakere i Kvalifiseringsprogrammet. Evaluering av «Helhetlig, prinsippstyrt, metodisk tilnærming» HPMT. En klynge-randomisert studie*. Høgskolen i Oslo og Akershus. Fakultet for samfunnsfag/ Sosialforsk. Januar 2014.
- Malmøkkommisjonen (udatert). Kommission för ett socialt hållbart Malmö. *Elektronisk publisering*, <http://www.malmo.se/kommission> (lastet ned 12.09.13).
- Mani, A. Mullainathan, S., Shafir, E. & Zhao, J. (2013). Poverty Impedes Cognitive Function. *Science* 341 (976).
- Manolio T.A. m.fl. (2009). Finding the missing heritability of complex diseases. *Nature* 461: 747-753.
- Marcus, J. (2012). Does job loss make you smoke and gain weight? *SOEP papers*, 432/2012.
- Markussen, E. (2000). Særskilt tilrettelagt opplæring i videregående- hjelper det? Om segregering, inkludering og kompetanseoppnåelse i det første Reform 94- kullet. *FAFO-rapport 341*. Oslo: FAFO.
- Markussen, E. (2009). Innledning. I Markussen, E. (red.), *Videregående opplæring for (nesten) alle?* Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Markussen E. & Sandberg, N. (2005). Stayere, sluttere og returnerte. Om 9756 ungdommer på Østlandet, deres vei gjennom, ut av, eller ut og inn av videregående opplæring, og om deres prestasjoner to år etter avsluttet grunnskole. *NIFU STEP skriftserie 6/2005*. Oslo: NIFU STEP.
- Markussen, M., Strømstad, M, Carlsten, T.C., Hausstätter, R. & T. Nordahl (2007). Inkluderende spesialundervisning? Om utfordringer innenfor spesialundervisningen i 2007. *Rapport 19/2007*. Oslo: NIFU STEP.
- Markussen, E., Frøseth, M.W., Lødding, B. og Sandberg, N. (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.
- Markussen, E., Wigum, M. Frøseth, M.W. & Grøgaard, J.B. (2009). Inkludert eller segregert? Om Spesialundervisning i videregående opplæring like etter innføringen av Kunnskapsløftet. *Rapport 17-2009*. Oslo: NIFU STEP.
- Markussen, E., Frøseth, M. W., Sandberg, N., Lødding, B. & Spord Borgen, J. (2011). Early leaving, non-completion and completion in upper secondary education in Norway. I Lamb, S.,

- Sandberg, N. & Markussen, E. (red.), *School dropout and completion: international comparative studies in theory and policy*. Dordrecht: Springer.
- Markussen, E. & Gloppen, S.K. (2012). Påbygg- et gode eller en nødløsning? En studie av påbygg til generell studiekompetanse i Østfold, Akershus, Buskerud, Rogaland og Nord-Trøndelag skoleåret 2010-2011. *NIFU-Rapport 2/2012*. Oslo: NIFU.
- Markussen, E. & Seland, I. (2012). Å redusere bortvalg - bare skolenes ansvar? En undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i Akershus fylkeskommune skoleåret 2010-2011. *Rapport 6/2012*. Oslo: NIFU.
- Markussen, S., Mykletun, A. og Røed, K. (2012). The case for presenteeism – Evidence from Norway's sickness insurance program, *Journal of Public Economics* 98: 959-972.
- Marmot, M. (2005). *The status syndrome*. London: Bloomsbury.
- Marmot, M.G., Rose, G., Shipley, M. & Hamilton, P.J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 32(4): 244–249.
- Marmot, M.G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E. & Stansfeld S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet* 350(9073): 235-239.
- Marmot, M. m.fl. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Elektronisk publisering, www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review (sist lastet ned 20.02.14).
- Marmot, M. (chair) & UCL Institute of Health Equity (2013). WHO European Review of Social Determinants and the Health Divide. Elektronisk publisering, <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/who-european-review> (sist konsultert 20.02.14).
- Marx, I., Salanauskaite, L. & Verbist, G. (2013). The paradox of redistribution revisited: and that it may rest in peace? *IZA discussion paper no. 7414*.
- Mastekaasa, A. (1996). Unemployment and Health: Selection Effects. *Journal of Community & Applied Social Psychology* (6): 189-205.
- Mathiesen, K.S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., & Helgeland, H. (2007). Trivsel og oppvekst- barndom og ungdomstid. *Rapport 5/07*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- McCormick, M.C. & Richardson, D.K. (2002). Editorial. Premature infants grow up. *The New England Journal of Medicine* 346: 197-198.
- McKeown, T. (1976). *The role of medicine, mirage or nemesis?* London: Nuffield provincial Hospitals trust.
- McLaren L. McIntyre, L., Kirkpatrick, S., (2010) Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health *International Journal of Epidemiology* 39:372–377
- Medical Research council (udatert). Elektronisk publisering, <http://www.mrc.ac.uk/Newspublications/index.htm> (sist lastet ned 24.02.14).
- Mehlum, I.S. (2010). Work-related health problems in the population. Impact of working conditions on health and on social inequalities in musculoskeletal pain among Oslo citizens aged 30-45 years. Doktorgradsavhandling ved UiO. Oslo: UiO.
- Mehlum, I.S. (2011). Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert? *Tidsskrift for den Norske legeforening* 131(2): 122.
- 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.
- Mehlum, I.S., Kjuus, H., Veiersted, K.B. & Wergeland, E. (2005). How valid is self-reported work-relatedness of health problems? A comparative study of self-reported and expert assessed work-relatedness. Abstract (O19.5). *Occupational and Environmental Medicine* 62: e32.
- Mehlum, I.S., Kristensen, P., Kjuus, H. & Wergeland, E. (2008). Are occupational factors important

- determinants of socioeconomic inequalities in musculoskeletal pain? *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 34(4): 250-259.
- Melchior, M., Krieger, N., Kawachi, I., Berkman, L.F., Niedhammer, I. & Goldberg, M. (2005). Work factors and occupational class disparities in sickness absence: findings from the GAZEL cohort study. *American Journal of Public Health* 95(7): 1206-1212.
- Melchior, M., Roquelaure, Y., Evanoff, B. m.fl. (2006). Why are manual workers at high risk of upper limb disorders? The role of physical work factors in a random sample of workers in France (the Pays de la Loire study). *Occup Environ Med* 63(11): 754-61.
- Menvielle, G., m.fl. (2008). Educational differences in cancer mortality among women and men: a gender pattern that differs across Europe. *British Journal of Cancer* 11, 98(5): 1012–1019.
- Midgley, J. (1999). Growth, Redistribution, and Welfare: Toward Social Investment. *Social Service Review* 73(1): 3-21.
- Midthun, A. & Witoszek, N. (2011). The Nordic Model: How sustainable and Exportable is it? I Midthun A. & Witoszek, N. (red), *The Nordic Model: Is it sustainable and exportable?* Oslo: BI/UIO.
- Milton, B., Moonan, M., Taylor-Robinson, D. & Whitehead, M. (red.) (2011). How can the health equity impact of universal policies be evaluated? Insights into approaches and next steps. *Synthesis of discussions from an Expert Group Meeting*. A joint publication between the WHO European Office for Investment for Health and Development, Venice, Italy and the Liverpool WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health Held at the University of Liverpool, 2.-4. november 2010.
- Mirowsky, J., & Ross, C.E. (2003). *Education, social status and health*. New York: Walter de Gruyter.
- Miyaki, K. m.fl. (2013). Socioeconomic Status is Significantly Associated with Dietary Salt Intakes and Blood Pressure in Japanese Workers (J-HOPE Study). *International Journal of Environment Research and Public Health* 10(3): 980-993.
- Moafi, H. & Bjørkli, S.E. (2011). Barnefamiliers tilsynsordninger, høsten 2010. *Rapporter 34/2011*. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Moe, J. O., & Hagen, T. P. (2011). Trends and variation in mild disability and functional limitations among older adults in Norway, 1986–2008. *European journal of ageing*, 8(1), 49-61.
- Moe, J.O., Steingrimsdóttir, O.A., Strand, B.H., & Næss, Ø. (2013). Trends in remaining life expectancy at retirement age (65 years) by educational level in Norway 1961-2009. *Norsk Epidemiologi* 22(2): 85-94.
- Moene, K. (2007). Den nordiske modellen. Artikkelen bygger på framstillingen i boka *Likhet under press* av Barth, E., Moene, K, & Wallerstein M. (Gyldendal, 2003). *Elektronisk publisering*, http://www.sv.uio.no/esop/english/research/publications/working-papers/2007/den_nordiske_modellen.html (lastet ned 9.12.12).
- Moene, K. i samarbeid med E. Barth, I. Krueger, J. T.Lind og Mehlum, H. (2009). Den skandinaviske modellen og økonomisk ulikhet. *NOU 2009:10 Fordelingsutvalget*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Moene, K. (2010). Floating high. How the Nordic model combines capitalist dynamics and worker security. *Elektronisk publisering*, <http://www.sv.uio.no/esop/english/research/publications/articles/2010/Floating%20high.pdf> (Sist lastet ned 13.02.14).
- Mogstad, M. & Rege, M. (2009). Tidlig læring og sosial mobilitet. Norske barns muligheter til å lykkes som voksne. Vedlegg 2 i *NOU 2009:10*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Monstad, K., Engesæter, L. B. & Espehaug, B. (2010). Waiting time and socioeconomic status - an individual-level analysis. *Working Papers in Economics 11/10*. Bergen: Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen.
- Mooney, G. (2012). *The health of nations. Towards a new political economy*. London and New York: Zed books.
- Morel, N., Palier, B. & Palme, J. (red.) (2012a). *Towards a social investment welfare state?: ideas, policies and challenges*. Bristol: Policy Press.

- Morel, N., Palier, B. & Palme, J. (2012b). Beyond the welfare state as we know it? I Morel, N., Palier, B. & Palme, J. (red.), *Towards a Social Investment Welfare State?: Ideas, Policies and Challenges*. Bristol: Policy Press.
- Morel, N. Palier, B. & Palme, J. (2012c). Social Investment: a paradigm in search of a new economic model and political mobilization. I Morel, N., Palier, B. & Palme, J. (red.), *Towards a social investment welfare state? : Ideas, policies and challenges*. Bristol: Policy Press.
- Morgan, S.L. & Winship, C. (2007). *Counterfactuals and Causal Inference: Methods and Principles for Social Research*. New York: Cambridge University Press.
- Mortensen, L.H., Diderichsen, F., Arntzen, A., Gissler, M., Cnattingius, S., Davey-Smith, G., Nybo Andersen, A.M. (2008). Social inequality in fetal growth. A 20-year comparative study of Denmark, Finland, Norway and Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62(4): 325-331.
- Morvik K. (red.), Berntsen, N., Guttormsen, K., Hagen, C., Handeland, I., Engeland Korsbakke, M., Nilsen, H., Stang, E. & Sæter, M. (2012). *Å vokse opp*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Moster, D., Lie, R.T., & Markestad, T. (2008). Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. *The New England Journal of Medicine* 359(3):262-273.
- Munoz-Arroyo, R., & Sutton, M. (2007). *Measuring Socio-Economic Inequalities in Health. A Practical Guide*. Glasgow: ScotPho.
- Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, H., Espelt, A., Rodriguez-Sanz, M., Benach, J., & O'Campo, P. (2011). Review article: Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociology of Health & Illness* 33(6): 946-964.
- Murali V. & Oyebode. F. (2004). Poverty, social inequality and mental health *Advances in Psychiatric Treatment* 10: 216–224.
- Myhre M.C., Thoresen, S., Grøgaard, J.B. & Dyb, G. (2012). Familial factors and child characteristics as predictors of injuries in toddlers: a prospective cohort study. I *BMJ Open*, 2(2), e000740.
- Myklestad, I., Rognerud, M. & Johansen, R. (2008). Levekårsundersøkelsen 2005. Utsatte grupper og psykisk helse. *Rapport 2008:8*. Oslo: Folkehelseinstituttet. *Elektronisk publisering*, <http://www.fhi.no/dokumenter/836ae5a58e.pdf> (Lastet ned 30.3.12).
- Mykletun, A. m.fl. (2010). *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktivisering og nærværreform*. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet.
- Mykletun, A. og Brinchmann, B. (2013). *Effekter av tiltak under IA-avtalen. Rapport fra forskermøte på oppdrag fra Arbeidsdepartementet*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Mæland, J.G. (2010). Forebyggende helsearbeid. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J.G., Elstad, J.I., Næss, Ø. & Westin, S. (2009). Sosialepidemiologi – et nytt fagfelt med tradisjoner. I Mæland, J.G., Elstad, J.I., Næss, Ø. & Westin, S. (red.), *Sosial Epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Møller, G. (2005). Yrkeshemmede med psykiske lidelser. Tiltaksbruk og effekter. *Arbeidsrapport nr. 6 2005*. Bø i Telemark: Telemarksforskning-Bø.
- Nabi, H., Kivimäki M, Marmot M.G., Ferrie J., Zins, M., Ducimetière, P., Consoli, S.M., Singh-Manoux, A. (2008). Does personality explain social inequalities in mortality? The French GAZEL cohort study. *International Journal of Epidemiology* 37: 591-602.
- Nadim, M. & Nielsen, R.A. (2009). Barnefattigdom i Norge. *FAFO-rapport 2009:45*. Oslo: FAFO.
- Nafstad, P., Samulelsen, S.O., Irgens, L.M., Bjerkedal, T. (2002). Birth Weight and Hearing Impairment in Norwegians Born From 1967 to 1993. *Pediatrics* 110(3). Doi: 10.1542/peds.110.3.e30.
- Naper, S.O. (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.
- Naper, S.O., van der Wel, K., & Halvorsen, K. (2008) Arbeidsmarginalisering og fattigdom blant langtidsmottakere av sosialhjelp. I Harsløf, I., og Seim, S., (red.) *Fattigdommens dynamikk. Perspektiver på marginalisering i det norske samfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2004/2013). Skader og ulykker – faktaark. Publisert 06.12.2004, Oppdatert 26.02.2013. <http://www.fhi.no/artikler/?id=50089> (sist lastet ned 21.01.14).

- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2007/2012). Lav mestringsfølelse: Årsak til sammenhengen mellom lav utdanning og psykiske plager. *Elektronisk publisering*, <http://www.fhi.no/artikler/?id=65563> (lastet ned 29.08. 13.)
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv (Rapport 2009:8). Oslo.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2010a). Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge (Rapport 2010:2). Oslo.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2010b). Arbeid, trygd og helse - faktaark med statistikk. *Elektronisk publisering*, <http://www.fhi.no/faktaark> Oppdatert 16.10.12 (lastet ned 19.01.13).
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2011). Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Rapport 2011:2. *Elektronisk publisering*, <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf> (lastet ned 18.01.13).
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2012a). Helsetilstanden i Norge: Kreft. *Elektronisk publisering*, <http://www.fhi.no/artikler/?id=70807> (lastet ned 09.01.13).
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2012b). Forekomsten av psykiske plager og lidelser. *Elektronisk Publisering*, http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2667:1:0:0:::0:0 (lastet ned 15.01.13).
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2012c). Helsetilstanden i Norge: Eldres helse - 65 år og over. *Elektronisk publisering*, <http://www.fhi.no/artikler/?id=85146> (lastet ned 19.01.13).
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2012d). Røyking og snus - faktaark med statistikk. *Elektronisk publisering*, <http://www.fhi.no/artikler/?id=70823>. Publisert 27.02.12, Oppdatert 11.09.13. Forfattere: Grøtvedt, L., Hånes, H., Vollset, S.E. og C. Trewin (diagrammer). (Sist lastet ned 18.02.14).
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2014). Inntekt og helse - faktaark med helsestatistikk. *Elektronisk publisering*, http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6603&MainContent_6263=6464:0:25,6614&List_6212=6218:0:25,6615:1:0:0:::0:0 (lastet ned 31.01.14).
- NAV (2013a). Kontantstøtteleven endret. *Elektronisk publisering*, <https://www.nav.no/Familie/Kontantst%C3%B8tteleven+endret.317047.cms> (lastet ned 07.10.2013).
- NAV (2013b). Kontantstøtte. *Elektronisk publisering*, <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Familie+og+omsorg/Kontantst%C3%B8tte> (Lastet ned 04.09.13).
- NAV (2013c). Veiledende retningslinjer for økonomisk stønad. *Elektronisk publisering*, <https://www.nav.no/Sosiale+tjenester/Sosiale+tjenester/Veiledende+retningslinjer+for+%C3%B8konomisk+st%C3%B8nad.356792.cms> (lastet ned 07.01.14).
- NAV (2014). Arbeidsrettede tiltak. *Elektronisk publisering*, <https://www.nav.no/Arbeid/Arbeidsrettede+tiltak> (lastet ned 07.01.14).
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion* 16(1): 5-16.
- Navarro, V. (2011). Foreword. I Bamba, C. (red.), *Work, worklessness, and the political economy of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Nesheim, T. & Haugland, S. (2003). Fysisk aktivitet og opplevd helse blant norske 11 – 15-åringer. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 123(6): 772-774.
- Nettleton, S. (1995). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.
- NHO (2011). *Velferdsfellen*. Konferansehefte fra Årskonferansen 2011.
- NICE (2008). *Physical activity and the environment*. NICE public health guidance 8. *Elektronisk publisering*, <http://publications.nice.org.uk/physical-activity-and-the-environment-ph8> (sist lastet ned 24.01.14).

- Niederdeppe, J., Kuang, X., Crock B. & Skelton, A. (2008). Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now? *Social Science and Medicine* 67: 1343-1355.
- Nikolai, R. (2012). Towards social investment? Patterns of public policy in the OECD world. I Morel, N. Palier, B. & Palme, J. (red), *Towards a social investment welfare state? Ideas, policies and challenges*. Bristol: The Policy Press.
- Nilsen, R. & Grønningsæter, A.B. (2011) *Bolig, helse og sosial ulikhet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Nilsen, S.M., Ernsten, L., Krokstad, S., & Westin, S. (2012). Educational inequalities in disability pensioning - the impact of illness and occupational, psychosocial, and behavioural factors: The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Scandinavian Journal of Public Health* 40(2): 133-141.
- Nisbett, R.E., Aronson, J. Blair, C. Dickens, W., Flynn, J., Halpern D.F. & Turkheimer, L. (2012). Intelligence. New findings and theoretical developments. *American Psychologist* 67(2): 130-159.
- NOA (2011). Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2011. Status og utviklingstrekk. *STAMI-rapport 2011 nr 7*. Oslo: STAMI.
- Nord, E. (2011). Sjansespill om barnehager. Aftenposten 07.02.14. *Elektronisk publisering*, <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Sjansespill-om-barnehager-6276727.html#.UgKBxG29Lvg> (lastet ned 19.08.13).
- Nordby, H., Rønning R. & Tellnes, R. (red.) (2011). *Social aspects of illness, disease and sickness absence*. Oslo: Unipub.
- Nordhagen, R., Nielsen A., Stigum, H. & Kohler, L. (2005). Parental reported bullying among Nordic children: a population based study. *Child Care Health Development* 31: 693-701.
- Norges forskningsråd (2012). *Følgeevaluering av samhandlingsreformen – mål- og rammedokument for forskningsbasert evaluering av samhandlingsreformen*. Norges forskningsråd, 10.02.2012.
- NOU 1976:6. *Utdanning og ulikhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 2003:16. *I første rekke. Forsterket kvalitet i en grunnopplæring for alle*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- NOU 2009:10. *Fordelingsutvalget*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- NOU 2010:7. *Mangfold og mestring. Flerspråklige barn, unge og voksne i opplæringssystemet*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- NOU 2011:7. *Velferd og migrasjon. Den norske modellens framtid*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- NOU 2011:4. *Bedre integrering. Mål, strategier og tiltak*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- NOU 2012:6. *Arbeidsrettede tiltak*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- NOU 2012:15. *Politikk for likestilling*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- NOU 2013:4. *Kulturutredningen 2014*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- NOVA (2013). Ungdata. Nasjonale resultater 2010- 2012. *NOVA Rapport 10/13*. Oslo: NOVA.
- Nuland, B.R., Hjort, J.L., Fløtten, T. & Backe-Hansen, E. (2009). Aktivitet og deltakelse for fattige barn og unge. En evaluering av to statlige tilskuddsordninger. *FAFO-rapport 2009:50*. Oslo: FAFO.
- Nutley, S., m.fl. (2013). *What counts as good evidence? Research Unit for Research Utilisation*. School of Management University of St Andrews.
- Nygaard, R. (2009). *Billigere barnehageplasser - dyrere SFO*. <http://wap.ssb.no/artikkel/valgaktuelt/2009-08-24> (lastet ned 25.05.13).
- Næss Ø., Rognerud, M. & Strand, B.H. (red.) (2007a). Sosial ulikhet i helse. En faktarapport *FHI 2007:1*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Næss, Ø., Piro, F.N., Nafstad, P., Smith, G.D. & Leyland, A.H. (2007b). Air pollution, social deprivation, and mortality. A multilevel cohort study. *Epidemiology* 18(6): 686-694.
- Næss, Ø. & Kristensen, P. (2009). Livsløpet og sosiale ulikheter i helse. I Mæland J.G. m.fl. (red.), *Sosialepidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal.

- O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). Analyzing health equity using household survey data. *A guide to techniques and their implementation*. Washington, D.C: The World Bank.
- OECD (2006). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. Norway, Poland and Switzerland. *Elektronisk publisering*, <http://browse.oecdbookshop.org/oecd/pdfs/product/8106091e.pdf> (lastet ned 17.01.13).
- OECD (2010). *Sickness, disability and work: breaking the barriers*. *Elektronisk publisering*, <http://www.oecd.org/els/socialpoliciesanddata/46461638.pdf> (lastet ned 16.01.13).
- OECD (2011a). *OECD Employment Outlook 2011*, OECD Publishing. *Elektronisk publisering*, <http://www.oecd.org/els/oecdemploymentoutlook2011.htm> (sist lastet ned 18.02.14).
- OECD (2011b). *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*, OECD Publishing. *Elektronisk publisering*, <http://dx.Doi.org/10.1787/9789264119536-en>.
- OECD (2011c). *An Overview of Growing Income Inequalities in OECD Countries: Main Findings. Divided We Stand Why Inequality Keeps Rising*. OECD Publishing. *Elektronisk publisering*, <http://www.oecd.org/social/soc/dividedwestandwhyinequalitykeepsrising.htm>.
- 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).
- 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.
- Ohrem Naper, S. m.fl. (2008). Arbeidsmarginalisering og fattigdom blant langtidsmottakere av sosialhjelp i 1990 og 2005. I Harsløf, I. & Seim, S. (red.), *Fattigdommens dynamikk. Perspektiver på marginalisering i det norske samfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olds, D.L. (2006). The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27: 5-25.
- Olsen, B. & Thi Van, M. (2007). Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Rapport fra tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 2. kvartal 2006, Statistisk sentralbyrå, *Rapport 2007/3*. Oslo/ Kongsvinger: SSB.
- Ommundsen, Y. & Aadland, A. A. (2009). Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er inaktive – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet? *Elektronisk publisering*, <http://www.hesledirektoratet.no/Publikasjoner/fysisk-inaktive-voksne-i-norge-hvem-er-de-og-hva-motiverer-til-okt-fysisk-aktivitet.pdf> (lastet ned 16.01.13).
- Opheim, V. (2009). Kostnader ved frafall: Hva betyr frafall i videregående opplæring for inntekt blant ulike grupper yrkesaktiv ungdom? *Søkelys på arbeidslivet* 26(3): 325–340.
- Opheim, V., Gjerustad, C. & Sjaastad, J. (2013). Sluttrapport fra prosjektet 'Ressursbruk og læringsresultater i grunnopplæringen'. *NIFU-rapport 23/2013*. Oslo: NIFU.
- Ose, S.O. m.fl. (2009). *Evaluering av IA-avtalen (2001-2009)*. *SINTEF rapport*. Trondheim: SINTEF. Oslo: Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og –helse, Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Ose, S.O. (2010). Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag. *SINTEF rapport A14516*, Trondheim: SINTEF.
- Ose, S.O., Kaspersen, S.L., Reve, S.H., Mandal, R. Jensberg, H. & Lippestad, J. (2012). *Sykefravær – gradering og tilrettelegging*. Trondheim: SINTEF.
- Palmer, K. T., Harris, E. C., Linaker, C., Barker, M., Lawrence, W., Cooper, C., & Coggon, D. (2012). Effectiveness of community-and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology* 51(2): 230-242.
- Pampel, F.C., Krueger, P.M., & Denney, J.T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual Review of Sociology* 36: 349-370.
- Pape, K., Bjørngaard, J.H., Westin, S., Holmen, T.L. & Krokstad, S. (2011). Reading and writing difficulties in adolescence and later risk of welfare dependence. A ten year follow-up, the HUNT Study, Norway. *BMC Public Health* 11: 718.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of*

- Vocational Behavior* 74(3): 264-282.
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy. A realist Perspective*. Los Angeles: Sage.
- Pearce, N. & Smith, G. (2003). Davey Is Social Capital the Key to Inequalities in Health? *American Journal of Public Health* 93: 122-129.
- Pedersen, A.W. (2004). Inequality as Relative Deprivation: A Sociological Approach to Inequality Measurement. *Acta Sociologica* 47(1): 31-49.
- Pedersen, A.W. (2013). Inntekt og helse. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. *Elektronisk publisering*, www.hioa.no/helseulikhet.
- Persson, S. (2012). Førskolans betydelse för barns utveckling, lärande och hälsa. Ett diskussionsunderlag fremtaget før kommissionen for et sosialt hållbart Malmö. Elektronisk publisering tilgjengelig fra <http://www.malmo.se/Kommun--politik/Kommission-for-ett-socialt-hallbart-Malmo/Underlag-och-rapporter.html> (sist lastet ned 29.01.14).
- Petersen, C.B., Mortensen, L.H., Morgen, C.S., Madsen, M., Schnor, O., Arntzen, A., Gissler, M., Cnattingius, S., & Andersen, A.M. (2009). Socio-economic inequality in preterm birth: a comparative study of the Nordic countries from 1981 to 2000. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 23(1): 66-75.
- Phelan, J.C., Link, B.G., & Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51: S28-S40.
- Pillas, D., Pikhart, H., Goldblatt, P. & Morrison, J. (2013). *Systematic review: social inequalities, early child development and early child health. Drivers for health equity. Early childhood development*. Under publisering, <http://health-gradient.eu/early-childhood-2/>
- Politisk plattform for Høyre/Frp-regjeringen (2013). *Elektronisk publisering*, <http://www.regjeringen.no/pages/38500565/plattform.pdf> (sist lastet ned 17.02.14).
- Prop. 90 L (2010–2011). *Lov om folkehelsearbeid* (folkehelseloven) Oslo: Helse - og omsorgsdepartement.
- Prop. 1S (2011–2012). *Proposisjon til Stortinget* (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2012. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Rasmussen, I., Grindheim, J.E. & Jorde, B. (2009). *Samspill uten retning og midler? Hvem skal aktivere hvem? Evaluering av Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Rasmussen, I., Strøm, S., Sverdrup, S. & Vennemo, H. (2012). Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner. *Rapport 2012/41*. Oslo: Vista Analyse.
- Ravndal Kostøl, A. og K. Telle (2011). Sykefraværet i Norge de siste tiårene. Det handler om kvinnene. *Samfunnsøkonomen* nr. 1 2011.
- Reading, R. (1997). Poverty and the health of children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood* 76: 463–467.
- Rege, M., Telle, K., & Votruba, M. (2005). The effect of plant downsizing on disability pension utilization. *Discussion Papers No. 435*, October 2005. Statistisk sentralbyrå, Forskningsavdelingen. Oslo/Kongsvinger: SSB.
- Regidor, E. (2004a). Measures of health inequalities: part 1. *Journal of epidemiology and community health* 58(10): 858-861.
- Regidor, E. (2004b). Measures of health inequalities: part 2. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58(11): 900-903.
- Regionförbundet ÖSTSAM (udatert). Östgötakommission för folkhälsa. *Elektronisk publisering*, <http://www.ostsam.se/article.asp?id=224> (lastet ned 12.09.13).
- Reicborn-Kjennerud, K. (2009). En ny mulighet - brukernes opplevelse av KVP i NAV". *AFI-notat 11/2009*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Ribeiro, L.A., Zachrisson, H.D., Schjolberg, S., Aase, H., Rohrer-Baumgartner, N. & Magnus, P. (2011). Attention problems and language development in preterm low-birth-weight children: Cross-lagged relations from 18 to 36 months. *BMC Pediatrics* 2011, 11:59.

- Riksrevisjonen (2012). Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg. *Dokument 3:3* (2011-2012).
- 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.
- Rochut, J. & Van Kerm, P. (2010). The link between unemployment and health in Europe using ECHP. Paper presentert på *Journées de Microéconomie Appliquée, 2010*.
- Rognerud M. & 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. Doi:10.1093/eurpub/cki070.
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 14(1): 32-38.
- Rose, G. (2008). *Rose's strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Rossow I., Pape, H. & Baklien, B. (2010). Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer. *Sirus-rapport 5*. Oslo: Sirus.
- Rostad, B., Schei, B., & Nilsen, T.I.L. (2009a). Social inequalities in mortality in older women cannot be explained by biological and health behavioural factors—results from a Norwegian health survey (the HUNT Study). *Scandinavian journal of public health* 37(4): 401-408.
- Rostad, B., Deeg, D. J., & Schei, B. (2009b). Socioeconomic inequalities in health in older women. *European Journal of Ageing* 6(1): 39-47.
- Rostila, M. (2013). The social capital of welfare states and its significance for population Health. I Kawachi, I., Takao, S. & Subramanian, S.V. (red.), *Global perspectives on social capital and health*. New York: Springer.
- Rothstein, B. (1998). *Just Institutions Matter: The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rothstein, B. and Stolle, D. (2008). The state and social capital: An institutional theory of generalized trust. *Comparative Politics* 40: 441-460.
- Rowntree, B.S. (1901). *A Study of Town Life*. London: Macmillan and Co.
- Rubin, D.B. (2007). The design versus the analysis of observational studies for causal effects: Parallels with the design of randomized trials. *Statistical Medicine* 26: 20-36.
- Ruger, J.P. (2010). *Health and social justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Ruhm, C.J. (2005). Healthy living in hard times. *Journal of Health Economics* 24: 341-363.
- Ruhm, C. J. (2007). A healthy economy can break your heart. *Demography* 44(4): 829-848.
- Rytter, K. (2012). Fra kasteball til avklart helse". Foreløpige resultater fra STYRK-prosjektet – helseavklaring av 300 langtidsmottakere av sosialhjelp. Trygdeforskningsseminaret 26 november 2012. *Elektronisk publisering*, http://www.samfunnsforskning.no/content/download/93042/1076662/file/Kirsten%20Rytter_r_Fra%20kasteball%20til%20avklart%20helse.pdf (lastet ned 19.09.13).
- Rønsen, M. & Skarðhamar, T. (2007). Do welfare-to-work initiatives work? Evidence from an activation programme targeted at social security recipients in Norway. *Discussion Papers No. 519*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Rønsen, M. & Kitterød, R.H. (2010). Cash for care in Norway: take-up, impact and consequences. I Sipilä, J. Repo, K. & Rissane T. (red.), *Cash-for-childcare. The consequences for caring mothers*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Sagatun, Å., Heyerdahl, S., Wentzel-Larsen, T. & Lien, L. (2014). Mental health problems in the 10th grade and non-completion of upper secondary school: the mediating role of grades in a population-based longitudinal study. *BMC Public Health* 2014, 14:16. Doi: 10.1186/1471-2458-14-16.
- Sage, D. (2013). Activation, health and well-being: neglected dimensions? *International Journal of Sociology and Social Policy* 33(1/2): 4-20.
- Sahlgren, G. (2012). Work 'til You Drop: Short-and Longer-Term Health Effects of Retirement in Europe. *IFN Working Paper Nr. 928*, 2012.

- Salm, M. (2009). Does job loss cause ill health? IZA discussion papers, No. 4147.
- Salomon, J. A., Wang, H., Freeman, M. K., Vos, T., Flaxman, A. D., Lopez, A. D., & Murray, C. J. (2013). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet* 380(9859): 2144-2162.
- Samdal, O., Høivik Bye, H., Torsheim, T., Fismen, A.-S., Haug, E., Smith, O.R.F. & Wold, B. (2012a). Trender i sosial ulikhet i helseatferd. *Tidsskrift for Ungdomsforskning* 12(2): 21-42.
- Samdal, O., Høivik Bye, H., Torsheim, T., Skogbrott Birkeland, M., Diseth, Å.R., Fismen, A.-S., Haug, E., Leversen, I. & Wold, B. (2012b). 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.
- Sandberg, N. og H. Høst (2009). *Videregående opplærings historie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sandbæk, M. (red), med bidrag fra Skevik Grødem, A., Kristofersen, L.B., Elstad, J.I., Clausen, S-E. & Thorød, A.B. (2008). Barns levekår. Familiens inntekt og barns levekår over tid. *NOVA Rapport 7/2008*. Oslo: NOVA.
- Sanders, L.M, Federico, S., Klass, P., Abrams, M.A. & Dreyer, B. (2009). Literacy and Child Health. A Systematic Review. *Archives of Pediatric Adolescence Medicine* 163(2): 131-140.
- Schafft, A. (2013). Om å komme seg i arbeid. I Norvoll, R. (red.), *Samfunn og psykisk helse*. Samfunnsfaglige perspektiver. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Schafft, A. & Spjelkavik, Ø. (2011). Evaluering av Kvalifiseringsprogrammet: sluttrapport. *AFI-rapport 4/2011*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Schaap, M.M., Kunst, A.E., Leinsalu, M., Regidor, E., Ekholm, O., Dzurova, D., Helmert, U., Klumbiene, J., Santana, P. & Mackenbach, J.P. (2008). Effect of nationwide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries. *Tobacco Control* 17: 248–255. Doi:10.1136/tc.2007.024265.
- Schiefloe, P.M. (2010). Oljelandet. Frønes, I. & Kjølrsrød, L. (red.). *Det norske samfunn*. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Schjølberg, S., Eadie, P., Zachrisson, H.D., Oyen, A.S. & Prior, M. (2011). Predicting language development at age 18 months: data from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 32(5): 375-383.
- 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.
- Schmitz, H. (2011). Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour economics*, 18(2011):71-78.
- Schou, L., Dyb, G. & Graff-Iversen, S. (2007). Voldsutsatt ungdom i Norge - resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. *Rapport 2007/8*. Oslo: Folkehelseinstituttet, og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Schreiner, R. (2012). NAV-reformen: Flere i arbeid - færre på trygd? Frischsenteret. Rapport 1/2012 (Rapport fra prosjektet "Arbeidsretting - effektstudier"). *Elektronisk publisering*, http://www.frisch.uio.no/pdf/rapp12_01.pdf (Lastet ned 16.01.13).
- Schuring, M., Burdorf, L., Kunst, A., & Mackenbach, J. (2007). The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61(7): 597-604.
- Schøne, P., Jensen, R. S., Severinsen, J., Barth, E., Engelstad, F., Gulbrandsen, T., Høgsnes, G., Røed, M. & Rogstad, J. (2009). Kontantstøtten roten til alt ondt? *Søkelys på arbeidslivet* 26(2): 151-152.
- Schmitz, H. (2011) Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour economics*, 18:71-78.
- Scruggs, L., & Allan, J. (2006). Welfare-state decommodification in 18 OECD countries: a replication and revision. *Journal of European Social Policy* 16(1): 55-72.
- Seeberg, M.L. (2010). Hvorfor (ikke) benytte seg av retten til barnehage? *Barnehagefolk* 4:71-73.
- Seeberg, M.L., Seland, I. & Hassan, S.C. (2012). «Litt vanskelig at alle skal med!» *Rapport 1:*

- Evaluering av leksehjelpstilbudet 1.-4. trinn.* Oslo: NIFU og NOVA.
- 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.
- Seippel, Ø., Strandbu Å. & Aaboen Sletten, M. (2011). Ungdom og trening. Endring over tid og sosiale skillelinjer. *NOVA-rapport 3/2011*. Oslo: NOVA.
- Sen A. (2009). Utvikling som frihet. I Svendsen, L.F.H. (red.), *Liberalisme. Politisk frihet fra John Locke til Amartya Sen*. Oslo: Universitetsforlaget
- Sen, A. (2010). *The idea of justice*. London: Penguin Books.
- Shadish, W.D., Cook, T.D & Campell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Shadmi, E. (2013). Multimorbidity and equity in health. *International journal for equity in health* 12(1), 59.
- Shkolnikov, V.M., Andreev, E.M., Jdanov, D.A., Jasilionis, D., Kravdal, O., Vagero, D., & Valkonen, T. (2012). Increasing absolute mortality disparities by education in Finland, Norway and Sweden, 1971-2000. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66(4): 372-378.
- 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.
- Siegrist, J., Benach, J., McKnight, A. & Goldblatt, P. (2009). Employment arrangements, work conditions and health inequalities. Task group submission to the Marmot Review. *Elektronisk publisering*, <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/employment-and-work-task-group-report/employment-and-work-task-group-full-report.pdf>.
- Simons, A.M., Groffen, D.A. & Bosma, H. (2013). Socio-economic inequalities in all-cause mortality in Europe: an exploration of the role of heightened social mobility. *European Journal of Public Health* 2013 Dec; 23(6):1010-2. Doi:10.1093/eurpub/ckt145.
- Skocpol, T. (1991). Targeting Within Universalism: Politically Viable Policies to Combat Poverty in the United States. I Jencks C. & Peterson, P.E. (red.), *The Urban Underclass*. Washington, D.C.: The Brookings Institution.
- Skog Hansen, I.L. & Hauastad, H. (2012). Diskriminerende barrierer i arbeidslivet Aktivitets- og rapporteringsplikt som virkemiddel for området nedsatt funksjonsevne. *FAFO-rapport*. Oslo: FAFO.
- Sletten, M. A. (2011). Å ha, å delta, å være en av gjengen. Velferd og fattigdom i et ungdomsperspektiv. *NOVA-report 11/11*. Oslo: NOVA.
- Smeby L. (2009). *Sosioøkonomisk ulikhet i bruk av helsetjenester Lik bruk ved likt behov?* Masteroppgave. Oslo: UiO.
- Smedslund, G., Steiro, A.K., Winsvold, A. & Hammerstrøm, K.T. (2008). Effekt av tiltak for å fremme et sunnere kosthold & økt fysisk aktivitet, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status. *Rapport fra Kunnskapsenteret nr. 08 -2008*. Oslo: Kunnskapsenteret.
- Smith, G.D. & Lynch, J. (2004). Life course approaches to socioeconomic differentials in health. I Kuh, D. & Ben-Shlomo, Y. (red.), *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Solberg, E., Børing, P., Larsen, K.A., Gleinsvik, A. & Olsen, D.S. (2013). Bedriftskultur for læring. En studie av videreutdanning og opplæring i norske små og mellomstore bedrifter. *NIFU-rapport 27/2013*. Oslo: NIFU.
- Sosial- og helsedirektoratets ekspertgruppe - sosial ulikhet i helse (2005). *Handlingsprinsipper for å takle sosial ulikhet i helse*. Vedtatt 24. november 2005. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2007). *Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Oslo: Oslo forlagstrykkeri.
- Spjelkavik, Ø. (2011). Supported employment i Norden. *AFI-rapport 3/2011*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

- Stamnes Kjøpp, U.M., Andersen L.F. Dahl-Jørgensen, K., Stigum, H., Næss, Ø. & Nystad, W. (2012). Maternal pre-pregnant body mass index, maternal weight change and offspring birthweight. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 91: 243–249.
- Statistisk sentralbyrå (2007). Barn i lavinntektsfamilier 1996-2004. *SSB-rapport 2007/33*. Oslo.
- Statistisk sentralbyrå (2008). Hva skjer med helsen vår midt i livet? *Elektronisk publisering*, <http://www.ssb.no/ssp/utg/200805/04/> (lastet ned 19.01.13).
- Statistisk sentralbyrå (2010a). Sykefravær, egen- og legemeldt. Uendret sykefravær siden 2001. *Elektronisk publisering*, <http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/201002/03/art-2010-05-03-01.html> (Lastet ned 17.01.2013).
- Statistisk sentralbyrå (2010b). Uførhet er mer enn bare helse. Uførhet i Norden. *Elektronisk Publisering*, <http://www.ssb.no/ssp/utg/201002/10/> Lastet ned 19.01.2013.
- Statistisk sentralbyrå (2010c). Seniorer i Norge 2010. *Elektronisk Publisering*, http://www.ssb.no/emner/00/02/sa_seniorer/sa120/sa120.pdf (lastet ned 19.01.13).
- Statistisk sentralbyrå (2011) Statistisk årbok. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Statistisk sentralbyrå (2012). Innvandring og innvandrere. *Elektronisk publisering*, <http://www.ssb.no/innvandring/> (lastet ned 09.01.13).
- Statistisk sentralbyrå (2013a). Kvalifiseringsstønad, 2012. *Elektronisk publisering*, <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/kvalstonad> (lastet ned 07.01.14).
- Statistisk sentralbyrå (2013b). Økonomisk sosialhjelp 2012. *Elektronisk publisering*, <http://ssb.no/soshjelpk> (lastet ned 07.01.14).
- Statistisk sentralbyrå (2013c). Gjennomstrømning i videregående opplæring, 2007-2012. *Elektronisk publisering*, <https://www.ssb.no/vgogjen/> (lastet ned 19.02.14).
- Statistisk sentralbyrå (2013d). Befolkningens utdanningsnivå, 1. oktober 2012. *Elektronisk publisering*, <http://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utniv> (sist lastet ned 03.03.14).
- Stefansen, K. (2004). Fritid og sosial deltakelse. I Sandbæk, M. (red.), Barns levekår. Hva betyr familiens inntekt? *Nova Rapport 11/04*. Oslo: Nova.
- Stefansen, K. & Farstad, G. (2008). Småbarnsforeldrenes omsorgsprosjekter. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 49(3): 343-372.
- Stefansen, K. & Skogen, K. (2010). Selective identification, quiet distancing: understanding the working-class response to the Nordic daycare model. *The Sociological Review* 58(4): 587-603.
- Steingrimsdóttir, O.A., Næss, Ø., Moe, J.O., Groholt, E.K., Thelle, D.S., Strand, B.H., & Baevre, K. (2012). Trends in life expectancy by education in Norway 1961-2009. *European Journal of Epidemiology* 27(3): 163-171.
- Steiro, A., Smedslund, G. & Rud, M.G. (2006). Tiltak for å inkludere sosialhjelpsmottakere i arbeidsmarkedet. *Notat fra Kunnskapssenteret mai 2006*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Steiro A., Smedslund, G. & Hammerstrøm, K. (2007). Tiltak for å redusere røyking, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status. *Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 13 - 2007*. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Steketee, M., Jonkman, H., Berten, H. & Vettenburg, N. (2013). *Alcohol use Among Adolescents in Europe. Environmental Research and Preventive Actions*. Report funded in the 7th FP, European Commission, Health Determinants unit.
- Stiglitz, J.E. (2012). *The price of inequality*. New York: W.N. Norton.
- Stirbu, I. (2008). Inequalities in health, does health care matter? *Thesis at the Erasmus MC*. Rotterdam: University Medical Center Rotterdam.
- Stjernø, S. & Øverbye, E. (2012). *Arbeidslinja. Arbeidsmotivasjonen og velferdsstaten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- St.meld. nr. 16 (2001-2002). *Kvalitetsreformen. Om ny lærerutdanning. Mangfoldig - krevende – relevant*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet
- St. meld. nr. 6 (2002-2003). *Tiltaksplan mot fattigdom*. Oslo: Sosialdepartementet.

- St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- St.meld. 30 (2003-2004). *Kultur for læring*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.
- St.meld. nr. 9 (2006-2007). *Arbeid, velferd og inkludering*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- St.meld. nr. 16 (2006-2007). *...og ingen stod igjen. Tidlig innsats for livslang læring*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- St.meld. nr. 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 30 (2008-2009). *Klima for forskning*. Oslo: Kunnskapsdepartementet
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- St.meld. 19 (2009-2010). *Tid til læring – oppfølging av Tidsbrukutvalgets rapport*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- St.meld. nr. 11 (2010-2011) *Evaluering av skattereformen 2006*. Oslo: Finansdepartementet.
- St.meld. 18 (2010-2011). *Læring og fellesskap. Tidlig innsats og gode læringsmiljøer for barn, unge og voksne med særlige behov*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- St.meld. nr. 22 (2010-2011). Kunnskapsdepartementet (2011a). *Motivasjon – Mestring – Muligheter Ungdomstrinnet*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- St.meld. nr. 29 (2010-2011). *Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv*. Arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerheit. Oslo: Arbeidsdepartementet.
- St.meld. nr. 30 (2010-2011) *Fordelingsmeldingen*. Oslo: Finansdepartementet.
- St.meld. nr. 10 (2011-2012). *Kultur, inkludering og deltaking*. Oslo: Kulturdepartementet.
- St.meld. nr. 26 (2011-2012) *Den norske idrettsmodellen*. Oslo: Kulturdepartementet.
- St.meld. nr. 20 (2012-2013). *På rett vei. Kvalitet og mangfold i fellesskolen*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- St.meld. nr. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 46 (2012-2013). *Flere i arbeid*. Oslo: Arbeidsdepartementet.
- Storvoll, E.E., Rossow, I., Moan, I.S., Norström, T., Scheffels, J. & Lauritzen, G. (2010). Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk. *SIRUS-rapport 3 2010*. Oslo: SIRUS.
- St.prp. nr. 53 (1997-98). *Innføring av kontantstøtte til småbarnsforeldre*. Oslo: Barne- og Familiedepartementet.
- Strand, B.H. & Næss, Ø. (2009). Folkehelsens sosioøkonomiske fordeling. I Mæland, J.G. Westin, S., Elstad, J.I. & Næss, Ø. (red.), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal.
- Strand, B.H., Groholt, E.K., Steingrimsdóttir, O.A., Blakely, T., Graff-Iversen, S., & Næss, O. (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>.
- Strand, B.H., Steingrimsdóttir, Ó.A. Myklestad, I. & Næss, Ø. (2013a). 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.
- Strand, B.H., Steingrimsdóttir, O.A., Bævre, K., Grøholt, E.-K., Ariansen, I. & Næss, Ø. (2013b). What are the main causes of death behind the changes in educational inequalities in mortality in Norway the last 5 decades? *Abstract*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- 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.

- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet* 374 (9686): 315-323.
- Stuckler, D. & Basu, S. (2013). *The body economic. Why austerity kills*. New York: Basic Books.
- Støren, L.A. (2013). Lav kompetanse og «fanget» i velferdssystemet. Rammer det særlig innvandrere? I Hammer, T. og C. Hyggen (red.), *Ung, voksen og utenfor. Mestring og marginalitet på vei til voksenliv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Støren, L.A., Helland, H. & Grøgaard, J.B. (2007). Og hvem stod igjen...? Sluttrapport fra prosjektet Gjennomstrømning i videregående opplæring blant elever som startet i videregående opplæring i årene 1999–2001. *NIFU STEP Rapport 14/2007*. Oslo: NIFU STEP.
- Sullivan, D., & von Wachter, T. (2009). Job Displacement and Mortality: An Analysis Using Administrative Data. *The Quarterly Journal of Economics* 124(3): 1265-1306.
- Sund, E. (2010). Sosial kapital. Teorier og perspektiver. En kunnskapsoversikt med vekt på folkehelse. *Rapport 04/2010*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Sundt, H. (2013). Å snakke med barn – det er mye mer enn teknikk. Om barns rett til å bli hørt i barnevernet. *Rapport januar 2013*. Oslo: Redd Barna.
- Suominen-Taipale, A.L., Koskinen, S., Martelin, T., Holmen, J., Johnsen, R., (2004). Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *European Journal of Public Health* 14: 375-380.
- Svalund, J. (2005). Velferdsstatens siste hull? *Samfunnsspeilet* 3(19): 2-8.
- Svendsen, L.F.H. (2009). Amartya Sen. I Svendsen, L.F.H. (red.), *Liberalisme*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Syed, H.R., Dalgard, O.S., Hussain, A., Dalen, I., Claussen, B., & Ahlberg, N.L. (2006). Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *International Journal of Equity in Health* 5 7.
- Sygna, K., Aasvang, G.M., Aamodt, G., Oftedal, B., Evandt, J. & Hjertager Krog, N. (2013). Social inequalities in road traffic noise exposure. Abstract NIPH, Environment and health. *Abstract Number: 4574*, ID: P-3-07-12. <http://ehp.niehs.nih.gov/ehbase13/p-3-07-12/> (sist lastet ned 29.01.14).
- Syse, A., Tretli, S., & Kravdal, Ø. (2008). Cancer's impact on employment and earnings- a population-based study from Norway. *Journal of Cancer Survivorship* 2(3): 149-158.
- Sæther, J.P. (2010). Barn i barnehage - foreldrebakgrunn og utvikling de seneste årene. *Rapporter 11/2010*. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Tancau, R. (2011). Norwegian welfare system set to be example in Davos. 27. januar 2011. *Elektronisk publisering*, <http://theforeigner.no/pages/news/norwegian-welfare-system-set-to-be-example-in-davos/> (lastet ned 11.12.13).
- Taylor, G. (2007). *Ideology + welfare*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Tell, G. m.fl. (2013). *Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer – nasjonal oppfølging av WHO's mål*. Oslo: Helsedirektoratet.
- The Economist (2006). Soft paternalism: The state is looking after you. 6. april 2006. *Elektronisk publisering* <http://www.economist.com/node/6772346> (lastet ned 11.12.13).
- The Economist (2011a). The Nordic countries: The next supermodel. 31. januar 2011. *Elektronisk publisering*, <http://www.economist.com/news/leaders/21571136-politicians-both-right-and-left-could-learn-nordic-countries-next-supermodel> (lastet ned 11.12.13).
- The Economist (2011b). Social justice: Scales of justice. 11. januar 2011. *Elektronisk publisering*, http://www.economist.com/blogs/dailychart/2011/01/social_justice (lastet ned 11.12.13).
- The Legatum Prosperity Index (2013). *Elektronisk publisering*, <http://www.prosperity.com/Ranking.aspx> (lastet ned 11.12.13).
- Thomas, S. Fayter, D, Misso, K., Ogilvie, D., Petticrew, M., Sowden, A., Whitehead, M. & Worthy, G. (2008). Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Control* 17: 230-237.

- Thorsheim T., Leversen I. & Samdal, O. (2007). Sosial ulikhet i ungdoms helse: Er helseatferd viktig? *Norsk Epidemiologi* 17(1): 79-86.
- Thorød, A.B. (2012). Deltakelse og valg av organiserte fritidsaktiviteter når familiens økonomi er svak. *Fontene Forskning* 1/12: 19-31.
- Thrane, C. (2006). Explaining educational-related inequalities in health: Mediation and moderator models. *Social Science & Medicine* 62(2): 467-478.
- Torgersen, T. P., Giæver, Ø. & Stigen, O.T. (2007). *Developing an intersectoral national strategy to reduce social inequalities in health. The Norwegian case*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Townsend, P. (1983) [1979]. *Poverty in the United Kingdom. A survey of household resources and standards of living*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Townsend, P., & Davidson, N. (1988). The Black report. I Townsend, P., Davidson, T. & Whitehead, M. (red.), *Inequalities in health*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Treiman, D.J. (1994). Occupational prestige in comparative perspective. I Grusky, D.B. (red.), *Social stratification. Class, race and gender in sociological perspective*. Boulder: Westview Press.
- Tufte, P.A. (2013a). Å studere sosiale årsakssammenhenger. *Sosiologi i dag* 43(3): 91-109.
- Tufte, P.A. (2013b). Forståelser av kausalbegrepet i samfunnsvitenskapene. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 54(3): 341-354.
- Turmo, A., Guttersrud, Ø., Elstad, E. & Olsen, R.V. (2009). The impact of attending after-school care schemes on science achievement in primary school: A Norwegian study. *International Journal of Educational Research* 48(5): 331-341.
- Tvetene, K.G. (2006). *Fattigdom blant barn, unge og familier – et kunnskaps og erfaringshefte*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Ugreninov, E. (2005). *Seniorer i Norge*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Undheim, A.M. (2003). Dyslexia and psychosocial factors. A follow-up study of young Norwegian adults with a history of dyslexia in childhood. *Nordic Journal of Psychiatry* 57: 221-226.
- UNDP (2013). *Human Development Report 2013. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World*. New York: the United Nations Development Programme.
- UNICEF (2013). Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview. *Innocenti Report Card 11*. Firenze: UNICEF Office of Research.
- Utdanningsdirektoratet (2011). Generell del av læreplanen. *Elektronisk publisering*, http://www.udir.no/upload/lareplaner/generell_del/Generell_del_lareplan_bm.rtf (sist lastet ned 06.01.14).
- Utdanningsdirektoratet (2012a). Betydelig framgang for norske elever. *Elektronisk publisering*, <http://www.udir.no/Tilstand/Internasjonale-studier-/Betydelig-framgang-for-norske-elever/> (lastet ned 30.08.13).
- Utdanningsdirektoratet (2012b). Sosial ulikhet etter Kunnskapsløftet. *Elektronisk publisering*, <http://www.udir.no/Tilstand/Forskning/Rapporter/NOVA/Sosial-ulikhet-etter-Kunnskapsloftet/> (lastet ned 21.11.13).
- Utdanningsdirektoratet (2013). *Gjennomføringsbarometeret 2013:1 Ny GIV*. Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Utdanningsdirektoratet (udatert). Tilpasset opplæring. *Elektronisk publisering*, <http://www.udir.no/Lareplaner/Veiledninger-til-LK06/Veileder-fremmedsprak-cont/Undervisningsveiledning-til-lareplan-i-Fremmedsprak/Hoyremeny/Tilpasset-opplaring/> (sist lastet ned 06.01.14).
- Vakharia, K.T., Shapiro N.L. & Bhattacharyya, N. (2010). Demographic disparities among children with frequent ear infections in the United States. *The Laryngoscope* 120(8): 1667–1670.
- Valkonen, T. (1989). Adult mortality and level of education: a comparison of six countries. I Fox, A.J. (red.), *Health inequalities in European countries*. Aldershot: Gower.
- Van de Mheen, H., Stronks, K., Schrijvers, C. T. M., & Mackenbach, J. P. (1999). The Influence of Adult Ill Health on Occupational Class Mobility and Mobility out of and into Employment in the Netherlands. *Social Science and Medicine* 49(4): 509-518.

- Vandenbroucke, F. & Vleminckx, K. (2011). Disappointing poverty trends: is the social investment state to blame? *Journal of European Social Policy* 21(5): 450-471.
- van der Wel, K. A. (2011). Long-term effects of poor health on employment: the significance of life stage and educational level. *Sociology of Health and Illness* 33(7): 1096-1111.
- van der Wel, K. A. (2013). Den sjenerøse velferdsstaten: heroin, medisin eller vitamin? I Stjernø, S. & Øverbye, E. (red.), *Arbeidslinja. Arbeidsmotivasjonen og velferdsstaten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- van der Wel, K. A., Dahl, E., Lødemel, I., Løyland, B., Ohrem Naper, S., & Slagsvold, M. (2006). Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp. *HiO rapport 2006:29*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- van der Wel, K.A., & Dahl, E. (2009). Materialistiske og strukturelle forklaringer på sosial ulikhet i helse. I Mæland, J.G. Westin, S., Elstad, J.I. & Næss, Ø. (red.), *Sosial epidemiologi: sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- van der Wel, K.A., Dahl, E., & Birkelund, G.E. (2010). Employment inequalities through busts and booms: The changing roles of health and education in Norway 1980-2005. *Acta Sociologica*, 53(4): 355-370.
- van der Wel, K.A., Dahl, E., & Thielen, K. (2012a). Social Inequalities in "Sickness": Does Welfare State Regime Type Make a Difference? A Multilevel Analysis of Men and Women in 26 European Countries. *International Journal of Health Services* 42(2): 235-255.
- van der Wel, K.A., Dahl, E. & Halvorsen, K. (2012b). *Arbeidsinkludering og arbeidsmotivasjon i et komparativt perspektiv. Sluttrapport til NAV/FARVE*. Oslo: HiOA.
- van Doorslaer, E., Masseria, C. & OECD Health Equity Research Group (2004). Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. *OECD Health Working Paper no. 14*. Paris: OECD.
- Van Lancker, W. (2013). Putting the child-centred investment strategy to the test: evidence for the EU27. *European Journal of Social Security* 1(15): 4-27.
- van Raalte, A.A. m.fl. (2012). The contribution of educational inequalities to lifespan variation. *Population Health Metrics* 10(3). Doi:10.1186/1478-7954-10-3.
- van Sluijs, E.M.F., McMinn, A.M. & Griffin, S.J. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *British Medical Journal* 2007;335: 703-707.
- Venkatapuram, S. (2011). *Health justice*. Cambridge: Polity Press.
- Vestel, V. & Hydle, I. (2009). Fritidsklubb – kvalifisering og rusforebygging? *NOVA-rapport 15/09*. Oslo: NOVA.
- Vibe, N., Frøseth, M.W., Hovdhaugen, E. & Markussen, E. (2012). Strukturer og konjunkturer Evaluering av Kunnskapsløftet. Sluttrapport fra prosjektet Tilbudsstruktur, gjennomføring & kompetanseopptilrette i videregående opplæring. *Rapport 26, 2012*. Oslo: NIFU.
- Vikum, E., Krokstad, S., Holst, D., Westin, S. (2012). Socioeconomic inequalities in dental services utilisation in a Norwegian county: the third Nord-Trøndelag Health Survey. *Scandinavian Journal of Public Health* 40(7): 648-655. Doi: 10.1177/1403494812458989. Epub 25. september 2012.
- Vikum, E., Johnsen, R. & Krokstad, S. (2013). Social inequalities in patient experiences with general practice and in access to specialists: the population-based HUNT Study. *BMC Health Services Research* 1, 13(1): 240. Doi:10.1186/1472-6963-13-240.
- Virtanen, P., Liukkonen, V., Vahtera, J., Kivimäki, M., & Koskenvuo, M. (2003). Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. *International Journal of Epidemiology* 32(6):1015-1021.
- Vos, T., Carter, R., Barendregt, J., Mihalopoulos, C., Veerman, L., Magnus, A., Cobiac, L., Bertram, M., Wallace, A. (2010). Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE-prevention). Final report. *Elektronisk publisering*, www.deakin.edu.au/strategic-research/.../ace-prevention-report.pdf (sist lastet ned 19.02.14).

- Vrålstad, S. (2012). Sosiale levekår. I Grebstad, U.B. (red.), *Sosialhjelp og levekår i Norge*. Statistiske analyser, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Vyncke V. m.fl. (2013). Does neighbourhood social capital aid in leveling the social gradient in the health and well-being of children and adolescents? A literature review. *BMC Public Health* 13(65). Doi:10.1186/1471-2458-13-65.
- Vågerö, D. (2011). Commentary: intelligence in youth and all-cause mortality. Some problems in a recent meta-analysis. *International Journal of Epidemiology* 40(3): 644-646
- Vågerø, D. & Illsley, R. (1995). Explaining health inequalities. Beyond Black and Barker. A discussion of some issues emerging in the decade following the Black report. *European Sociological Review* 11(3): 219-241.
- Waddell, G. & Burton, K. (2010). *Is work good for your health and well-being?* London: TSO.
- Wall, J. Murchu, C.N., Blakely, T., Rodgers, A. & Wilton, J. (2006). Effectiveness of monetary incentives in modifying dietary behavior: A review of randomized, controlled trials. *Nutrition reviews* 64(12): 518-531.
- Wathne, C.T. (2001). *Tunge løft og bruk av tekniske hjelpemidler i alders- og sykehjem*. Europeisk uke 2000. Sluttrapport. Oslo, Arbeidstilsynet: 2001.
- Wergeland, E., Gjertsen F. & Lund J. (2009). Arbeidsskadedødsfall blir underrapportert. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009; 129(10): 981-986.
- West, P. (1991). Rethinking the health selection explanation for health inequalities. *Social Science and Medicine* 32(4): 373-384.
- West, P. (1997). Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science & Medicine* 44: 833-858.
- Westerlund, H., m.fl. (2009). Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study. *The Lancet* 374(9705): 1889-1896.
- Westerlund, H., Vahtera, J., Ferrie, J. E., Singh-Manoux, A., Pentti, J., Melchior, M., ... & Kivimäki, M. (2010). Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. *BMJ: British Medical Journal*, 341.
- Westin, S. & Giæver, Ø. (2012). Loven om den omvendte evidens. I Larsen, Ø., Fretheim, A. Frøyshov Larsen, I. & Westin, S. (red), *Medisinsk kunnskap. Hvor kommer den fra og hva brukes den til?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- White, M., Adams, J. & Heywood, P. (2009). How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? I Babones S., (red.), *Health, Inequality and Public Health*. Bristol: Policy Press.
- Whitehead, M. (1990). *The concepts and principles for equity in health*. København: WHO's regionalkontor for Europa.
- Whitman, G. (2010). The rise of the new paternalism. 5. april 2010. *Elektronisk publisering*, <http://www.cato-unbound.org/2010/04/05/glen-whitman/the-rise-of-the-new-paternalism/> (lastet ned 11.12.13).
- Winther F.Ø. og Førde, R. (udatert). Etikk. *Elektronisk publisering*, http://snl.no/.sml_artikkel/etikk (Lastet ned 20.11.2013).
- WHO (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Genève: Verdens helseorganisasjon.
- WHO (2010a). Environment and health risks: a review of the influences and the effects of social inequalities. København: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2010b). Evaluering av arbeidet med tobakksforebygging i Norge. *Elektronisk publisering*, http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Tobakk/WHO_rapport_NORS K.pdf (lastet ned 01.08.13).
- WHO (2011). Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. 21. oktober 2011. *Elektronisk publisering*, http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf (lastet ned 11.12.13).
- WHO (2013). *Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013*. København: WHO's regionskontor i Europa.

- WHO (2014). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Elektronisk publisering*, <http://apps.who.int/classifications/icf/en/index.html> (lastet ned 21.01.14).
- WHO Europe (1998). Health for all in the 21st century. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European region. European Health for All Series No. 5. *Elektronisk publisering*, <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health21-an-introduction-to-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region> (sist lastet ned 4.01.14)
- WHO Europe (2013). *Evaluation of the Norwegian nutrition policy with a focus on the Action Plan on Nutrition 2007–2011*. København: WHO Europa.
- Wichstrøm, L. (1998). Alcohol intoxication and school dropout. *Drug and Alcohol Review* 17(4): 413-421.
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Link Egger, H., Solheim, E. & Hamre Sveen, T. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53(6): 695-705.
- Wigen, T.I, Skaret E. & Wang, N.J. (2009). Dental avoidance behaviour in parent and child as risk indicators for caries in 5-year-old children. *Inter. J of Paediatric Dentistry* 19(6): 431-437.
- Wigen, T.I. & Wang, N.J. (2010). Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 38(1): 19-28.
- Wigen, T.I. & Wang, N.J. (2011). Maternal health and lifestyle, and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to age 5 year. *European Journal of Oral Sciences* 119(6): 463-468.
- Wilcox, A.J. (2001). On the importance - and the unimportance - of birthweight. *International Journal of Epidemiology* 30: 1233-1241.
- Wilcox A.J. (2002). *The Analysis of Birth Weight and Infant Mortality: An Alternative Hypothesis*. Durham, NC: Epidemiology Branch, National Institute of Environmental Health Sciences.
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *The spirit level. Why greater equality makes societies stronger*. New York, Berlin, London: Bloomsbury Press.
- Williams, D.R., Costa, M.V., Odunlami, A.O. Mohammed, S.A. (2008). Moving upstream: How interventions that address the social determinants of health can improve health and reduce disparities. *Journal of Public Health Management Practice* 14(Suppl):S8-17.
- Williams, D.R., & Sternthal, M. (2010). Understanding Racial/ethnic Disparities in Health: Sociological Contributions. *Journal of Health and Social Behaviour* 51 (Suppl): S15–S27.
- Wold, B. & Samdal, O. (2009). Levevaner: individuelle valg eller sosiokulturelle produkter? I Mæland J.G. m.fl. (red.), *Sosialepidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Wollscheid, S. & Noonan, E. (2012). Tiltak mot frafall i videregående skole virker! *Bedre skole* 2: 37-41.
- Woolf, S.H. & Laudan, A. (red.) (2013). *U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health*. Washington: The National Academies Press.
- Working for Equity in Health Consortium (2012). *Working for Equity in Health. The role of work, worklessness and social protection in health inequalities. Context, situation analysis and evidence review*. Edinburgh: The Scottish Government.
- Wright, E. O., & Wright, E. L. (1985). *Classes*. London: Verso.
- Ytrehus, S. (2004). Fattige barn i Norge. Hvem er de og hvor bor de. *Fafo-rapport 445*. Oslo: FAFO.
- Zachrisson, H.D., Lekhal, R., & Schjølberg, S. (2010). Barnehage og psykisk helse hos sped- og småbarn. I Slinning, K. Moe, V. & Hansen, M.B. (red.), *Norsk håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Zachrisson, H.D., Lekhal, R. & Mykletun, A. (2011). Hva gjør barnehagene med barna? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 48(6): 578-581.
- Zachrisson, H.D., Dearing, E., Lekhal, R. & Toppelberg, C.O. (2013). Little Evidence that Time in Child Care Causes Externalizing Problems during Early Childhood in Norway. *Child Development* 84(4): 1152-1170.

- Zambrana, I.M., Ystrøm, E., & Pons, F. (2012). Impact of gender, maternal education, and birth order on the development of language comprehension: A population-based longitudinal cohort study from age 18 to 36 months. *J. of Developmental & Behavioral Pediatrics* 3(2): 146-155.
- Zewdu, A.M. (2010). Health-related benefits among children in the child welfare system: prevalence and determinants of basic and/or attendance benefits. *Norsk Epidemiologi* 20(1): 77-84.
- Øverbye, E. (2012). Deconstructing universalism. *Paper presented at the 2nd sociology and social work conference* Oslo, 30.-31. mai 2012.
- Øverbye, E. (2013). *From fragmented to integrated systems, and from limited to broad coverage? The Evolution of social welfare systems in Europe from the birth of the welfare state to the present, 1883-2013*. Høgskolen i Oslo og Akershus: Rapport for UNDP Beijing.
- Øverbye, N.C., Klepp, K.I., & Bere, E. (2012). Introduction of a school fruit program is associated with reduced frequency of consumption of unhealthy snacks. *American Journal of Clinical Nutrition* 96(5): 1100-1103.
- Øverbye, E. & Stjernø, S. (2012). Arbeidsmotivasjon, arbeidslinje og velferdsstat. I Øverbye, E. & Stjernø, S. (red.), *Arbeidslinja – arbeidsmotivasjon og velferdsstaten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Øya, T. (2011). Ungdomsskoleelever. Motivasjon, mestring og resultater. *NOVA Rapport 9/11*. Oslo: NOVA.



www.hioa.no

Stuedsted Pilestredet
Pilestredet 46
0167 Oslo

Stuedsted Kjeller
Kunnskapsveien 55
2007 Kjeller

