

# Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt.

## Internetvedlegg 1. Mål og anbefalinger

### Innledning

Dette vedlegget inneholder en oppsummering av de mål, politiske anbefalinger og påpekning av forskningsbehov, som er oppført avslutningsvis i kapitlene 6 til 14. I de tilfelle vi nevner konkrete tiltak er de ment som eksempler og er hverken eksklusive eller uttømmende; det er antakelige flere veier som fører til Rom. Anbefalingene angir i hovedsak en retning for politikken, heller enn konkrete anvisninger av hvilke spesifikke tiltak som bør settes i verk. Det overordnede målet er å redusere sosial ulikhet i helse uten at noen grupper kommer dårligere ut.

Ut i fra vår lesning av forskningslitteraturen har det utkrystallisert seg noen retningslinjer som vi mener politikken for å redusere sosial ulikhet i helse framover bør bygge på. Retningslinjene, som ligger til grunn for våre anbefalinger under hvert kapittel, er følgende:

### 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 «oppstrøms». Dette er de bakerste årsakene – årsakene til årsakene – altså selve ulikhetsstrukturen. Å redusere reproduksjonen av ulikhet over generasjoner, og å minske inntektsulikhetene i samfunnet, er eksempler på slike tiltak. En kan også tenke seg «midtstrømsintervensjoner», altså tiltak rettet inn mot å begrense skaden av en ulikhet som allerede er etablert. Et eksempel kan være å bedre arbeidsmiljøet. Til sist kan en lansere tiltak «nedstrøms». Dette kan handle om lik tilgang til helsetjenester, eller å endre folks helsevaner. Vi argumenter for

at innsatsen må rettes inn mot alle intervensjonspunktene, men at oppstrøms- og midtstrømsfaktorer vil være mest effektive på lang sikt. *Tiltak som settes inn tidlig i livet kan ventes å være særlig effektive.*

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

Mye folkehelsepolitikk handler om å få folk til å treffe de rette valgene. Det er ikke enkelt. Valgene vi tar påvirkes av 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 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.

### 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 «oppstrøms» 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 (oppstrøms) eller arbeidsmiljøforbedringer (midtstrøms) kan spille sammen med prisregulering av tobakk (nedstrøms) 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 politiske 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.

## Kapittel 6: Oppvekst

### Mål

Målet er å redusere sosiale ulikheter i muligheter for barn og ungdoms 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.

### Politiske anbefalinger

1. *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.

2. *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.

3. *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 sammenliknet 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 helsereelatert 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.

## Kapittel 7: Skole og utdanning

### Mål

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

### Politiske 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 helse relaterte 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 årsaksmekanismene 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.

## Kapittel 8 Sysselsetting

### Mål

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

### Politiske 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.

## Kapittel 9 Arbeidsmiljø

### 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.

### Politiske 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. *Primærforbygging 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.

## Kapittel 10 Inntekt

### Mål

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

### Politiske 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 funksjonshemmede 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 inntektsrelaterte 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.

## Kapittel 11: Helsevaner

### Mål

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

### Politiske 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, syklister, 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.

## Kapittel 12 Helsetjenester

### 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.

### Politiske 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 egenandelsystemet. 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.

## Kapittel 13 Sosialhjelpsmottakere

### Mål

Målet er at sosialhjelpsmottakere og overlappende vanskeligstilte grupper skal få bedre levekår og helse.

### Politiske 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 barnas 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.

## Kapittel 14 Vurdering av den norske strategien

### Mål

Målet er at den norske Helseforskjellsstrategien som ble lansert i 2007 skal bli enda bedre og mer formålstjenlig.

### Politiske 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 gjennomtrengende alt som gjøres i myndighetenes daglige virke og reformvirksomhet i alle relevante sektorer. Dette gjelder i alle faser av reformprosesser: initiering, utredning, planlegging, implementering og evaluering. Evalueringer av relevant offentlig politikk, tiltak og intervensjoner bør skaffe til veie kunnskap om prosesser og effekter for ulike sosioøkonomiske grupper.
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.