



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.meld. nr. 20

(2006–2007)

Nasjonal strategi for å utjevne
sosiale helseforskjeller



Innhold

1	Innledning	5	Del I	Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller	29
1.1	Rettferdig fordeling er god folkehelsepolitikk.	5	3	Inntekt	31
1.2	Helhetlig politikk for å jevne ut sosiale forskjeller	6	3.1	Mål: Redusere økonomiske forskjeller	32
1.3	Mål: Redusere sosiale helseforskjeller.	6	3.2	Virkemidler.	32
1.4	Fire innsatsområder for å utjevne sosiale helseforskjeller	6	3.2.1	Skatte- og avgiftssystemet.	32
1.4.1	Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller	7	3.2.2	Følge utviklingen i inntektsforskjeller	32
1.4.2	Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester	7	4	Oppvekst	34
1.4.3	Målrettet innsats for sosial inkludering	7	4.1	Mål: Trygge oppvekstvilkår og like muligheter til utvikling	34
1.4.4	Utvikle kunnskap og sektorovergrepene verktøy	7	4.2	Virkemidler.	34
1.5	Avgrensninger	7	4.2.1	Barnehage og skole.	34
1.6	Sammendrag.	8	4.2.2	Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	35
2	Fakta om sosiale helseforskjeller i Norge	11	4.2.3	Psykisk helsetilbud til barn og unge	37
2.1	Systematiske helseforskjeller	12	4.2.4	Barneverntjenesten	37
2.1.1	Store og økende sosiale forskjeller i dødelighet blant voksne	12	4.2.5	Organisasjons- og kulturdeltakelse	39
2.1.2	De fleste store dødsårsaker er sosialt skjevfordelt	13	5	Arbeid og arbeidsmiljø	42
2.1.3	Betydelige sosiale forskjeller i psykisk helse	14	5.1	Mål: Et inkluderende arbeidsliv og sunne arbeidsmiljøer	42
2.1.4	Helseforskjeller gjennom hele livsløpet.	14	5.2	Virkemidler.	42
2.2	Sosiale strukturer påvirker helse	14	5.2.1	Arbeidsmiljølovgivningen	42
2.2.1	Inntekt.	14	5.2.2	Arbeidstilsynet	42
2.2.2	Oppvekst.	17	5.2.3	Bedriftshelsetjenesten.	43
2.2.3	Arbeid og arbeidsmiljø	18	5.2.4	Økt sysselsetting blant innvandrere	43
2.3	Systematiske forskjeller i helseatferd og tilgang til helsetjenester.	21	5.2.5	Handlingsplan mot sosial dumping	44
2.3.1	Helseatferd	21	5.2.6	System for nasjonal overvåking av arbeid og helse.	44
2.3.2	Helsetjenester.	24	5.2.7	Forskningssatsing på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet	44
2.4	Grupper med spesielle helseutfordringer	25	5.2.8	Sykefravær og utstøting i særlig utsatte bransjer.	44
2.4.1	Grupper med langvarige levekårsproblemer	25	Del II	Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester	47
2.4.2	Risikoutsatte barn og unge	26	6	Helseatferd	49
2.4.3	Innvandrere	27	6.1	Mål: Reduserte sosiale forskjeller i helseatferd	50
2.4.4	Områder med samisk og norsk bosetting	27	6.2	Virkemidler.	50
2.4.5	Aleneboende.	28	6.2.1	Tilgjengelighet i skoler og barnehager	51
			6.2.2	Tiltak i lokalmiljøet	51
			6.2.3	Arbeidslivet som arena	52

6.2.4	Livsstilsveiledning i helsetjenesten	53	9	Årlig rapportering	77
6.2.5	Regulere tilgang til varer og tjenester	54	9.1	Mål: Systematisk oversikt over utviklingen	78
7	Helsetjenester	57	9.2	Virkemidler	78
7.1	Mål: Likeverdige helse- og omsorgstjenester	57	9.2.1	Rapporteringssystem	78
7.2	Virkemidler	57	10	Sektorovergripende verktøy	79
7.2.1	Egenandeler	58	10.1	Mål: Alle samfunnssektorer tar ansvar	79
7.2.2	Styring og organisering av helsetjenesten	60	10.2	Virkemidler	79
7.2.3	Forskning og kunnskapsutvikling	61	10.2.1	Helsekonsekvensutredninger nasjonalt og lokalt	79
Del III	Målettet innsats for sosial inkludering	63	10.2.2	Kommunenes samfunns- og arealplanlegging	80
8	Målettet innsats for sosial inkludering	65	10.2.3	Partnerskap for folkehelse	81
8.1	Mål: Bedre levekårene for de vanskeligst stilte	66	11	Kunnskapsutvikling	83
8.2	Virkemidler	66	11.1	Mål: Økt kunnskap om årsaker og effektive tiltak	83
8.2.1	Tilknytning til arbeidsmarkedet	66	11.2	Virkemidler	83
8.2.2	Helse- og sosialtjenester	67	11.2.1	Overvåking og kartlegging	83
8.2.3	Boligpolitikk	70	11.2.2	Forskning	83
8.2.4	Frivillige organisasjoner	71	11.2.3	Evaluering av tiltak	84
8.2.5	Utsatte geografiske områder	72	12	Økonomiske og administrative konsekvenser	86
Del IV	Utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy	75	Vedlegg		
			1	Internasjonale erfaringer	88



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.meld. nr. 20

(2006–2007)

Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 9. februar 2007,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Innledning

1.1 Rettferdig fordeling er god folkehelsepolitikk

Den norske befolkningens helse er god. Men gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller. Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Vi må erkjenne at vi har et lagdelt samfunn – der de som er mest privilegert økonomisk også har best helse. Disse helseforskjellene er sosialt skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med. Regjeringen vil derfor sette i verk en bred og langsiktig strategi for å utjevne de sosiale helseforskjellene.

Det er mange faktorer som bidrar til å skape og opprettholde de sosiale helseforskjellene. Sammenhengene er komplekse, men vi kan slå fast at det i hovedsak er sosiale betingelser som påvirker helse og ikke omvendt. Selv om alvorlige helseproblemer i mange tilfeller fører til tap av inntekt og arbeid og problemer med å fullføre utdanning, vil likevel sosial posisjon påvirke helsen i større grad enn helsen påvirker sosial posisjon. En kunnskapsoversikt laget på oppdrag fra EU, konkluderer med at sosiale helseforskjeller i alle europeiske land, inkludert Norge, hovedsaklig skyldes forskjeller i materielle, psykososiale og atferdsrelaterte risikofaktorer. Sosiale helseforskjeller er et uttrykk for

gjennomgående urettferdigheter, og dette skjer i et samfunn der vi er opptatt av at alle skal ha like muligheter til å oppnå god helse.

Regjeringen mener at folkehelsearbeidet i større grad må ta utgangspunkt i samfunnets ansvar for befolkningens helse. Hver enkelt av oss har et betydelig ansvar for egen helse, og det er viktig å respektere individets myndighet og innflytelse over eget liv. Men enkeltmenneskets handlingsrom er begrenset av forhold utenfor individets kontroll. Selv helseatferd som røyking, fysisk aktivitet og kosthold er i stor grad påvirket av økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer som den enkelte ikke har valgt. 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. Folkehelsearbeidet framover skal ikke i hovedsak rettes mot å gi de som allerede har god helse, enda litt bedre helse. Nå er utfordringen å løfte resten av befolkningen opp på det samme nivået som de med best helse. Folkehelsearbeid innebærer å arbeide for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen.

1.2 Helhetlig politikk for å jevne ut sosiale forskjeller

Denne stortingsmeldingen inngår sammen med St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering* og St.meld. nr. 16 (2006–2007) ... og ingen sto igjen – *Tidlig innsats for livslang læring* som en del av regjeringens helhetlige politikk for sosial utjevning, inkludering og fattigdomsbekjempelse. Strategien for å redusere sosiale helseforskjeller utgjør helse delen av denne politikken.

Stortingsmeldingen legger føringer for hvordan regjeringen og departementene skal arbeide med utjevning av sosiale helseforskjeller det neste tiåret. Strategien trekker opp linjene og skal være styrende for departementenes arbeid med:

- årlige budsjetter
- styringssignaler til underliggende etater, regionale helseforetak med mer
- lover, forskrifter og annet regelverk
- interdepartementalt samarbeid, organisatoriske og andre tilgjengelige virkemidler

Det er lagt vekt på å beskrive ansvarsforholdene på det enkelte satsingsområde og hvilke virkemidler som skal tas i bruk for å bidra til en reduksjon i helseforskjellene. Tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller er i stor grad knyttet til oppfølgingen av andre stortingsmeldinger, handlingsplaner og satsingsområder, for eksempel St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering*, St.meld. nr. 16 (2006–2007) ... og ingen sto igjen – *Tidlig innsats for livslang læring*, *Handlingsplan mot fattigdom*, *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen* (2007–2011) og *Nasjonal helseplan*. En viktig del av det framtidige arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller vil bli å sikre at dette hensynet også integreres i kommende satsinger.

1.3 Mål: Redusere sosiale helseforskjeller

Mål

Det overordnede målet for denne strategien er å:

- redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse

Arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller vil kreve langsiktig og målrettet innsats på mange områder. I strategien er det satt mål for arbeidet på følgende områder: inntekt, oppvekst, arbeid og arbeidsmiljø, helseatferd, helsetjenester og sosial inkludering. Det vil ta tid før vi kan måle resultatene av innsatsen, i form av reduserte helsefor-

skjeller, på alle disse områdene. Målene er derfor ikke avgrenset i tid, men krever kontinuerlig innsats de kommende ti årene.

Regjeringen vil følge utviklingen mot hvert av målene for å kontrollere at vi er på rett vei. Til hvert mål skal det derfor utvikles indikatorer som skal inngå i årlig rapportering om arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller (se kapittel 9).

1.4 Fire innsatsområder for å utjevne sosiale helseforskjeller

Sammensatte problemer krever omfattende og sammensatte løsninger. Det er mange årsaker til helseforskjeller, fra grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som arbeids- og bomiljø, til mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester. De ulike områdene kan betraktes som sammenhengende og til dels overlappende årsakskjeder. Barns levekår og omgivelser i oppveksten påvirker blant annet utdanningsløp og yrkesmuligheter senere i livet, som igjen påvirker helse i voksen alder. Dessuten har tilgang på ressurser i oppveksten som sunt kosthold, frisk luft og fysisk aktivitet en direkte betydning for helsen senere i livet.

Arbeidet mot sosiale helseforskjeller må kombinere målrettet innsats mot spesielt utsatte grupper med generelle velferdsordninger og befolkningsrettede tiltak. Helseforskjellene rammer hardest i grupper med lav inntekt og kort utdanning, og det er derfor viktig å prioritere disse gruppene. Men målrettede og skreddersydde tiltak er likevel ikke alltid de beste virkemidlene. I mange tilfeller kan målretting, for eksempel behovsprøving, virke stigmatiserende og derfor mot sin hensikt. Generelle velferdsordninger virker mindre stigmatiserende og bidrar til å forebygge at mennesker havner i sårbare situasjoner. I tillegg har sosiale helse-



Figur 1.1 Sammenhengende årsakskjeder

forskjeller betydning for alle sosiale lag, ikke utelukkende for de som er vanskeligst stilt. Vi må derfor bygge videre på den nordiske tradisjonen med generelle velferdsordninger, samtidig som vi må ha egne tiltak for å hjelpe dem som har det vanskeligst.

For å ivareta behovet for en bred tilnærming, har denne strategien følgende fire innsatsområder: 1) Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller, 2) Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester, 3) Målrettet innsats for sosial inkludering, og 4) Utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy:

1.4.1 Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller

De sosiale forholdene vi lever under, utgjør grunnmuren for helsen. Grunnlaget for sosiale helseforskjeller legges tidlig, og barndommen er en sårbar periode i livet. Det er derfor nødvendig med tidlig innsats for å forebygge utvikling av sosiale helseforskjeller. Gode og trygge oppvekstvilkår for alle, rettferdig fordeling av inntekt og like muligheter til utdanning og arbeid er samfunnets mest grunnleggende investering for å redusere sosiale helseforskjeller.

1.4.2 Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester

Helseatferd varierer med sosial bakgrunn og har stor betydning for helsen. Vi må respektere enkeltmenneskets verdivalg og samtidig erkjenne at sunn livsstil blant annet er et spørsmål om ressurser og overskudd. Det er nødvendig å rette oppmerksomheten mot de bakenforliggende og strukturelle årsakene til atferden for å legge til rette for sunne helsevalg. Virkemidler for å påvirke pris- og tilgjengelighet er sentrale for å redusere sosiale forskjeller i livsstilssykdommer.

Det er nødvendig å undersøke nærmere om den norske helsetjenesten er med på å utjevne eller forsterke de sosiale forskjellene. Tjenestene skal være tilgjengelige for alle uavhengig av sosial bakgrunn og bidra til å redusere sosiale helseforskjeller.

1.4.3 Målrettet innsats for sosial inkludering

Vi har et særskilt ansvar for å inkludere mennesker som på grunn av samfunnsskapte barrierer står i fare for å falle utenfor utdanning, arbeidsliv og andre viktige arenaer. Å være ekskludert fra det sosiale liv og bli behandlet som mindre verdt, fører

til dårligere helse og større risiko for tidlig død. Mange vanskeligstilte har behov for mer målrettede tjenester. Universelle ordninger må derfor suppleres med individuelt tilpassede tjenester og tiltak som ivaretar dette. Brukerrettede og tilpassede offentlige tjenester er nødvendig for at alle, uansett bakgrunn og forutsetninger, skal få likeverdige tjenester. Vi må sørge for et inkluderende arbeidsliv, en inkluderende skole og tilrettelagte helse- og sosialtjenester. Det offentlige må samarbeide med frivillige organisasjoner i dette arbeidet.

1.4.4 Utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy

Sosiale helseforskjeller henger nøye sammen med sosiale forskjeller på mange samfunnsområder. Arbeidet for å redusere de sosiale helseforskjellene må derfor følges opp i alle sektorer. Det er behov for systematisk rapportering for å følge utviklingen i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. Helsekonsekvensutredninger og samfunns- og arealplanlegging er viktige virkemidler. Videre må ordningen med partnerskap for folkehelse styrkes og videreutvikles.

Vi har kunnskap nok til å iverksette tiltak. Men vi må samtidig styrke kunnskapen om både årsaker til sosiale helseforskjeller og effektive virkemidler, slik at tiltakene vi setter inn stadig blir mer treffsikre.

1.5 Avgrensninger

Denne stortingsmeldingen tar for seg forskjeller som følger utdanning, yrke og inntekt. Helseproblemer i enkelte grupper vil bli omtalt i den grad deres helseproblemer faller sammen med helseforskjeller knyttet til utdanning, yrke og inntekt. For eksempel vet vi at kroniske sykdommer er mer utbredt i grupper med kort utdanning og lav inntekt. Videre er det slik at kjønn, etnisk bakgrunn og bosted ofte henger nært sammen med sosiale forskjeller.

Sammenhengen mellom kjønn og sosiale helseforskjeller er kompleks. Dersom vi tar utgangspunkt i levealder, er de sosiale forskjellene mindre for kvinner enn for menn. For andre helsemål, som for eksempel psykisk helse, er de sosiale forskjellene større for kvinner. Enkelt studier viser at tilgjengelighet til helsetjenester er kjønnsmessig skjevt fordelt.

En del av de vanligste målene på sosial bakgrunn har tradisjonelt vært vanskeligere å anvende på kvinner enn menn. Personinntekt har

for eksempel ikke vært et godt uttrykk for sosial posisjon blant kvinner. En del kvinner har lav eller ingen personinntekt, men lever i husholdninger med høy inntekt. Husholdningens inntekt – justert for antall medlemmer – regnes derfor som et mer korrekt uttrykk for faktisk ressurstilgang enn personinntekt. Når det gjelder yrke som uttrykk for sosial posisjon, kan det også være vanskelig uten videre å sammenligne kjønnene, fordi yrkesvalg tradisjonelt har vært kjønnsavhengig.

Vi finner mange av de samme sosiale helseforskjellene innad i de fleste etniske grupper som i befolkningen generelt. Like fullt er en del mer spesifikke helseproblemer mer utbredt i enkelte etniske grupper enn i andre, og slike sammenhenger kan i en del tilfeller være sammenfallende med sosioøkonomisk posisjon. Det er likevel ikke slik at noen helseproblemer er felles for alle etniske minoritetsgrupper. Tilgjengelighet til helsetjenester vil også kunne variere mellom og innenfor etniske grupper.

Sammenhengen mellom sosiale helseforskjeller og bosted er ofte enklere og klarere enn de er for kjønn og etnisk bakgrunn. Det fremste eksempelet på dette er kanskje Oslo, der forskjellene i gjennomsnittlig levealder mellom bydeler er opp til 12 år eller mer blant menn. Det er også relativt store regionale forskjeller i dødelighet. Slike geografiske helseforskjeller er ofte sammenfallende med forskjeller i levekår.

1.6 Sammendrag

I denne stortingsmeldingen presenteres en bred og langsiktig strategi for å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse.

I kapittel 2 beskrives de sosiale forskjellene i Norge. Befolkningens gjennomsnittshelse er god. Gjennomsnittlig forventet levealder er høy, spedbarnsdødeligheten er lav og folk flest vurderer sin egen helse som god. Men gjennomsnittstallene skjuler store forskjeller: Levealderen har økt i de fleste utdanningsgrupper, men den har økt mest i grupper med lang utdanning. Vi finner sosiale helseforskjeller nesten uansett hvordan vi måler sosial posisjon og nesten uansett hvilke mål på helse som benyttes.

Sosiale, økonomiske, fysiske og atferdsmessige forhold påvirker den enkeltes helse – både positivt og negativt. På befolkningsnivå er det en klar sammenheng mellom sosiale og økonomiske forhold og helse. Dersom vi grupperer befolkningen etter inntekt eller utdanningsnivå, ser vi at hel-

setilstanden i gruppene blir gradvis bedre i takt med økning i inntektsnivå eller utdanningslengde. Sammenhengen mellom sosial posisjon og helse er gradvis og kontinuerlig, og har betydning for alle lag i samfunnet. Kapitlet ser nærmere på betydningen av inntekt, oppvekstvilkår, yrke, helseatferd og tilgang til helsetjenester.

Utdanning, yrke og inntekt er benyttet som viktigste uttrykk for sosial posisjon. Enkelte ganger kan andre sosiale og demografiske bakgrunnsfaktorer ha betydning, både for sosioøkonomisk status og for helse. I kapitlet ses det nærmere på spesielle utfordringer knyttet til grupper med langvarige levekårsproblemer, risikoutsatte barn og unge, innvandrere, områder med samisk og norsk bosetting og aleneboende.

For å nå målet om å redusere de sosiale helseforskjellene uten at noen grupper får dårligere helse, legges fire overordnede innsatsområder til grunn. I innledningen gis en nærmere begrunnelse for de fire innsatsområdene. Det første innsatsområdet (del I) angår grunnleggende samfunnsforhold som bidrar til sosiale helseforskjeller. Her presenteres strategier for å redusere sosiale forskjeller i inntekt, oppvekst og arbeid. Det andre innsatsområdet (del II) omfatter påvirkningsfaktorer som har en mer umiddelbar betydning for helsen. I denne delen legges en strategi for å redusere sosiale forskjeller i helseatferd og tilgang til helsetjenester. Det tredje innsatsområdet (del III) gjelder målrettet innsats for sosial inkludering. Det fjerde innsatsområdet (del IV) omfatter virkemidler for å styrke kunnskapen og bidra til bevisstgjøring om sosiale forskjeller i alle samfunnssektorer.

Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller

I kapittel 3 beskrives virkemidler for å redusere økonomiske forskjeller i samfunnet. Inntekten påvirker direkte individets mulighet til helsefremmende forbruk – bedre bomiljø, sunnere mat, helsebringende fritidsaktiviteter osv. Men effekten av å investere i helse avtar gradvis med økende inntekt: Jo høyere inntekt, dess mindre blir gevinsten av ytterligere inntektsøkning. Dette betyr at rettferdig inntektsfordeling bidrar til helseutjevning og bedre gjennomsnittshelse.

Regjeringen vil videreføre arbeidet med å sikre at skattesystemet bidrar til en mer rettferdig inntektsfordeling i samfunnet. Inntektsutviklingen i befolkningen skal rapporteres i de årlige budsjettframleggene og i forbindelse med et eget rapporteringssystem for sosiale helseforskjeller, slik dette er beskrevet i kapittel 9.

I kapittel 4 legges det vekt på at alle barn skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldres økonomi, utdanning og etnisk og geografisk tilhørighet. Grunnlaget for sosiale helseforskjeller legges tidlig og barndommen er en viktig periode i livet. Det er derfor nødvendig med tidlig innsats for å forebygge utvikling av sosiale helseforskjeller. Regjeringen vil skape trygge oppvekstvilkår gjennom barnehager, skoler og tjenester av høy kvalitet til barn og unge på tvers av sosiale skillelinjer.

I kapittel 5 omtales virkemidler knyttet til arbeidsmiljølovgivningen, arbeidstilsyn, bedriftshelsetjenesten, inkludering av innvandrerbefolkningen på arbeidsmarkedet, nasjonal overvåkning av arbeid og helse, forskning og utredning om sykefravær i helse- og omsorgssektoren. For å redusere sosiale helseforskjeller som har sammenheng med arbeidslivet, vil regjeringen videreføre satsingen på et inkluderende arbeidsliv og arbeide for sunnere arbeidsmiljø i yrker med store arbeidsmiljøbelastninger.

Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester

I kapittel 6 omtales virkemidler for å redusere sosiale forskjeller i kosthold, fysisk aktivitet, røyking og annen helseatferd. Levevaner varierer med sosial bakgrunn og har stor betydning for helsen. Det betyr at vi både må rette oppmerksomheten mot de bakenforliggende og strukturelle årsakene til atferden og legge til rette for sunne valg. For å sikre sosial utjevning i helseatferd, vil regjeringen legge større vekt på pris- og tilgjenglighetsvirkemidler i arbeidet for å forebygge livsstilssykdommer. Helse- og omsorgsdepartementet vil videre stimulere til aktivitetstilbud med lav terskel.

I kapittel 7 omtales betydningen av helsetjenesten. Selv om de viktigste påvirkningsfaktorene for helse finnes utenfor helsesektoren, er helsetjenesten likevel en viktig faktor. Det er for eksempel en sammenheng mellom sosial bakgrunn og overlevelse av flere kreftsykdommer, også når en tar hensyn til diagnosetidspunkt. Siden vi har begrenset kunnskap om sammenheng mellom sosial bakgrunn og behandling i helsetjenesten, er det nødvendig å undersøke nærmere om den norske helsetjenesten er med på å utjevne eller forsterke de sosiale forskjellene.

Regjeringen vil styrke kunnskapen om sosiale forskjeller i tilgang til helsetjenester og videreutvikle tilrettelagte tilbud for å sikre et likeverdig tjenestetilbud.

Målrettet innsats for sosial inkludering

I kapittel 8 legges det vekt på å forhindre sosial utstøting av grupper som faller ut av utdanning og arbeid av helsemessige eller andre årsaker. Mange vanskeligstilte har behov for mer målrettede tjenester. Universelle ordninger må derfor suppleres med individuelt tilpassede tjenester og tiltak som ivaretar dette. Brukerrettede og tilpassede offentlige tjenester er en forutsetning for at alle, uansett bakgrunn og forutsetninger, skal få likeverdige tjenester. Regjeringen vil arbeide for et inkluderende arbeidsliv, en inkluderende skole og tilrettelagte helse- og sosialtjenester. I kapitlet legges det vekt på virkemidler for sosial inkludering i tilknytning til arbeidsmarkedet, helse- og sosialtjenesten, frivillige organisasjoner og utsatte geografiske områder.

Utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy

Kapittel 9 omhandler etablering av et rapporteringssystem for å følge utviklingen i arbeide for å utjevne sosiale helseforskjeller. Sosiale helseforskjeller henger nøye sammen med sosiale forskjeller på mange samfunnsområder. Regjeringen har derfor som mål å sikre at arbeidet for å redusere de sosiale helseforskjellene følges opp i alle sektorer. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med relevante departementer sørge for en årlig rapportering som blant annet vil danne grunnlag for en omtale i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettframleggene. Sentrale tiltak og strategier på nasjonalt nivå skal omtales.

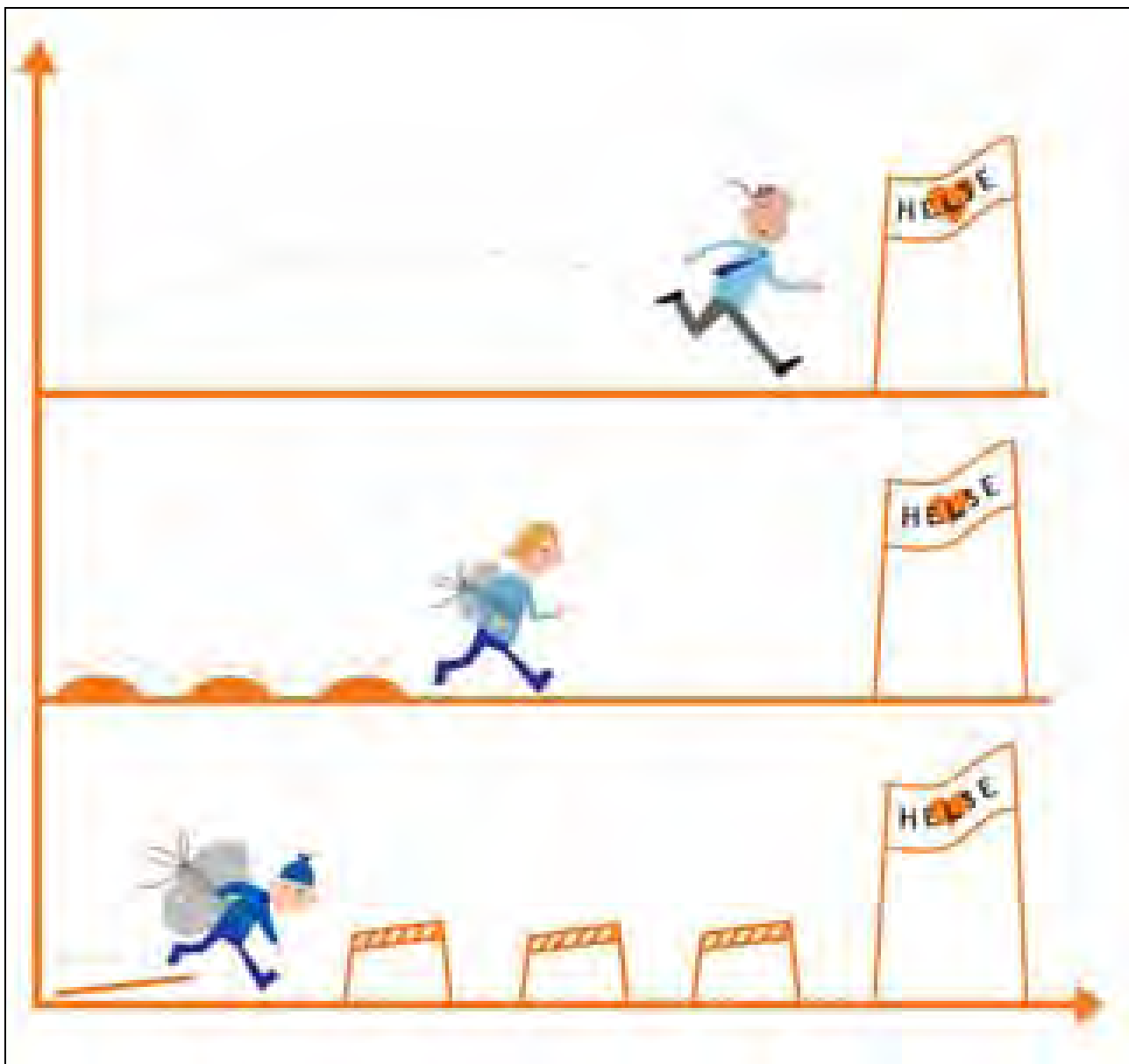
I kapittel 10 beskrives nærmere behovet for å bevisstgjøre beslutningstakere i alle sektorer og på alle forvaltningsnivåer når det gjelder sosiale fordelingsvirkninger av samfunnsprosesser, strategier og tiltak. Sektorovergripende verktøy som helsekonsekvensutredninger og samfunns- og arealplanlegging er, sammen med et styrket partnerskap for folkehelse og styrking av den lokale folkehelsekompetansen, viktige virkemidler.

I kapittel 11 legges det vekt på at vi har kunnskap nok til å iverksette tiltak der årsakssammenhengene er tydelige og påviselige, men at det er behov for å styrke kunnskapen om årsaker og effektive virkemidler på området.

Helse- og omsorgsdepartementet vil styrke forskningen på sosiale helseforskjeller. I tillegg foreslås et overvåkingsopplegg for å følge utviklingen i sosiale helseforskjeller.

2 Fakta om sosiale helseforskjeller i Norge

«Den norske befolkningens helse er god.
Men gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller.
Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen.»



Figur 2.1 Sosiale helseforskjeller

2.1 Systematiske helseforskjeller

Sammenhengen mellom sosial posisjon og helse er gradvis og kontinuerlig gjennom alle sosiale lag. Det er i hovedsak ikke slik at det finnes en inntekts- eller utdanningsterskel der helsetilstanden plutselig blir dramatisk forbedret. Dette betyr at sosiale helseforskjeller er en utfordring i alle samfunnslag.

Det er nødvendig å slå fast at arv ikke forklarer de sosiale helseforskjellene. Arv har betydning for enkeltmenneskers helse, men har liten betydning for de systematiske variasjonene i helse som følger utdanning, yrke og inntekt. Sosiale helseforskjeller skyldes i hovedsak forskjeller i materielle, psykososiale og adferdsrelaterede risikofaktorer.

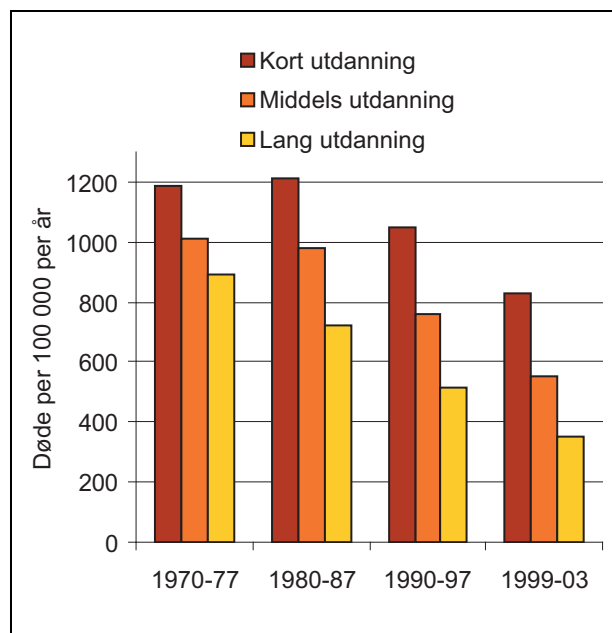
2.1.1 Store og økende sosiale forskjeller i dødelighet blant voksne

Figur 2.2 og figur 2.3 viser utvikling i dødelighet etter utdanning blant voksne (45–59 år) fra 1970-tallet til i dag (legg merke til at oppfølgingstiden er kortere i siste periode. Personene som er fulgt i denne perioden vil være litt yngre og ha litt lavere dødelighet). I perioden fra 1970-tallet har dødeligheten gått ned for de fleste utdanningsgrupper, men den har gått kraftigst ned i gruppen med lang utdanning. Forskjellene mellom utdanningsgruppene har derfor økt. I 2001 hadde 30-årige menn med ungdomsskole en forventet levealder på 71,8 år og de med universitetsutdanning 76,7 år. Tilsvarende tall for kvinner var 78,0 år og 81,4 år.

Forskjellene i dødelighet er mindre for kvinner enn for menn. Dette skyldes først og fremst at kvin-

Boks 2.1 Definisjoner

- Sosiale helseforskjeller: helseforskjeller som varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå.
- I dette kapitlet brukes særlig utdanning – kort (7–9 år), middels (10–12 år) eller lang (13 år eller mer) – som uttrykk for sosial posisjon.
- Dødelighet: antall døde per 100 000 per år.
- Forventet levealder beregnes på grunnlag av dødelighet i alle aldersgrupper på et gitt tidspunkt.

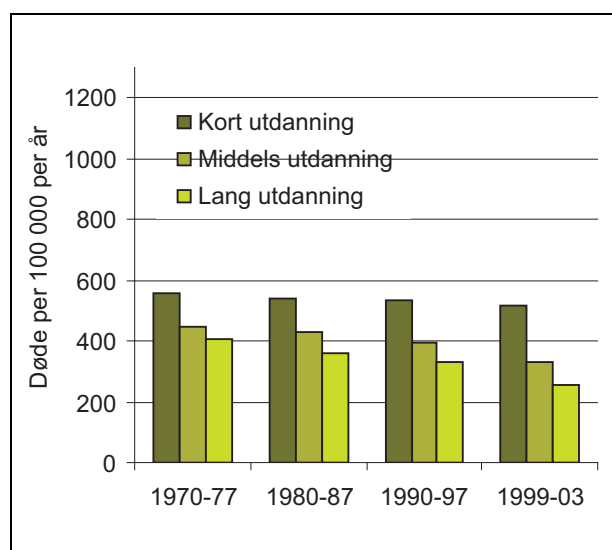


Figur 2.2 Dødelighet etter utdanning, menn 45–59 år.

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt

ner i denne aldersgruppen har lavere dødelighet enn menn.

Vi finner sosiale helseforskjeller nesten uansett hvordan vi måler sosial posisjon. Her har vi brukt utdanning som uttrykk for sosial posisjon, men det er også klare helseforskjeller etter yrkesgruppe og inntekt. Dette kommer vi tilbake til senere i kapitlet.



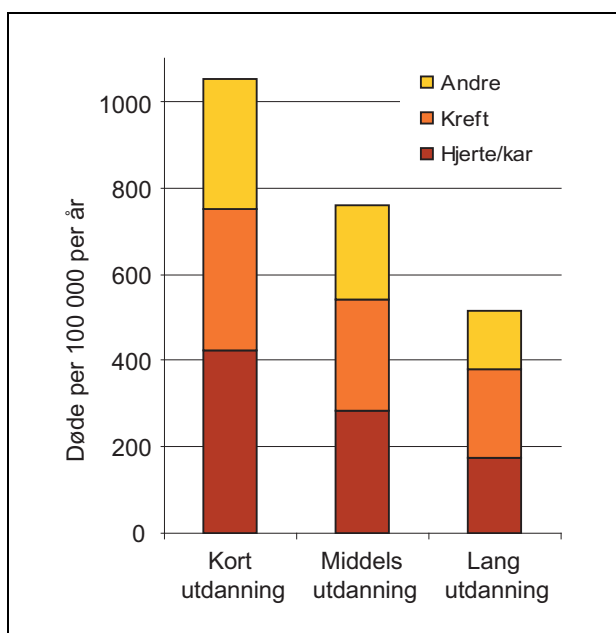
Figur 2.3 Dødelighet etter utdanning, kvinner 45–59 år.

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt

2.1.2 De fleste store dødsårsaker er sosialt skjevfordelt

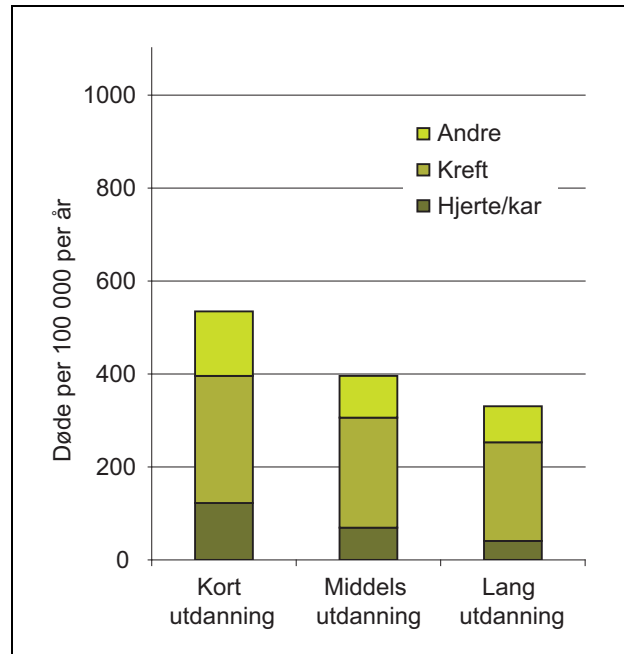
Figur 2.2 og 2.3 viser forskjeller i dødelighet uansett årsak. I aldersgruppen 45–59 år er hjerte- og karsykdommer de dominerende dødsårsakene for begge kjønn. Figur 2.4 og 2.5 viser årsaksspesifikk dødelighet for de ulike utdanningsgruppene, basert på dødelighetstall fra 1990–1997. (Kategorien «Andre» inkluderer blant andre sykdommer i luftveiene og ulykker/voldsomme dødsfall) Figurene viser at forskjellene i dødelighet mellom utdanningsgruppene er gjennomgående for alle grupper av dødsårsaker. Dette peker i retning av felles, bakenforliggende årsaksforhold – levekår og sosiale forhold – som virker via ulike sykdomsmekanismer. Dette gjennomgående mønsteret er årsaken til at Verdens helseorganisasjon anbefaler å legge vekt på sosiale forhold snarere enn sykdomsspesifikke løsninger.

Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser, som gjentas hvert tredje eller fjerde år, inneholder spørsmål om egenvurdert helse. Resultatene viser gjennomgående at det er en større andel blant de med lang utdanning som vurderer sin egen helse som god eller meget god enn blant de med kort utdanning. Størrelsen på disse forskjellene har ikke endret seg nevneverdig fra 1995 til 2002, verken for menn eller kvinner. Figur 2.6 viser prosentandelen i de ulike utdanningsgruppene som vurderte sin egen helse som god eller meget god i



Figur 2.4 Årsaksspesifikk dødelighet etter utdanning, menn 45–59 år (1990–97).

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt

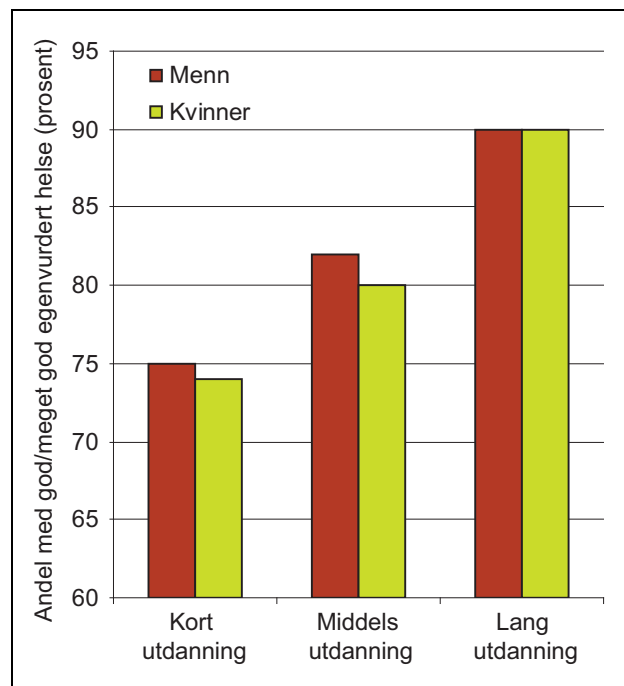


Figur 2.5 Årsaksspesifikk dødelighet etter utdanning, kvinner 45–59 år (1990–97).

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt

2002. Det er små eller ingen forskjeller mellom kjønnene.

Undersøkelser viser at stadig færre i befolkningen blir tannløse. Antall tenner i munnen brukes



Figur 2.6 Prosentandel som vurderer helsen sin som «god» eller «meget god» etter utdanning, menn og kvinner 25–64 år (2002).

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

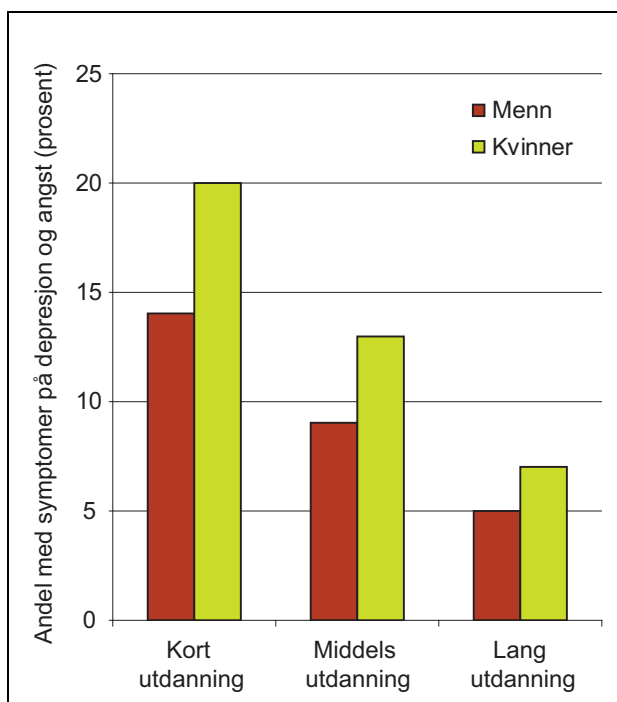
som en indikator på befolkningens tannstatus. Egenvurdert tannhelse følger stort sett de samme sosiale mønstrene som egenvurdert generell helse.

2.1.3 Betydelige sosiale forskjeller i psykisk helse

Helseundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå inneholder også målinger av psykisk helse ved hjelp av et spørreskjema (Hopkins Symptoms Check List). En skår over et visst nivå på denne målingen regnes som betydelige symptomer på depresjon eller angst. Det er klare forskjeller mellom utdanningsgruppene når det gjelder hvem som oppnår en slik skår. Figur 2.7 viser at forskjellene på dette området er betydelig større blant kvinner enn blant menn. Det var ingen vesentlige endringer mellom 1998 og 2002 på dette området.

2.1.4 Helseforskjeller gjennom hele livsløpet

Sosiale helseforskjeller kommer til uttrykk gjennom hele livsløpet. Selv om det har vært en markert bedring i overlevelse i forbindelse med fødsel og første leveår, er det fortsatt høyere risiko for dødfødsel og død i første leveår blant barn av foreldre med kort utdanning. Spedbarnsdødeligheten



Figur 2.7 Betydelige symptomer på depresjon og angst etter utdanning, menn og kvinner 25–64 år (2002).

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Nasjonalt folkehelseinstitutt

har falt betydelig i perioden 1967–1998, og når det gjelder spedbarnsdød de første fire ukene etter fødselen – *neonatal dødelighet* – har også forskjellene etter mødrenes utdanning minket. Men for spedbarnsdød etter uke fire – *postneonatal dødelighet* – har forskjellene økt, hovedsaklig som følge av økte forskjeller i krybbedød og infeksjoner.

Barn og unge har gjennomgående god helse i Norge, og eventuelle sosiale helseforskjeller i disse aldersgruppene er lite studert. I enkelte studier er det funnet høyere forekomst av kroniske sykdommer som astma, allergi og eksem i husholdninger der foreldre har kort utdanning. Det er også funnet sosiale forskjeller i psykisk helse, særlig knyttet til enkelte risikogrupper. Dette gjelder for eksempel barn av foreldre med psykiske lidelser, barn av foreldre med rusproblemer og barn som opplever vold i familien.

De sosiale helseforskjellene blant voksne er klarere enn i andre deler av livsløpet. Sosiale helseforskjeller blant voksne er beskrevet ovenfor.

Helseforskjellene er markante opp til svært høy alder. Blant de eldste dominerer kvinnene i antall, og de er oftere aleneboende og har kortere utdanning enn mennene. I denne aldersgruppen er menn friskere enn kvinner.

Flere av de mest utbredte sykdomsgruppene i befolkningen har lang utviklingstid og skyldes uheldige påvirkninger som akkumuleres gjennom livsløpet. Et stadig økende antall internasjonale og norske studier viser også at levekår i barndommen har stor betydning for helse senere i livet. Selv om de sosiale helseforskjellene ofte er mest uttalt i voksenbefolkningen, er det derfor nødvendig å ta hensyn til hele livsløpet for å redusere helseforskjellene.

2.2 Sosiale strukturer påvirker helse

Årsakene til sosiale helseforskjeller finnes innenfor mange samfunnssektorer. I det følgende peker vi på noen av de viktigste mekanismene som påvirker helse og helsens fordeling i befolkningen. Temaene som er omtalt i dette kapitlet svarer til fire innsatsområdene i meldingen.

2.2.1 Inntekt

Det er en klar sammenheng mellom inntekt og helse i Norge, og det er sannsynligvis mange årsaker til denne sammenheng. Dette er sammensatte mekanismer som kompliseres av tidsperspektivet: observert dødelighet i dag kan skyldes forhold som ligger langt tilbake i tid.

Figur 2.8 viser dødeligheten blant 45–60-åringene fordelt på 20 like store inntektsgrupper. Inntektsgruppen til venstre i figuren er de fem prosentene av befolkningen med lavest inntekt, mens inntektsgruppen til høyre på figuren er de fem prosentene med høyest inntekt.

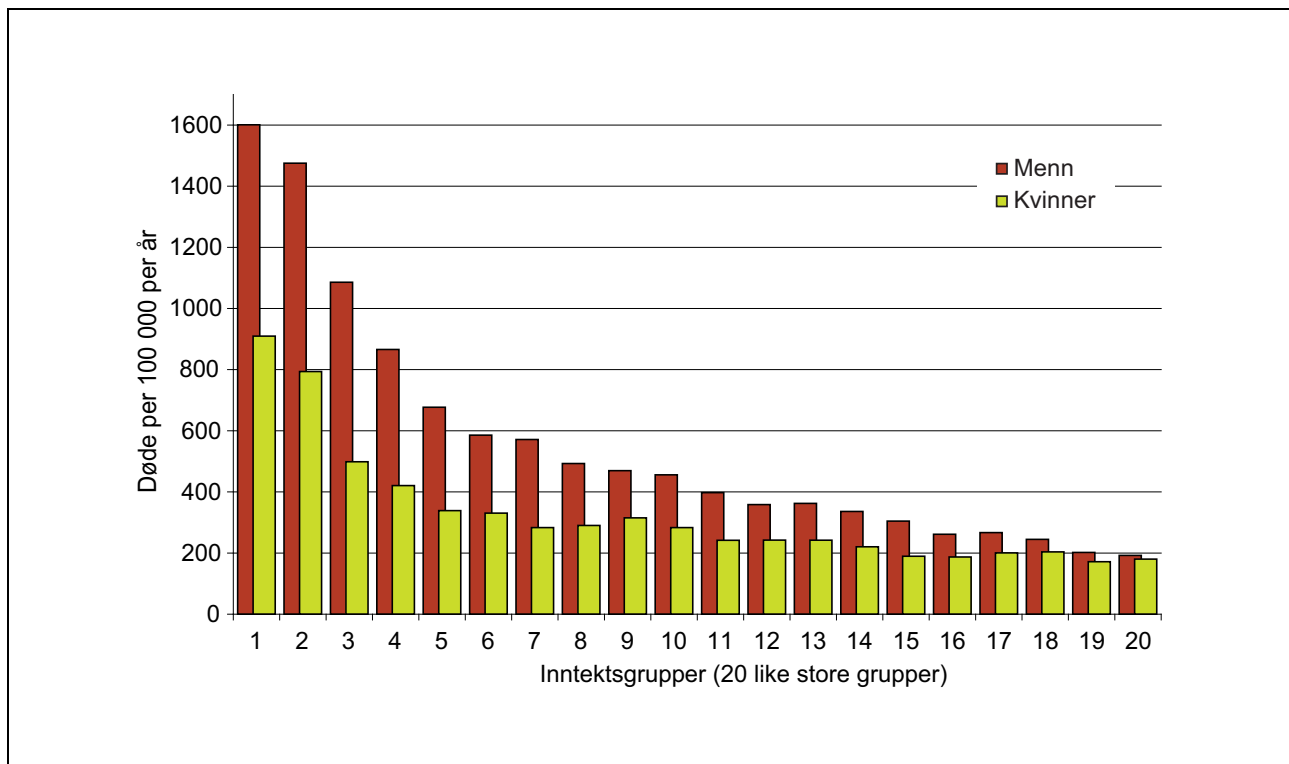
Som vi ser av figur 2.8, avtar dødeligheten gradvis i takt med stigende inntekt. Samtidig blir reduksjonen i dødelighet mindre jo høyere inntekten blir – søylene flater ut. De største forskjellene i dødelighet finnes altså mellom gruppene med lavest inntekt. Den samme tendensen gjør seg gjeldende for begge kjønn, selv om dødeligheten er lavere blant kvinner i denne aldersgruppen.

Denne krumme (konkave) sammenhengen mellom inntekt og helse er et velkjent fenomen og mye diskutert blant forskere. En viktig forklaring på sammenhengen er at tilgangen på økonomiske ressurser direkte påvirker den enkeltes helse, blant annet fordi det gir større muligheter til helsefremmende forbruk – for eksempel bedre bomiljø, sunnere mat, helsebringende fritidsaktiviteter og bedre helseforsikringer. Denne helsemessige fordel av inntekt avtar gradvis med inntektsøkningen, fordi mulighetene for å investere i ytterligere helsegevinst etter hvert blir uttømt.

En slik direkte årsakssammenheng mellom inntekt og helse innebærer at inntektsutjevning vil

føre til helseutjevning og bedre gjennomsnittshelse. De som befinner seg i den høyeste inntektsgruppen i figur 2.8 vil ikke tape særlig mye helse på å flyttes en eller to skritt nedover på inntektskalaen. Men de som befinner seg i de nederste gruppene vil tjene betydelig helsemessig på å flyttes oppover. Så dersom vi flytter inntekt eller andre ressurser fra de som er best stilt til de som er dårligst stilt, vil gjennomsnittshelsen i befolkningen øke. Hvor sterk effekt inntektsutjevning vil ha på helseforskjellene, avhenger blant annet av hvor sterk den direkte årsakssammenhengen mellom inntekt og helse er. Mange studier viser en slik årsakssammenheng, men det er omstridt hvor sterk den er.

En annen forklaring på sammenhengen mellom inntekt og helse er at helse påvirker inntekt. I forskningen kalles dette gjerne for *helserelatert mobilitet*. God helse gir bedre tid og overskudd til utdanning og karriere, mens dårlig helse kan skape problemer både for utdanning og arbeid. Forskere strides om hvor mye denne typen mekanismer betyr for sammenhengen mellom inntekt og helse. De fleste er enige om at den i hvert fall betyr mest i de laveste inntektsgruppene. I disse gruppene kan det oppstå en negativ spiral av økonomi- og helseproblemer, slik at dårlig råd gir dårligere helse, som igjen gir dårligere råd. For de



Figur 2.8 Dødelighet 1999–2003 for menn og kvinner 45–59 år, fordelt på 20 like store inntektsgrupper.

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt

midlere og høyere inntektsgruppene ser påvirkningen i hovedsak ut til å gå fra inntekt til helse, og ikke omvendt.

En tredje forklaring på sammenhengen mellom inntekt og helse, er at det finnes faktorer som påvirker begge. Tidligere mente mange at genetik kunne forklare sosiale helseforskjeller, fordi gener bestemte både evner og helsepotensial. Man så for seg et gradvis hyppigere innslag av sykdomsdisponerende gener jo lengre ned på inntektshierarkiet man beveget seg. I dag vet vi at genetikken har liten betydning som forklaring på de sosiale variasjonene i helse i befolkningen. Gener kan ha stor betydning for enkelte sykdommer, men genene er godt blandet mellom forskjellige inntektsgrupper og forklarer derfor ikke helseforskjeller som systematisk følger inntekt. For denne sosiale fordelingen av helse i befolkningen er sosiale og miljømessige faktorer av langt større betydning.

Det kan imidlertid være andre faktorer som påvirker både inntekt og helse. Vi har for eksempel sett at det er en sammenheng mellom utdanning og helse. Det er også en sammenheng mellom utdanning og inntekt, selv om sammenhengen ikke er like klar i Norge som i en del andre land. Yrke er en annen faktor som har betydning både for inntekt og helse. De yrkesgruppene som har størst arbeidsrelaterede helseplager, har ofte også relativt lav inntekt.

Det er mye som tyder på at inntektsforskjellene i Norge er i ferd med å øke. Den såkalte Gini-koeffisienten, som er et mål på inntektsulikhet, har jevnt over økt i Norge de siste ti årene (se omtale i boks 2.2). Men bildet av økte inntektsulikheter må nyanseres noe. Grunnen til at inntektsulikheter har økt, er at de rikeste tjener relativt mye mer. Fra 1990 til 2004 har inntektsulikheten i befolkningen holdt seg noenlunde konstant – med ett unntak: personer i den øverste inntektstien delen hadde i 2004 en langt større andel av totalinntekten enn de hadde i 1990 (se figur 2.9). I den grad inntektsulikheten øker i Norge, skjer det altså først og fremst på grunn av endringer i øverste del av inntektsfordelingen.

Internasjonalt har det over flere år pågått en debatt om ikke også størrelsen på inntektsforskjellene – på samfunnsnivå – har en egen effekt på helse, utover og i tillegg til de direkte helseeffektene av den enkeltes økonomi. *Inntektsulikhetshypotesen* går ut på at gjennomsnittshelsen er bedre i områder med små inntektsforskjeller enn i områder med store. På det individuelle plan vil hver enkelt være tjent med høyest mulig inntekt, fordi

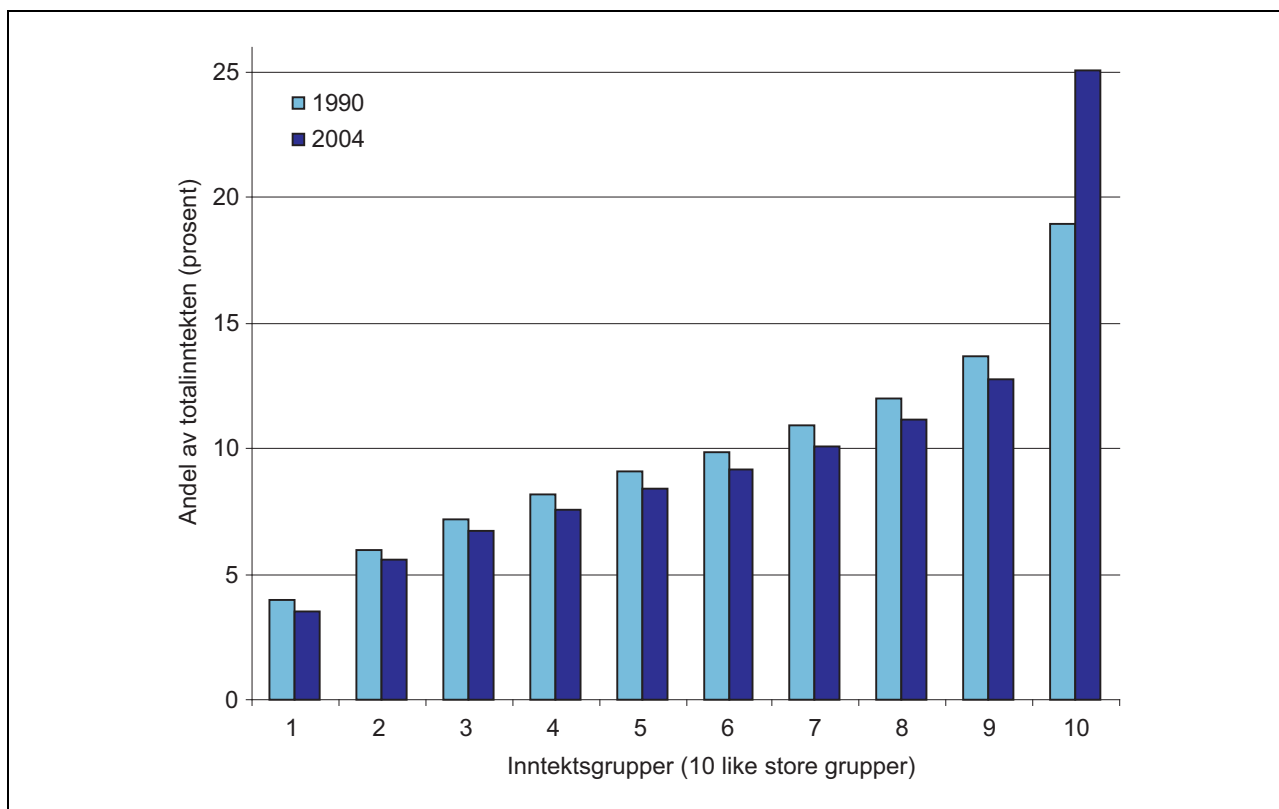
Boks 2.2 Gini-koeffisienten

Gini-koeffisienten er et mål på inntektsfordelingen i befolkningen. Den tar utgangspunkt i en tenkt situasjon der alle i befolkningen tjener likt, og måler hvor langt den faktiske fordelingen befinner seg fra denne situasjonen. En Gini-koeffisient på 0 tilsvarer helt jevn inntektsfordeling (alle tjener likt); mens en Gini-koeffisient på 1 tilsvarer maksimal ulikhet, det vil si at én person har all inntekt. Reelle befolkninger befinner seg et sted mellom 0 og 1, og ulikhetene øker jo høyere Gini-koeffisienten er. I Norge har Gini-koeffisienten økt fra under 0,22 i 1990 til omkring 0,26 i 2000. Danmark hadde i 2000 en Gini-koeffisient på omlag 0,23; OECD-gjennomsnittet lå samme år på noe over 0,3; mens USA lå på noe over 0,35.

Et problem med Gini-koeffisienten som mål på inntektsulikhet, er at den ikke forteller noe om hvor i inntektsfordelingen de største ulikhetene befinner seg. Et annet problem er at den er relativ, det vil si at den ikke sier noe om det absolutte nivået på inntektene i et land. Et ekstremt fattig land kan i prinsippet ha samme Gini-koeffisient som et velstående land.

dette gir best helse. Men dersom inntektsulikhetshypotesen er riktig, vil alle være tjent med at de individuelle forskjellene ikke er for store. I områder der forskjellene mellom folk er små, er det kanskje sterkere sosialt samhold, mindre kriminalitet og mindre avmaktsfølelse.

En norsk studie publisert i desember 2005 tyder på at inntektsulikhetshypotesen et stykke på vei stemmer for Norge. Studien, som bygget på dødsfall over en seksårsperiode i den voksne, norske befolkning (25–66-åringer), fant at dødeligheten var noe lavere i regioner med mindre inntektsforskjeller. Denne forskjellen skyldtes først og fremst lavere dødelighet blant personer med kortere utdanning. Studien bekreftet dermed ikke at alle har bedre helse i områder med lavere inntektsulikhet. Men personer med kortere utdanning og lavere inntekt vil være tjent med, helsemessig sett, å bo i områder med mindre inntektsforskjeller.



Figur 2.9 Fordeling av husholdningsinntekt (etter skatt, per forbrukerenhet) for personer, 1990 og 2004. Prosentdel av totalinntekten per desilgruppe (tidel av befolkningen).

Kilde: Statistisk sentralbyrå

2.2.2 Oppvekst

Verdens helseorganisasjons rapport *De harde fakta*, som er en gjennomgang av sosiale forholds betydning for helsen, slår fast at hele livsløpet har betydning og at helsemessige konsekvenser av barn og unges utvikling og utdanning varer livet ut. Dagens sosiale helseforskjeller skyldes til dels forskjeller i oppvekstvilkår for flere tiår siden. Nasjonalt folkehelseinstitutt har nylig publisert en studie som bekrefter at sosiale og økonomiske forhold i barndommen både indirekte (gjennom personens egen utdanning) og direkte påvirker helsen senere i livet. Studien viser at det for menn er en direkte sammenheng mellom fedrenes utdanningsnivå og tidlig død som følge av hjerte- og karsykdommer i voksen alder. Sønner av menn med kort utdanning har større sannsynlighet for å dø tidlig på grunn av slike lidelser.

Forskning på sosiale helseforskjeller i et *livsløpsperspektiv* tar gjerne utgangspunkt i én av to hovedmodeller. Den ene modellen antar at det i livsløpet finnes en *kritisk periode* – som regel svært tidlig i livet – der visse typer påvirkning får store konsekvenser for helsetilstand senere i livet. Et

eksempel på bruk av denne modellen er den norske legen Anders Forsdahls pionerstudier av sammenhengen mellom levekår tidlig i livet og dødelighet av hjerte- og karsykdommer i voksen alder. Forsdahls hypoteser har siden blitt videreutviklet og bekreftet i mange varianter; mange studier har for eksempel vist betydningen av påvirkninger under svangerskapet for sykkelighet i voksen alder.

Den andre hovedmodellen innenfor livsløpsstudier av sosiale helseforskjeller tar utgangspunkt i at heldige og uheldige helsepåvirkninger *akkumuleres* gjennom hele livet. Uheldige påvirkningsfaktorer er ikke tilfeldig spredt i befolkningen, men finnes oftere i enkelte grupper av befolkningen enn andre. Hver enkelt risikofaktor øker risikoen for sykdom og tidlig død relativt lite, men dersom de samme personene utsettes for en lang rekke risikofaktorer som summerer seg opp, blir virkningen betydelig.

De to hovedmodellene – kritisk periode og akkumulasjon – står ikke nødvendigvis i et motsetningsforhold til hverandre. Mye tyder på at betydningen av modellene avhenger av hva slags helseutfall som studeres. For noen sykdommer og tilstander er man særlig påvirkelig i bestemte

perioder av livet; for andre sykdommer er det vanskelig å identifisere særskilt sensitive perioder.

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer viser at nesten samtlige studier av sosial posisjon i barndommen (målt etter foreldres sosiale posisjon) og dødelighet i voksen alder, finner en klar sammenheng. Hvordan denne sammenhengen ser ut, kan variere. For noen dødsårsaker, for eksempel lungekreft, forklares sammenhengen et stykke på vei indirekte, via egen helseatferd i voksen alder. For dødelighet av hjerte- og karsykdommer spiller forhold både i barndom og i voksen alder en direkte rolle. For enkelte dødsårsaker, for eksempel magekreft og hjerneslag, spiller forhold i barndommen en vesentlig rolle alene.

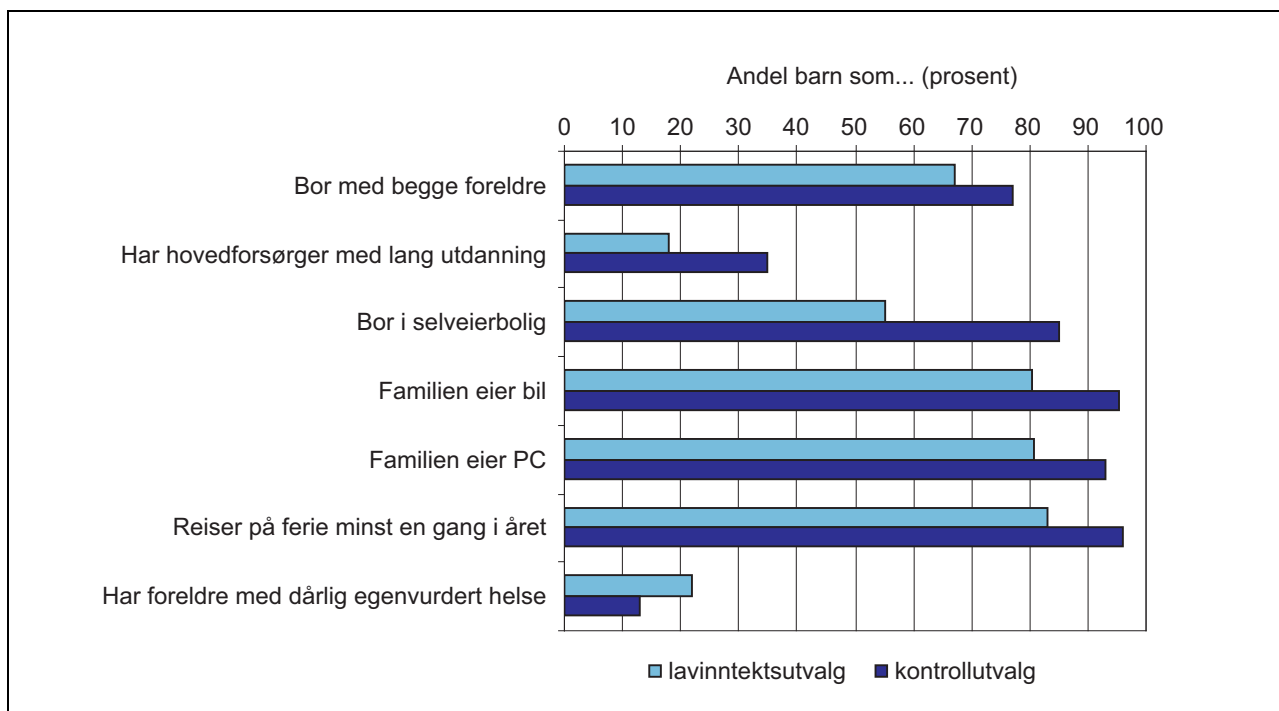
Barns levekår henger nært sammen med sosiøkonomiske forhold i familien. En rapport fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring om betydningen av familiens inntekt for barns levekår, viser at barn i inntektsfattige familier (under 60 prosent av medianinntekten) skårer lavere på en rekke indikatorer enn barn fra et tilfeldig kontrollutvalg (se figur 2.10).

Utdanning utgjør en vesentlig del av oppveksten. Som vi så tidligere i dette kapitlet, er det klare statistiske sammenhenger i befolkningen mellom lengde på utdanningen og helse i voksen alder. Forskingen på sosiale helseforskjeller framhever likevel ikke *lengde* på utdanning som en årsak til

helse senere i livet. Over livsløpet kan derimot *mangel* på utdanning – gjennom frafall fra utdanningsløp – indirekte medføre helseproblemer. Hver fjerde elev som begynte videregående opplæring på grunnkurs første gang i 2000, oppnådde ikke vitnemål og/eller fag- eller svennebrev i løpet av de følgende fem årene. Vi vet noe om hvor disse elevene kommer fra: andelen som fullfører videregående opplæring øker med foreldrenes utdanningsnivå. Nesten 80 prosent av elevene og lærlingene i 2000-kullet med foreldre med lang utdanning, fullførte på normert tid. Bare 30 prosent av elevene med foreldre med grunnskole som lengste oppnådde utdanning fullførte på samme tid. Vi vet lite om hvordan det kommer til å gå med elevene som ikke fullførte.

2.2.3 Arbeid og arbeidsmiljø

En rekke faktorer i arbeidslivet kan ha betydning for helsen. Det kan være fysiske (ergonomiske, kjemiske og biologiske) i tillegg til psykososiale og organisatoriske faktorer. I likhet med andre sosiøkonomiske indikatorer (utdanning og inntekt) er det dokumentert en kontinuerlig gradient med dårligere helse etter posisjonen i arbeidslivet. Det er også dokumentert en gradient i eksponering for helseskadelige faktorer i arbeidslivet, både innen yrker og mellom ulike yrkeskategorier. Slik eksponering kan være risiko for belastningsskader,



Figur 2.10 Utvalgte levekårsindikatorer for barn i lavinntektsfamilier versus tilfeldig utvalgte familier. Prosent.

Kilde: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

risiko for arbeidsulykker, tunge løft og gass eller støv. Dokumentasjonen av sammenhengen mellom spesifikke arbeidsmiljøfaktorer og de observerte helseforskjellene, er mangelfull.

Det er store forskjeller i helse mellom ulike yrkesgrupper i Norge. Figur 2.11 og 2.12 viser forventet levealder for utvalgte yrkesgrupper i befolkningen.

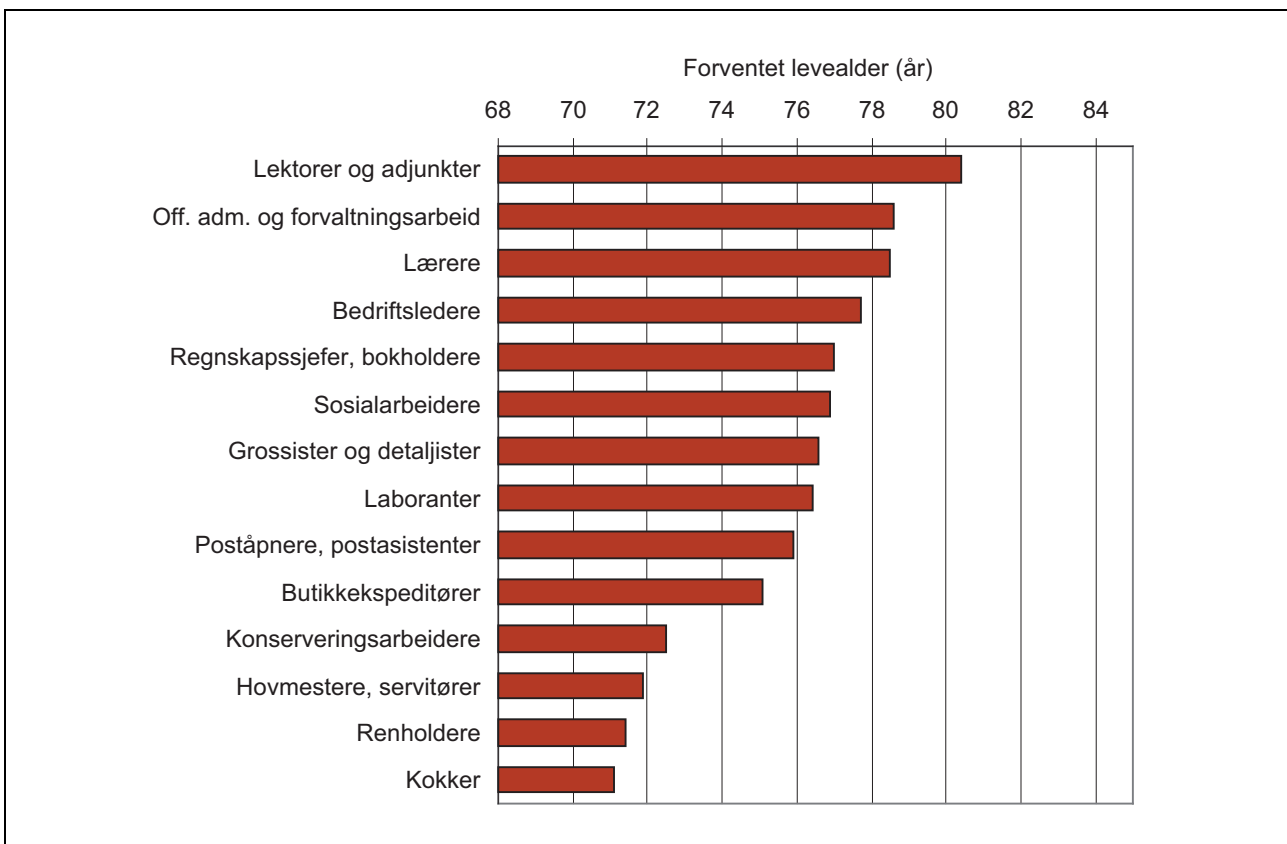
Det går fram av figurene at det er til dels store forskjeller i forventet levealder mellom yrkesgruppene, særlig blant menn. Mens en mannlig kokk i gjennomsnitt kan forvente å leve til han blir omtrent 71 år, kan en lektor forvente å bli nesten 10 år eldre. En kvinnelig servitør kan, statistisk sett, forvente å bli drøyt 79 år, mens en kvinnelig lektor i gjennomsnitt lever mer enn fem år lenger.

Det er flere mulige årsaker til slike sammenhenger. Forskjeller i arbeidsmiljø utgjør én viktig forklaring. I tillegg kan forskjeller i helserelatert atferd som røyking, kosthold og fysisk aktivitet i varierende grad knyttes til ulike yrkesgrupper. Endelig kan ulike former for helserelatert mobilitet også spille en rolle. Helseproblemer under utdanningsløpet kan for eksempel føre til avbrutt utdanning, noe som igjen medfører valg av yrker

som krever lite utdanning. Helseforskjeller mellom yrkesgruppene har sammenheng med utdanning: de øvre delene av figur 2.11 og figur 2.12 representerer yrker som krever relativt lang utdanning.

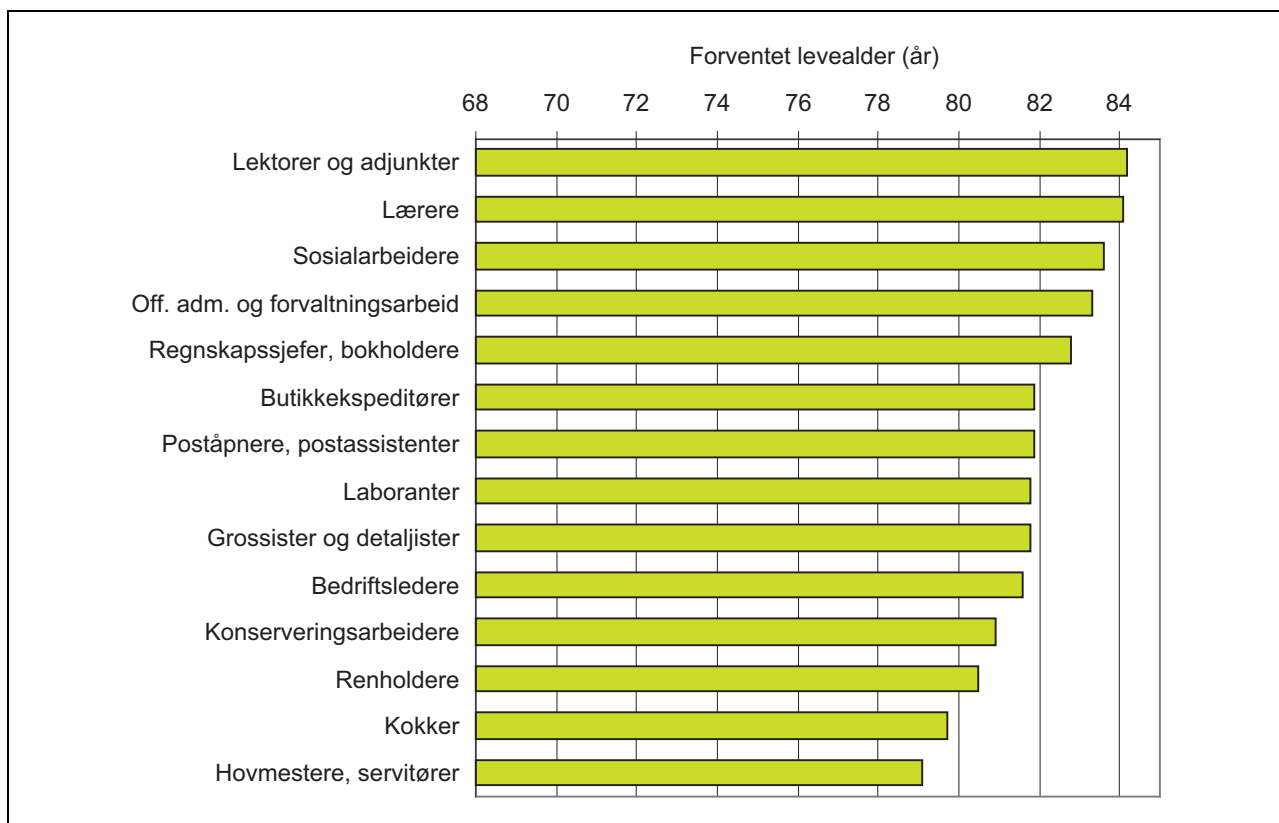
Det blir i gjennomsnitt meldt inn rundt 30 000 arbeidsrelaterte skader til Arbeidstilsynet årlig, og det omkom totalt 48 personer i arbeidsulykker i Norge i 2005. Nesten alle dødsulykkene rammet menn, og de mest utsatte næringene var jord- og skogbruk og bygg- og anlegg.

I en finsk undersøkelse er det blitt estimert at omlag 1800 dødsfall i året, det vil si 4 prosent av alle dødsfall i alle aldersgrupper, skyldes arbeidsmiljøforhold (sykdommer og skader til sammen). Fordi dødelighet varierer med blant annet kjønn, alder, yrke og bransje, og disse varierer fra land til land, kan ikke tallene overføres til norske forhold uten videre. Det som imidlertid er sikkert, er at antall dødsfall som følge av arbeidsrelatert sykdom er betydelig høyere enn det antallet som skyldes arbeidsulykker. I den finske undersøkelsen utgjorde arbeidsulykkene og andre voldsomme dødsfall (inkludert drap og selvmord) bare 4,5 prosent av alle arbeidsrelaterte dødsfall.



Figur 2.11 Forventet levealder for enkelte yrker, menn (basert på yrke ved folketellingen i 1980 og dødsfall observert i 1996–2000).

Kilde: Statistisk sentralbyrå



Figur 2.12 Forventet levealder for enkelte yrker, kvinner (basert på yrke ved folketellingen i 1980 og dødsfall observert i 1996–2000).

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Arbeidstilsynet får meldt 3000–3500 arbeidsrelaterte sykdommer hvert år. Alle leger har plikt til å melde ethvert tilfelle av antatt arbeidsrelatert sykdom, men vurderingen av hva dette betyr, er overlatt til den enkelte leges skjønn. I 2003 var det bare 3 prosent av allmennlegene og mindre enn 25 prosent av bedriftslegene som meldte en eller flere sykdommer til Arbeidstilsynet, og det er en betydelig under- og skjevrapportering av arbeidsrelaterte skader og sykdommer. Petroleumstilsynet får i gjennomsnitt omlag 650 meldinger om arbeidsrelatert sykdom årlig, og her anses rapporteringen å være mer komplett enn hva tilfellet er på land.

I Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse fra 2003 går det fram at 44 prosent av de registrerte sykefraværsperiodene de siste 12 månedene med et sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager, ble oppgitt å være arbeidsrelatert. Disse undersøkelsene tyder altså på at en stor andel av sykefraværet er arbeidsrelatert. Det er kvinner som rapporterer om flest plager, og de har høyere sykefravær enn menn.

Næringsgruppen helse- og sosiale tjenester hadde det høyeste fraværslivået i Norge i 2005. I

helse- og sosialtjenesten er arbeidsbelastningen stor og kvinneandelen høy. I tillegg har kvinner flere omsorgsoppgaver i familien. Det høye fraværslivået i helsesektoren blir forklart med belastende arbeid og tidspress. Tidspress på jobb som fører til utvidet arbeidstid og overtid, kan også skape problemer i privatlivet. Stress og følelsen av stadig å være på etterskudd, vil kunne ha negative konsekvenser for helsen. De siste årene har det også vært store omstillinger, særlig i offentlig sektor.

De største diagnosegruppene for utstøting fra arbeidslivet gjennom langtidsfravær og uføretrygging er muskel- og skjelettlidelser (som utgjør om lag 45 prosent av alle sykepengetilfeller) og psykiske lidelser (vel 17 prosent av sykepengetilfellene). Blant personer over 45 år er muskel- og skjelettlidelser den vanligste årsaken til uførepensjonering, blant personer under 45 år er psykiske lidelser vanligst.

Disse diagnosegruppene forbindes ofte med organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøforhold og arbeidsforhold som preger det nye arbeidslivet: økende omstillingstakt, teknologiutvikling, tidspress og effektivitets- og kompetanse-

Boks 2.3 Den sunne arbeider-effekten

Et metodeproblem i forskning på sosiale helseforskjeller som baserer seg på yrke, er den såkalte sunne arbeider-effekten («healthy worker effect»). I yrker med sterk helsebelastning forsvinner en del av de som tåler belastningene dårlig over tid. De som blir igjen, har sterkere helse og lavere dødelighet. Dermed vil sykkeligheten og dødeligheten ofte undervurderes i slike yrker, som ofte er tunge og manuelle yrker. En del av de som forsvinner fra slike tunge yrker, begynner i lettere funksjonæryrker. Her vil da tendensen bli at helserisikoen som hefter ved slike yrker, undervurderes. Samlet sett medfører med andre ord den sunne arbeider-effekten at helseforskjellene mellom yrkesgruppene undervurderes.

krav. Flere undersøkelser tyder på at det er en sammenheng mellom mobiliteten i arbeidslivet og risikoen for å bli utstøtt. Særlig er det vist at nedbemanninger øker risikoen for utstøting og sykefravær – også blant de som blir igjen. En studie fra Statistisk sentralbyrå viste at fulltidsansatte som i 1993 arbeidet i bedrifter som ble nedbemannet i perioden 1993–1998, hadde 28 prosent høyere sannsynlighet for å være uførepensjonert i 1999 enn sammenlignbare personer som arbeidet i bedrifter som ikke nedbemannet.

Forventet levealder blant de som står helt utenfor arbeidslivet er kort. I følge de beregninger av forventet levealder som er oppsummert i figur 2.11 og 2.12, hadde yrkespassive menn en forventet levealder på bare 67 år. Dette er tre år kortere enn for den yrkesaktive gruppen med den korteste forventede levealder. Yrkespassive kvinner kunne forvente å leve i 80 år, og altså noe lenger enn de dårligst stille yrkesaktive gruppene. Dette skyldes at mange av de yrkespassive kvinnene i statistikken har vært hjemmearbeidende husmødre.

2.3 Systematiske forskjeller i helseatferd og tilgang til helsetjenester

2.3.1 Helseatferd

Helseutfordringene i Norge er preget av sykdommer der helseatferd er en medvirkende årsak til sykdomsutviklingen. Dette gjelder blant annet

type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og enkelte kreftformer.

Kosthold og fysisk aktivitet

Forskjeller i befolkningens kosthold henger sammen med sosiale bakgrunnsvariabler som inntekt og utdanningslengde. Det er også betydelige forskjeller mellom kvinner og menn og mellom aldersgruppene. Generelt er det slik at grupper med lang utdanning og høy inntekt har et helsemessig gunstigere kosthold enn de med kort utdanning og lav inntekt. For eksempel har grupper med lang utdanning et høyere inntak av frukt og grønnsaker enn de med kort utdanning. Det er også vist at barn av foreldre med lang utdanning spiser sunnere og har mer regelmessige måltider enn barn av foreldre med kort utdanning.

Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) viser at en av fem kvinner og en av fire menn er inaktive i fritiden. Generelt er nivået av fysisk aktivitet i befolkningen for lavt. Samtidig er det klare sosiale forskjeller i aktivitetsnivå. Andelen fysisk inaktive er høyest i gruppene med kort utdanning og lav inntekt. Personer med lang utdanning mosjonerer oftere enn personer med kort utdanning. Barn som har foreldre med lang utdanning, mosjonerer oftere enn barn som har foreldre med kort utdanning. Undersøkelser av det fysiske aktivitetsnivået til ungdom i Oslo viser at ungdom fra familier med god økonomi i større grad er fysisk aktive enn ungdom fra familier med dårlig økonomi.

Innvandrere fra sørsiasatiske land som India, Pakistan og Sri Lanka har betydelig høyere forekomst av type 2-diabetes enn resten av befolkningen. Forekomst av type 2-diabetes i aldersgruppen 30–59 år i Romsås og Furuset bydeler i Oslo i 2000 var 28 prosent blant kvinner og 14 prosent blant menn fra Sør-Asia. Til sammenligning var den 3 prosent blant kvinner og 6 prosent blant menn med bakgrunn fra vestlige land. Blant personer med bakgrunn fra vestlige land var risikoen for å rammes av type 2-diabetes størst blant de med lavest inntekt eller kortest utdanning.

Røyking

Røyking er den helseatferdsfaktoren der sammenhengen med helsetilstand er best dokumentert. Samtidig er det den faktoren hvor de sosiale forskjellene er klare. Røykere er overrepresentert i grupper med lav inntekt, kort utdanning og manuelle yrker. Forekomsten av daglig røyking er mer enn dobbelt så høy i gruppen med bare grunnskole

som i gruppen med universitet/høgskole. Færrest røykere finnes i teknisk/vitenskapelige yrker og flest blant personer sysselsatt i industri- og transportsektoren og blant personer utenfor arbeidsstyrken. I gruppen med lav inntekt eller kort utdanning er røykeintensiteten høyere, og det er oftere de mest avhengighetsskapende tobakksproduktene som brukes. Videre er gjennomsnittlig debutalder for røyking lavere, toleransen for passiv røyking er større og regler for å begrense røyking hjemme er sjeldnere. Personer i denne gruppen er oftere feilinformert om helsefarene ved de forskjellige tobakkstypene.

I perioden 1976–2005 har andelen dagligrøykere med universitets- og høyskoleutdanning blitt redusert fra om lag 30 prosent til 13 prosent, mens røykere i gruppen med kun grunnskoleutdanning har holdt seg relativt stabil på rundt 40 prosent dagligrøykere. Siden denne gruppen har blitt mindre, har antallet dette gjelder likevel gått ned. Blant ungdom er andelen som røyker høyere blant jenter enn blant gutter. Blant ikke-vestlige innvandrere er imidlertid forholdet omvendt. Ungdom med skilte foreldre, ungdom med foreldre som røyker og ungdom med planer om yrkesfaglig utdanning, røyker oftere enn andre ungdommer.

Fordi røyking er så skjevt fordelt i samfunnet, blir også røykerelatert sykdom skjevfordelt. Ifølge rapport 2006:4 *Hvor dødelig er røyking?* fra Nasjonalt folkehelseinstitutt skyldtes 6700 dødsfall (16 prosent av alle dødsfall) i 2003 røyking. Blant kvinner var røyking skyld i 26 prosent av dødsfallene i aldersgruppen 40–70 år, mens det tilsvarende tallet for menn var 40 prosent.

Rusmiddelbruk

Sammenhengen mellom alkoholbruk og sosial bakgrunn er mer kompleks enn for fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Det er en J-formet kurve hvor de med kortest utdanning og lavest inntekt drikker mer enn de som har noe lengre utdanning og høyere inntekt, før kurven igjen stiger blant de med lengst utdanning og høyest inntekt. Dette gjelder i størst grad for menn – kvinner med kort utdanning drikker mindre enn kvinner med lang utdanning. Det er imidlertid slik at grupper med kort utdanning ofte har en mer skadelig bruk av alkohol enn grupper med lang utdanning, det vil si større mengder om gangen. Dette fører til at det i grupper med kort utdanning og lav inntekt er flere som er pådrar seg akutte alkoholskader.

Noen befolkningsgrupper er spesielt utsatt for å utvikle rusmiddelproblemer. Dette gjelder for eksempel barn av rusmiddelavhengige og psykisk

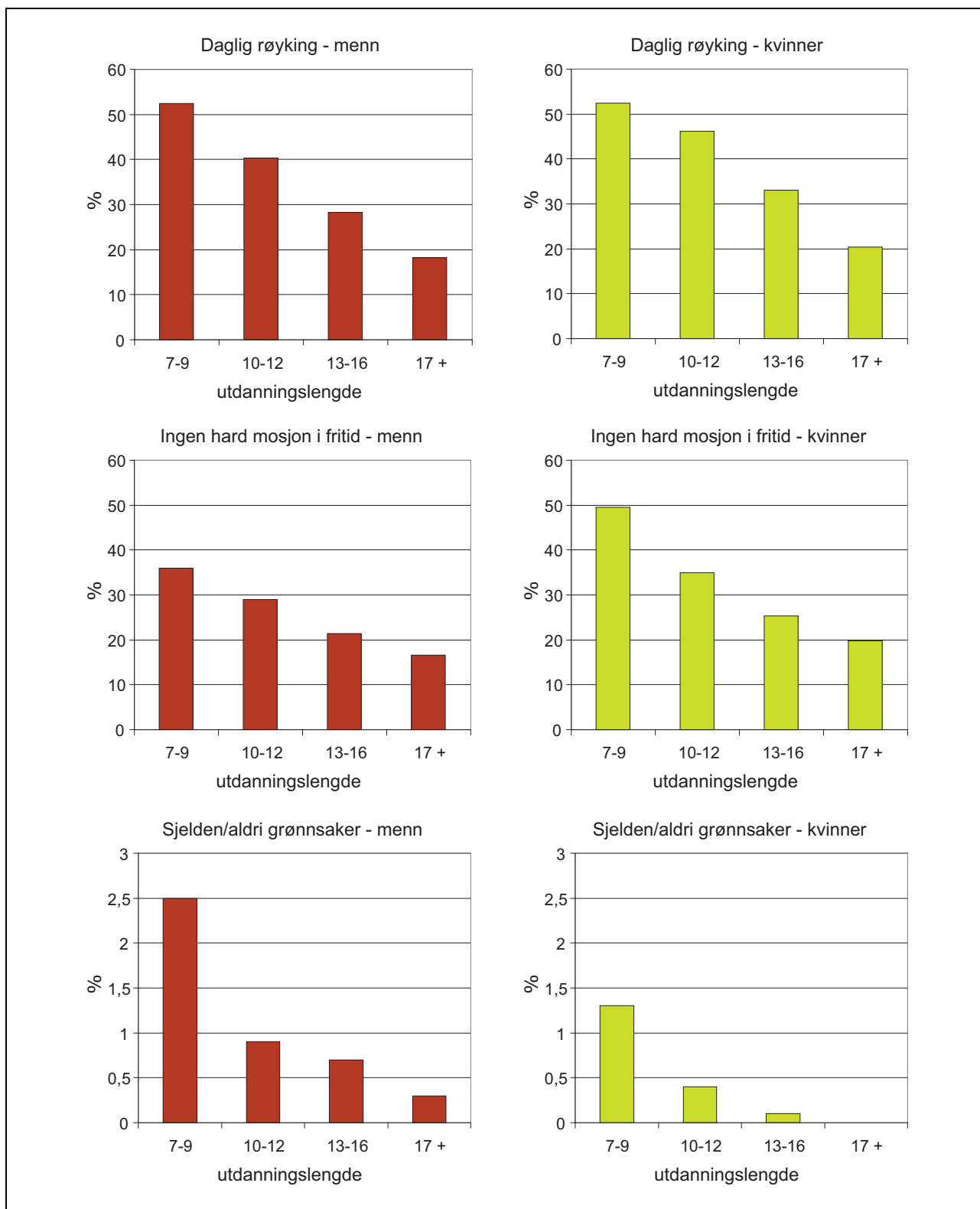
syke foreldre, og barn og ungdom som selv har psykiske lidelser. På bakgrunn av annen kunnskap om sosiale helseforskjeller, er det grunn til å tro at slike risikofaktorer vil variere avhengig av sosial bakgrunn, men dette er et område hvor vi trenger mer kunnskap. Rusmiddelavhengige er overrepresentert i grupper med kort utdanning og lav inntekt. Rusmiddelproblemer fører i mange tilfeller til tap av arbeid og sosiale problemer, noe som igjen kan bidra til å forsterke rusmiddelproblemene.

Ulykker og skader

Ulykker og skader er den fjerde viktigste dødsårsaken i Norge. Antall personer som har mistet livet som følge av skader har vært nedadgående de siste 30 årene, men skader etter ulykker er fortsatt et stort folkehelseproblem. Samtidig er dette et felt hvor vi har god kunnskap om årsaker og effektive forebyggende tiltak. Her er det et forbedringspotensial gjennom innsats i flere sektorer. I Norge er forskning om sosiale forskjeller i skader og ulykker mangelfull. En svensk undersøkelse fra 2002 tyder på at omfang av trafikkuulykker er større i grupper med kort utdanning og lav inntekt enn i grupper med lang utdanning og høy inntekt. Det er grunn til å tro at det er store sosiale forskjeller i ulykker også i Norge. Helsevernetaten i Oslo kommune har på bakgrunn av tall fra Oslo legevakt fra 2001 beregnet at skadefrekvensen er høyest i de østlige bydelene (Romsås, Grünerløkka-Sofienberg og Gamle Oslo) og lavest i de vestlige bydelene (Bygdøy-Frogner, Ullern og Vinderen). Det er behov for forskning som ser nærmere på dette, og som ser på virkemidler for å redusere de sosiale forskjellene.

Spilleavhengighet

Studier av spilleavhengighet viser sammenfall med andre lidelser av sosial- og helsemessig art som selvmordstanker, stressrelaterte symptomer og emosjonelle problemer. Det er også antydning sammenheng med rusmisbruk. Ungdom fra lavinntektsfamilier er særlig sårbare. I følge en undersøkelse fra 2005 utført av MMI om nordmenns spillevaner er de laveste inntektsgruppene overrepresentert blant personer med spilleproblemer. Dette gjelder særlig for automater, men seddelforbudet fra 1. januar 2006 har redusert automatomsetningen kraftig. I likhet med forbruk av tobakk og alkohol, har tilgjengelighet stor betydning for forbruket. Grupper som har tilgang til automater, er mer utsatt for å utvikle problemer. Vi har mangelfull kunnskap om situasjonen når det gjelder



Figur 2.13 Forskjeller i helseatferd etter utdanningslengde, menn og kvinner 40–45 år.¹

¹ Diagrammene viser prosentandel av selvrapportert røyking, ingen hard mosjon i fritiden og sjelden/aldri inntak av grønnsaker for menn og kvinner i aldersgruppen 40–45 år etter utdanningslengde. Tallene er hentet fra helseundersøkelsene i Oslo, Hedmark, Oppland, Troms og Finnmark 2000–2003. 40–45 åringene er ikke representative for befolkningen som helhet, men tallene gir en god illustrasjon på forholdet mellom utdanningslengde og helseatferd i befolkningen. Diagrammene viser at helseatferd varierer systematisk med utdanningslengde både for røyking, fysisk aktivitet og kosthold. De samme tendensene gjør seg gjeldende både for kvinner og menn. Forskjeller i helseatferd er en viktig årsak til de forskjellene vi ser i sykkelighet og dødelighet mellom sosiale grupper i befolkningen.

sosiale forskjeller i avhengighet av internettbaserte pengespill.

2.3.2 Helsetjenester

Det er forsket lite på sammenhenger mellom helsetjenestebruk og sosial bakgrunn i Norge. Blant undersøkelser som er gjennomført, er det bare unntaksvis gjort forsøk på å se bruken av tjenester i sammenheng med sykkelighet og pasientenes behov. De undersøkelsene som det refereres til nedenfor, tyder likevel på at det er en sosial skjevfordeling i bruken av både primær- og spesialist-

helsetjenester – særlig dersom vi ser bruken i sammenheng med antatt behov.

Forskning på helsetjenestebruk blant barn og unge tyder på at bruken av spesialisthelsetjenester øker med lengden på foreldrenes utdanning. Når det gjelder skolehelsetjenester og helsestasjon for ungdom, ser derimot bruken ut til å styres mer av behov enn sosial posisjon.

Også blant voksne ser det ut til at bruk av spesialisthelsetjenester øker med lengde på utdanning og størrelse på inntekt. For bruk av primærhelsetjenester er fordelingen tilsynelatende omvendt, men ikke dersom det tas hensyn til sykkeligheten,

Boks 2.4 Tilsynserfaringer

Tjenesteytere, både offentlige og private, har ansvar for å overholde kravene lovverket stiller til tjenester og personell. Som en sikkerhet fører myndighetene tilsyn med at dette skjer og med at alle som yter tjenester selv kontrollerer at deres egen virksomhet drives i tråd med myndighetenes krav. Statlig tilsyn er ett av flere virkemidler for å følge opp intensjonene i lovverket. Tilsynet retter seg mot virksomheter som yter sosial- og helsetjenester. I tillegg føres det tilsyn med helsepersonell, som er forpliktet etter en egen profesjonslov, helsepersonelloven.

Statens helsetilsyns erfaringer bekrefter at det i mange tilfeller er forskjell på tilgjengelighet og kvalitet i tjenestene som tilbys og at dette slår ulikt ut for forskjellige pasient- og brukergrupper. Det kan være mange årsaker til dette. Et underliggende premiss for store deler av helsetjenesten er at den som har behov for helsehjelp, selv må kontakte helsetjenesten. Pasienten må også selv ta initiativ til å klage hvis hun eller han mener seg utrettmessig behandlet av helsetjenesten. Dette fungerer bra for mange, men det favoriserer lett pasienter og pårørende som er ressurssterke: De kjenner helsetjenesten, vet hva den kan tilby, og hvordan man går fram for å få hjelp. Når tilgang til tjenester er basert på selvseleksjon, innebærer det også at den som ikke melder sitt behov, kjenner sitt behov, eller kan ivareta sine egne interesser, ikke får hjelp hvis ikke andre påtar seg å målbære behovet.

Tilsynserfaringer fra 2003 viser blant annet at informasjon om fritt sykehusvalg innen spesialisthelsetjenesten i mange tilfeller ikke var tilfredsstillende. En undersøkelse foretatt av SINTEF Helse viser at pasienter med et høyt forbruk av helsetjenester i mindre grad enn andre benyttet fritt sykehusvalg. Undersøkelsen viser at ordningen brukes mest til enkeltstående inngrep eller konsultasjoner innen den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten og i mindre grad av pasienter med kroniske og/eller sammensatte lidelser. Vi ser altså at pasienter med store behov og/eller pasienter med liten kunnskap om helsetjenesten i mindre grad enn andre benyttet muligheten til å påvirke ventetid for helsehjelp.

Helsetilsynet gjennomførte i 2005 tilsyn med tjenestene i kommunene overfor rusmiddelavhengige. Rapportene fra disse tilsynene viste i mange sammenhenger betydelige mangler i tjenesteapparatet. Dette og andre tilsyn avdekket store utfordringer for tjenestene når pasienter og brukere har flere og sammensatte problemstillinger fordi det stiller krav til samhandling mellom tjenester og mellom ulike tjenestenivåer.

Helsetilsynet gjennomførte i 2006 et landsomfattende tilsyn med tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige i spesialisthelsetjenesten. Oppsummeringen av disse tilsynene vil ved siden av evalueringen av rusreformen gi en mer omfattende og grundig beskrivelse og vurdering av kapasiteten, kvaliteten og organiseringen av tjenestene overfor denne pasientgruppen.

som er større i grupper med kortere utdanning og lavere inntekt.

Rehabiliterings- og habiliteringstjenestene vil ofte være rettet mot personer med lav inntekt (trygdede personer og/eller personer med usikkert forhold til arbeidsmarkedet). Kunnskapen om den sosiale komponenten er imidlertid mangelfull.

Når det gjelder mental helse, er det få undersøkelser som har tatt for seg sammenhengen mellom tjenestebruk og sosial bakgrunn. Et unntak er Helseprofil for Oslo, der man fant hyppigere bruk av psykolog eller psykiater i de indre bydeler og i grupper med lavere inntekter.

Det er funnet få, om noen, sosiale forskjeller i bruken av tannhelsetjenester blant barn og unge i Norge. Blant voksne finnes det en sammenheng mellom sosial bakgrunn og kontakt med tannhelsetjenesten, men når kontakten først er tatt, ser det ikke ut til å være forskjeller i bruk av tjenesten.

Statistisk sentralbyrå har nylig gjennomført en undersøkelse om fastlegen som portvokter for spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen viser at det i liten grad er sosiale forskjeller i henvisning dersom det ikke tas hensyn til at det er sosiale forskjeller i helsen til forskjellige sosiale grupper. Dersom det i analysen tas hensyn til at personer med kort utdanning har dårligst helse, viser imidlertid undersøkelsen at personer med kort utdanning i mindre grad blir henvist til spesialist enn personer med lang utdanning.

I Norge er det gjort få studier som har undersøkt om forskjellige sosiale grupper får ulik kvalitet på behandlingen. Spørsmål om hvorvidt forskjeller i overlevelse av bestemte sykdommer mellom sosiale grupper kan knyttes til faktorer i helsevesenet, er imidlertid studert for kreftsykdommer. En undersøkelse fant at pasienter med lav inntekt, grunnskoleutdanning eller manuelt arbeid, hadde lavere overlevelse av en rekke kreftsykdommer. Dødeligheten er økt også når en tar høyde for utbredelsen av kreftsykdommen på diagnosetidspunktet. Dette tyder på at ulike faktorer i helsevesenet kan påvirke dødeligheten.

2.4 Grupper med spesielle helseutfordringer

2.4.1 Grupper med langvarige levekårsproblemer

Sammensatte og langvarige levekårsproblemer som svekker helsen er utbredt i enkelte grupper. Dette gjelder blant annet innsatte i fengsler, langtidsmottakere av sosialhjelp, tungt belastede rusmiddelavhengige og enkelte innvandrergupper.

Dette er grupper som ikke nødvendigvis er fattige, men der mange lever under vanskelige levekår og har omfattende helseproblemer. Det gjelder også barn av foreldre som hører til disse gruppene.

Personer med langvarige levekårsproblemer har ofte manglende eller svak tilknytning til arbeidslivet. Enkelte har derfor ikke opptjent rettigheter til inntektssikring i folketrygden eller har lave trygdeytelser. Det gjelder for eksempel personer som har oppholdt seg i institusjon og en del nyankomne innvandrere. Mange er langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp. Langtidsmottakere av sosialhjelp har dårligere helse enn befolkningen for øvrig. Innsatte i fengsler har ofte lav utdanning og mangler i langt større grad enn befolkningen ellers bolig, arbeid, og inntekt. Mange har stor gjeldsbyrde, er rusmiddelavhengige og har fysiske og psykiske lidelser. Rusmiddelproblemer leder mange ut i fattigdom, og tungt belastede rusmiddelavhengige er blant de mest vanskeligstilte i Norge. Psykisk sykdom kan føre til fattigdom fordi sykdommen skaper problemer med hensyn til utdanning og arbeidsdeltakelse. Mer enn 40 prosent av pasientene under tvungent psykisk helsevern har ikke egen bolig. Disse pasientene har ofte kort utdanning, dårlig økonomi og svak sosial forankring.

Forskjellene øker mellom personer med lavinntekt og resten av befolkningen

Nasjonalt folkehelseinstitutt har sett på utviklingen i dødelighet i aldersgruppen 45–59 år i perioden 1994–2003 og sammenlignet lavinntektsgruppen med resten av befolkningen (se figur 2.14 og 2.15).

Dødeligheten blant menn i denne aldersgruppen går ned både i lavinntektsgruppen og i resten av befolkningen, men forskjellene mellom gruppene øker. Dette henger sammen med at nedgangen er større blant de som ikke er i lavinntektsgruppen. Blant kvinner øker dødeligheten i lavinntektsgruppen, mens den går ned blant de som er over lavinntektsgrensen. Inntektsmålet er basert på årlig husholdningsinntekt justert for antall personer i husholdningen. Lavinntektsgruppen består av personer med årlig inntekt under 50 prosent av medianinntekten.

Økonomiske levekår i grupper med funksjonsnedsettelse

Personer med funksjonsnedsettelse har som gruppe dårligere økonomiske levekår enn gjennomsnittet i befolkningen. Det er særlig tre faktorer som er avgjørende for de økonomiske levekå-

rene: sysselsetting (og dermed arbeidsinntekt), offentlige overføringer i form av trygder og sosiale ytelser, og eventuelle merutgifter som følge av funksjonsnedsettelsen.

Statistisk sentralbyrås arbeidskraftundersøkelser viser at mens om lag 75 prosent av befolkningen som helhet er sysselsatt, gjelder dette bare om lag 45 prosent av de funksjonshemmede. I tillegg er deltidsarbeid mer utbredt blant funksjonshemmede. Det har ikke vært vesentlige endringer i dette bildet i perioden 2000 til 2005.

Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse viser at personer med funksjons- og deltakelsesvansker i gjennomsnitt har en inntekt som utgjør om lag 75 prosent av gjennomsnittsinntekten i befolkningen generelt. Nærmere 50 prosent av inntekten til personer i disse gruppene kommer fra ulike typer overføringer.

Personer med funksjonsnedsettelse kan ha ulike typer merutgifter, for eksempel fordi de ikke kan benytte enkle og billige løsninger som er tilgjengelige for andre, og fordi de må ha et høyere

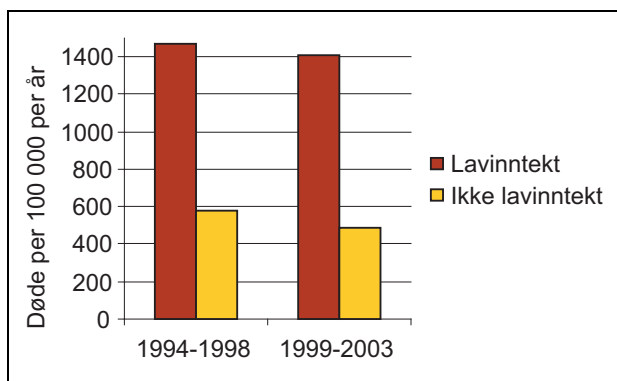
forbruk av enkelte varer og tjenester for å kompensere for funksjonsnedsettelsen. Vi vet lite om størrelsen på slike merutgifter, men de varierer betydelig, blant annet etter bosted. En nylig gjennomført kartlegging av egenandeler på sosiale tjenester fra ECON senter for økonomisk analyse, viser at det er stor forskjell på hvordan ulike kommuner praktiserer egenandelsordningene.

2.4.2 Risikoutsatte barn og unge

Utvikling av psykiske plager og lidelser hos barn henger nært sammen med familiebelastninger og knapphet på sosiale ressurser. Noen barn og unge lever under så belastende oppvekstkår at de allerede fra før fødselen har økt sannsynlighet for å utvikle psykiske plager og lidelser. Barn i familier hvor foreldre har psykiske lidelser, er rusmisbrukere eller voldelige har særlig høy risiko for å utvikle psykiske vansker. Minst 15 000 barn under 18 år lever med en eller to foreldre som får behandling innen psykisk helsevern. I tillegg kommer barn som bor sammen med foreldre med psykiske lidelser som ikke behandles. Det er vanskelig å beregne hvor mange som berøres av foreldres rusmisbruk fordi dette ofte er skjult, men vi regner med at om lag 10 prosent av befolkningen har et rusproblem og vi vet at mange av disse bor sammen med barn under 18 år.

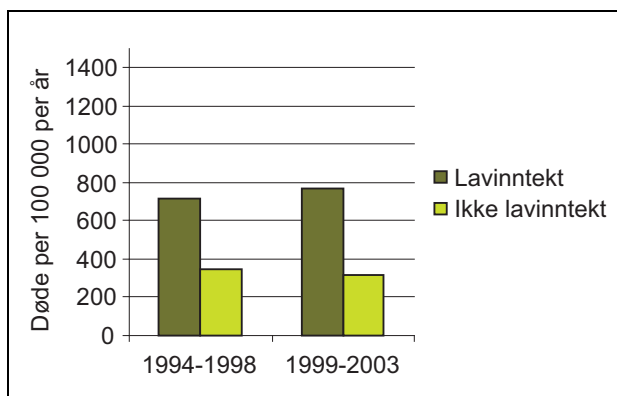
En undersøkelse fra Norsk institutt for by- og regionforskning viser at 99 000 barn og unge hadde tiltak fra barnevernet i perioden 1990 til 2002. Det utgjør om lag 6 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen under 18 år. I overkant av 10 000 av disse hadde vært på barneverninstitusjon for en kortere eller lengre periode. Undersøkelsen viser at barn og unge som er i kontakt med barnevernet, og deres biologiske foreldre, har større helseproblemer enn andre familier. Nyere studier viser en overhyppighet av sykdoms dødsfall og voldelige dødsfall (ulykker, selvmord, drap) i denne gruppen. Barn med tiltak fra barnevernet har oftere foreldre som har lavere inntekt, kortere utdanning og dårligere helse. Vi vet også langtidsklientene i barnevernet oftere er gutter, har foreldre med kort utdanning og lav inntekt, er barn av ugifte mødre og oftere har vært utsatt for omsorgssvikt eller mishandling.

Halvparten av alle innsatte i fengsel har barn. Det betyr at om lag 4000 barn i løpet av et år opplever at mor eller far blir fengslet. Dette kan få alvorlige konsekvenser for livssituasjonen og utviklingen til et barn, både i form av skam, sorg, utrygghet, angst, savn, risiko for mobbing og foreldrekonflikter.



Figur 2.14 Dødelighet menn 45–59 år med og uten lavinntekt, 1994–2003.

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt



Figur 2.15 Dødelighet kvinner 45–59 år med og uten lavinntekt, 1994–2003.

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt

2.4.3 Innvandrere

Det er store forskjeller i utdanning og inntekt mellom grupper av innvandrere, og forskjellene i sykkelighet og dødelighet varierer sannsynligvis mer mellom innvandrergupper enn den gjør i resten av befolkningen. Det er imidlertid kjent at noen innvandrergupper har økt risiko for enkelte sykdommer. Helseundersøkelsen i Oslo har vist at innvandrere fra ikke-vestlige land har mer psykiske plager enn andre nordmenn. Særlig har flyktinger høy hyppighet av psykiske plager. Tortur, fengsel og andre traumatiske hendelser forklarer noe av den økede hyppighet av psykiske plager spesielt hos flyktingene. Den viktigste sosiale forklaringsfaktor synes å være manglende arbeid etter ankomsten til Norge, og i mindre grad økonomiske problemer. Viktige psykososiale forklaringsfaktorer er: manglende integrasjon i det norske samfunnet, opplevelse av diskriminering, blant annet på boligmarkedet, og en generell opplevelse av maktesløshet. 24 prosent av innvandrere fra Asia og Afrika har psykiske plager. 12 prosent av innvandrere fra Vest-Europa og Amerika har psykiske plager. Tilsvarende tall for norskfødte er 10 prosent.

Det er høyere forekomst av enkelte smittsomme sykdommer som tuberkulose, hiv-infeksjon, hepatitt A og B, malaria, tyfoidefeber og shigellose i noen innvandrergupper. Selvrappert sykkelighet er høyere i en del innvandrergupper enn i befolkningen for øvrig. Undersøkelser fra Oslo tyder på økt forekomst av fedme særlig hos kvinnelige innvandrere fra Tyrkia og Pakistan. Type 2-diabetes er hyppig i mange innvandrergupper, særlig fra det indiske subkontinent.

Tannhelsen hos barn og unge har hatt en positiv utvikling i befolkningen. Undersøkelser viser imidlertid at barn med innvandrerbakgrunn har tre til fire ganger dårligere tannhelse enn andre norske barn.

Kvinner fra Sri Lanka, Pakistan og Vietnam røyker langt mindre enn kvinner født i Norge. På den annen side er røyking mer utbredt i en del mannlige innvandrergrupper enn i befolkningen ellers.

Noen av innvandrergruppene er lite fysisk aktive og synes i mindre grad enn den øvrige norske befolkningen å bruke lette matvarer. Det er økt hyppighet av vitamin D-mangel blant innvandrere fra Pakistan, Tyrkia, Iran og Sri Lanka. Det er vist økt risiko for dødfødsel, spedbarnsdød og medfødte misdannelser blant innvandrere av pakistansk opprinnelse. Kvinner fra Somalia hadde flere komplikasjoner ved fødsel enn andre. I Oslo fant man også at innvandrere var overrepresentert

blant abortsøkerne. Det er behov for videre undersøkelse av sosioøkonomiske faktorer og helse hos innvandrere i Norge.

2.4.4 Områder med samisk og norsk bosetting

Det foreligger lite kunnskap om sammenhengen mellom sosiale forhold og helse i den samiske befolkning, og det er få studier som sammenligner samiske og norske forhold. Det skyldes dels at mange av de helse- og levekårundersøkelsene som har vært gjennomført ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til etnisk bakgrunn og særegne samiske levekår. Senter for samisk helseforskning har gjennomført en helse- og levekårsundersøkelse i områder med samisk og norsk bosetting (SAMINOR). I undersøkelsen er utvalget delt inn i tre kategorier: 1) personer der både de selv, foreldre og besteforeldre snakker/snakket samisk hjemme, 2) øvrige personer som oppgir samisk tilhørighet, og 3) personer som bare oppgir norsk tilhørighet (inkluderer kvener og innvandrere). Et av formålene med studien var å se på tilfredshet med den kommunale legetjenesten i områder med samisk og norsktalende befolkning. De samisktalende pasientene var mindre fornøyd med den kommunale legetjenesten totalt sett enn de norsktalende. De var mindre fornøyd med legens språkbeheerskelse, og de mente at det hyppigere oppstod misforståelser mellom lege og pasient på grunnlag av språkproblemer. En tredel gav uttrykk for at de ikke ønsker å bruke tolk. Resultatene indikerer at det bør legges stor vekt på legens språkkompetanse ved ansettelse av leger i kommuner innen forvaltningsområdet for samisk språk. Dette vil kunne bedre tilfredsheten med legetjenestene.

Utdanning er brukt som mål på sosiale forskjeller. Det er store forskjeller i utdanning mellom de tre kategoriene, spesielt blant de eldste. Samtidig er det viktig å understreke at utdanning som indikator på sosial bakgrunn ikke nødvendigvis gjenspeiler sosiale forskjeller i urfolksammenheng på tilsvarende måte som i en monokulturell norsk befolkning. På samme utdanningsnivå er det få forskjeller i selvrappert sykkelighet mellom de tre kategoriene når vi tar hensyn til alder og kjønn.

Det er store forskjeller mellom kategoriene når det gjelder helseatferd, men foreløpige analyser viser at dette bare i mindre grad gjenspeiles i omfanget av egenrapportert sykdom.

Foreløpige analyser av materialet i SAMINOR, viser at blant den samiske befolkningen i kategori 1, har én av tre opplevd å bli diskriminert på grunn av sin samiske tilhørighet. Dette samsvarer med

andre studier som er gjort omkring selvopplevd diskriminering blant samer. For eksempel viser en rapport fra Norut NIBR Finnmark at én av fire samer har opplevd etnisk diskriminering de siste to årene. Generelt vet vi fra andre studier at etniske diskriminering er assosiert med lavere helsestatus. Denne assosiasjonen finnes sterkest i tilknytning til mental helse, og det er grunn til å tro at dette også kan gjelde for den samiske befolkningen.

2.4.5 Aleneboende

Flere studier peker i retning av at de som er gift eller lever i samboerforhold, gjennomgående har en bedre psykisk og fysisk helse enn ugifte og tidligere gifte. Spesielt skilte og enker/enkemenn har en dårligere psykisk helse enn andre, og da særlig i form av mer depresjon og angst, men også høyere dødelighet. Dette kan dels henge sammen med at ekteskap og samboerforhold gir sosial støtte, dels at gifte/samboere har mindre økonomiske problemer enn aleneboende.

Aleneboende menn og kvinner (45–59 år) med kort utdanning og/eller lav inntekt har høy dødsrisiko i norsk målestokk. Data fra Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser viser at enslige er særlig utsatt for økonomiske problemer og oftere opplever samlivsbrudd. Enslige forsørgere er den gruppen som sliter mest med alvorlige økonomiske problemer. Skilsmisse kan se ut til å tredoble risikoen for langvarig arbeidsuførhet.

Siden andelen aleneboende generelt, og skilte spesielt, fortsetter å stige, utgjør helseproblemer i disse gruppene et stadig større folkehelseproblem. Dette har også betydning for de sosiale helseforskjellene. I følge Statistisk sentralbyrå er samlivsbrudd en av de faktorene som gir størst risiko for lavinntekt. Barn som lever i lavinntektsfamilier har ofte enslig hovedforsørger med kort utdanning. Enslige forsørgeres levekårsproblemer kan være av stor betydning både for deres egen og deres barns psykiske og fysiske helse. Selv om de fleste barn med enslige eller skilte foreldre klarer seg bra, har en norsk studie vist at skilsmisse øker risikoen for psykiske helseplager både i ungdomsårene og i voksenlivet.

Del I
Redusere sosiale forskjeller som bidrar til
helseforskjeller

3 Inntekt

«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»



Figur 3.1 Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller

3.1 Mål: Redusere økonomiske forskjeller

Mål

- Redusere økonomiske forskjeller i befolkningen
- Avskaffe fattigdom
- Sikre grunnleggende økonomisk trygghet for alle

3.2 Virkemidler

Regjeringen vil arbeide for å redusere økonomiske forskjeller i befolkningen. Det er en direkte sammenheng mellom økonomiske ressurser og helse fordi privatøkonomien påvirker mulighetene til helsefremmende forbruk. Det er grupper med lavest inntekt som vil ha størst helseeffekt av økt inntekt. Det er også slik at samfunn med store inntektsulikheter kan produsere helseforskjeller gjennom indirekte mekanismer. Det å ha relativt sett svakere økonomi enn de menneskene en er omgitt av kan føre til ekskludering fra arenaer og aktiviteter. Slik sosial ekskludering kan bidra til stress som igjen gir dårligere helse. Dette innebærer at inntektsutjevning vil kunne bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bedre gjennomsnittshelse.

Det er viktig å hindre at det som i utgangspunktet er et helseproblem, ikke samtidig fører til utvikling av økonomiske problemer. Spesielt i lavinntektsgruppene kan helseproblemer føre til redusert inntekt. Det kan oppstå negative spiraler av økonomiske problemer og helseproblemer.

Regjeringen vil arbeide for å forhindre at vi får et samfunn med økende inntektsforskjeller og større skiller mellom folk. Økte sosiale forskjeller kan svekke den generelle viljen i samfunnet til å slutte opp om kollektive velferdsløsninger, som for eksempel en offentlig helsetjeneste og en offentlig skole for alle. Manglende oppslutning om å bruke ressurser på slike velferdsordninger vil særlig ramme de med små sosiale og økonomiske ressurser. Dette kan igjen bidra til at både helse og inntektsforskjeller opprettholdes og øker. Et samfunn preget av sosialt samhold og likeverd gir de beste rammene for enkeltmenneskets muligheter til å oppnå god helse.

3.2.1 Skatte- og avgiftssystemet

Regjeringen vil arbeide for et skattesystem som gir stabile inntekter til fellesskapet, bidrar til rettferdig fordeling, et bedre miljø, fremmer sysselsetningen i hele landet og som bedrer økonomiens virkemåte.

Skattesystemet skal i sterkere grad enn i dag bidra til en mer rettferdig inntektsfordeling i samfunnet. Regjeringen legger derfor vekt på å opprettholde og styrke offentlige fellesgoder i stedet for å gi skattelettelse. Gode offentlige velferdsordninger er særlig viktig for dem med de laveste inntektene. Regjeringen har staket ut en ny kurs i skattepolitikken for å skape økt rom for offentlige velferdstjenester. Regjeringen vil holde samlede skatter og avgifter uendret fra 2008, slik at handlingsrommet i den økonomiske politikken i sin helhet vil styrke fellesgodene. Det skal ikke gis netto skattelettelse.

I fordelingspolitikken må skatte- og avgiftssystemet ses i sammenheng med innsatsen på andre områder. Lavinntektsproblemer er ofte sammensatte, og direkte støtteordninger er ofte mer målrettede enn skatte- og avgiftslettelse for å tilgodese vanskeligstilte grupper (lavinntektsgrupper, uføre, enslige forsørgere med videre) eller husholdninger i bestemte livsfaser (småbarnsfamilier, studenter, pensjonister med videre). Det vises til *Handlingsplanen mot fattigdom* for målrettede tiltak overfor grupper med lavinntektsproblemer.

Regjeringen har som mål å styrke den generelle fordelingsprofilen i skattesystemet ytterligere, og regjeringens skattepolitikk legger derfor opp til at de med høye inntekter og formue bidrar mer til fellesskapet. Det vises til statsbudsjettet for 2007, hvor regjeringen blant annet gikk inn for økt toppskatt, økt minstefradrag, særlig for dem med de laveste inntektene, og økt formuesskatt. Disse endringene har gode fordelingsvirkninger.

3.2.2 Følge utviklingen i inntektsforskjeller

Som en del av rapporteringssystemet som presenteres i denne meldingen, vil regjeringen også følge utviklingen av inntektsulikheter i befolkningen. I tillegg til summariske indikatorer som Gini-koeffisienten, bør et slikt rapporteringssystem også inneholde indikatorer som synliggjør *hvor* i inntektsfordelingen endringer skjer. Utviklingen på området skal rapporteres i Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og i forbindelse med de årlige rapportene om arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller som er beskrevet i kapittel 9.

Boks 3.1 Virkemidler: Inntekt

Regjeringen vil:

- videreføre arbeidet med å sikre at skattesystemet i sterkere grad enn i dag bidrar til en mer rettferdig inntektsfordeling i samfunnet
- følge utviklingen i inntektsulikhet i befolkningen
- gjennomføre tiltak for å avskaffe fattigdom, jf. St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering* og *Handlingsplan mot fattigdom*

4 Oppvekst

4.1 Mål: Trygge oppvekstvilkår og like muligheter til utvikling

Mål

- Alle barn skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldres økonomi, utdanning, etniske og geografiske tilhørighet

Delmål

- Full barnehagedekning og reduserte sosiale forskjeller i barnehagebruk
- Redusert andel elever som møter til skolestart uten tilfredsstillende språkferdigheter
- Redusert andel elever som går ut av grunnutdanningen med svake grunnleggende ferdigheter
- Redusert andel elever som ikke fullfører videregående opplæring
- Tidlig identifisering og god oppfølging av barn i risikogrupper
- Økt tilgjengelighet til skolehelsetjenesten

4.2 Virkemidler

De aller fleste barn og unge i Norge har gode oppvekstvilkår. Det er likevel barn og unge som lever i familier med så begrensede økonomiske ressurser at de kan karakteriseres som fattige. Barn som har foreldre med kort utdanning eller svak tilknytning til arbeidslivet er særlig utsatt. Det samme gjelder barn som bor med enslig forsørger og barn med innvandrerbakgrunn.

Offentlige velferdsordninger kan bidra til å skjerme og motvirke negative konsekvenser av det å vokse opp i en økonomisk vanskeligstilt familie. Generelle velferdsordninger er viktigst for grupper med små ressurser, og siden de er beregnet på alle, virker de ikke stigmatiserende. Videre kan generelle ordninger bidra til å forebygge at barn havner i sårbare situasjoner. Et godt utbygd offentlig velferdstilbud kan sikre like muligheter uavhengig av økonomiske og andre personlige ressurser. Samtidig er det behov for spesielle tiltak rettet mot risikoutsatte barn.

I følge Verdens helseorganisasjons rapport *De harde fakta* kan risikofaktorer reduseres gjennom bedre forebyggende helsetjenester for mor og barn og ved forbedring av kunnskapsnivået hos foreldre og barn. Slike helse- og utdanningsprogrammer øker foreldres kunnskap om barnets behov og styrker troen på egen kompetanse. Verdens helseorganisasjon slår videre fast at strategier for å gi like muligheter for utdanning er viktig for å forbedre helsen. Rapporten understreker også at bedre levekår og sosialt nettverk for foreldrene gir bedre levekår for barna.

4.2.1 Barnehage og skole

Barnehagen og skolen kan bidra til å redusere sosiale helseforskjeller gjennom sosial utjevning i læring. Barnehagen kan identifisere barn med spesielle behov og legge til rette for oppfølgingstiltak på et tidlig stadium. Barn som har fått et godt tilbud i barnehagen klarer seg bedre i skolen. Gode muligheter til utdanning og arbeid kan bidra til å redusere negative helseeffekter av dårlige levekår i barndommen. Samtidig er både barnehagen og skolen viktige arenaer for tiltak for å bidra til sunn helseatferd, for eksempel gjennom å legge til rette for gode kostvaner og fysisk aktivitet.

Regjeringen har i St.meld. nr 16 (2006–2007) ... og *ingen sto igjen. Tidlig innsats for livslang læring* presentert en politikk for å styrke utdanning som verktøy for sosial utjevning. Sammenlignet med andre land, er det i Norge store prestasjonsforskjeller mellom skoleelevene, og Norge er et av de landene der familiebakgrunn har størst betydning for prestasjonene. Det overordnede målet for meldingen er derfor å sikre alle elever grunnleggende ferdigheter uavhengig av familiebakgrunn. I tillegg er det et mål at alle, uavhengig av sosial bakgrunn, settes i stand til å ta informerte valg om yrke og videre studier.

I stortingsmeldingen om tidlig innsats for livslang læring har regjeringen gått inn for at lengden på skoledagen på de laveste trinnene gradvis skal utvides fra 21 timer til 28 timer i uken. En utvidet skoledag vil bidra til å styrke kvaliteten på opplæringen til alle elever, men tiltaket vil ha størst effekt for elever som får lite hjelp til læringsarbeidet

hjemmefra. En utvidet skoledag skal legge til rette for økt fysisk aktivitet og leksehjelp, gi rom for økt oppmerksomhet om elevvurdering og gode rammer for måltidene. En utvidet skoledag vil etter hvert bidra til at behovet for skolefritidsordningen reduseres.

Fortsatt satsing på barnehager står sentralt i regjeringens arbeid for sosial utjevning. Satsingen gjelder både tilgjengelighet, pris og kvalitet på det tilbudet som gis. Barnehagen er en frivillig del av utdanningssystemet, og det er en utfordring å nå fram med et pedagogisk tilbud til barn som ikke går i barnehage. I tillegg til satsing på utbygging av barnehager av god kvalitet, legges det derfor opp til at det skal finnes tiltak som retter seg mot barn og foreldre som ikke ønsker en barnehageplass.

Det er store variasjoner i barns språklige ferdigheter når de begynner på skolen, og disse forskjellene er ofte knyttet til familiebakgrunn. Norske og internasjonale studier viser at det språklige fundamentet som legges i småbarnsalderen er av vesentlig betydning for barns sosiale mestring og læring i skolen. Noen barn trenger ekstra språkstimulering i småbarnsalderen. Dette gjelder både barn som har forsinket språkutvikling og minoritetsspråklige barn som har behov for særskilt språkstimulering for å lære norsk. I tillegg til satsing på utbygging av barnehager av god kvalitet, vil regjeringen utrede muligheten for en kommunal plikt som skal sikre barn et språkstimulerings tilbud dersom de har behov for det, uavhengig av om de går i barnehage eller ikke. Utredningen er varslet i stortingsmeldingen om tidlig innsats for livslang læring.

I dag vurderes barns språkutvikling i forbindelse med 2-års og 4-årskontrollene på helsestasjonene. Regjeringen vil også vurdere om det kan være aktuelt å legge til rette for gjennomføring av en mer systematisk språkkartlegging ved 2-årskontrollen og 4-årskontrollen ved alle helsestasjoner, se omtalen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Det er sosiale forskjeller både i ungdommens yrkes- og utdanningsvalg og i rekrutteringen til høyere utdanning. Det viktigste virkemidlet for å redusere slike forskjeller er å legge større vekt på sosial utjevning i læring i hele utdanningsløpet.

For å forebygge sykdom i befolkningen er det viktig å legge til rette for sunt kosthold og fysisk aktivitet for barn og ungdom. Barn og ungdom er i en fase av livet der potensialet for å forebygge sykdom er stort. Barnehagen og skolen er derfor viktige arenaer for å innarbeide gode helsevaner tidlig i livet. Innenfor rammene av en helhetlig skoledag skal det skapes gode rammer for måltider og innfø-

Boks 4.1 FRI

FRI er et tobakksforebyggende undervisningsprogram i ungdomsskolen. FRI het tidligere VÆR røykFRI og ble i 2006 revurdert i samarbeid med Utdanningsdirektoratet.

Mer enn 120 000 ungdommer, over 60 prosent av aldersgruppen, deltar hvert år i FRI. Programmet er evaluert med meget gode resultater. Undervisningsprogrammet bygger direkte på Læreplanverket for Kunnskapsløftet (LK06) og er tilpasset slik at det ikke kommer i tillegg til, men i stedet for, annen undervisning.

res en ordning med frukt og grønt for alle elever i grunnskolen. For å fremme god helse og motoriske ferdigheter skal skolen legge til rette for daglig fysisk aktivitet. Forskning viser at fysisk aktivitet i skoletiden stimulerer til økt aktivitet på fritiden og kan virke stimulerende på læring. Tilrettelegging for sunne måltider og fysisk aktivitet for alle i skolen kan i seg selv virke sosialt utjevne, og i tillegg bidra til bedre læringsutbytte. Skolen har også en viktig rolle i det tobakkskadeforebyggende arbeidet.

4.2.2 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være et allment tilbud til gravide og førskolebarn. I tillegg omfatter tjenesten helsestasjon for ungdom og skolehelsetjeneste i grunn- og videregående skole. Sentrale oppgaver er helseundersøkelser, vaksiner, opplysningsvirksomhet, rådgivning, veiledning og tiltak for å styrke barn og unges egen mestring og foresattes mestring av foreldrerollen.

Tjenesten har et helhetlig perspektiv på forebygging og skal derfor drive et utstrakt tverrfaglig arbeid. Dette er sentralt i arbeidet med å forebygge psykiske plager og i håndteringen av sammensatte sosiale problemer. Tjenesten skal i samarbeid med elever, hjem og skole arbeide for å skape en helsefremmende skole gjennom et godt lærings- og arbeidsmiljø. Arbeidet omfatter temaene seksualitet, samliv og prevensjon, smittevern (inkludert forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner), kosthold, tannhelse, tobakks- og rusfrihet, fysisk aktivitet og ulykkes- og skadeforebygging. For å møte utfordringer knyttet til blant annet overvekt blant barn og unge, arbeides det nå med fag-

lige retningslinjer for forebygging og behandling. Det skal også utvikles nye retningslinjer for måling av vekt og lengde.

Tjenesten skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot gravide, barn og unge med spesielle behov. Tjenesten skal fange opp tidlige signaler på mistrivsel, utviklingsavvik og antisosial atferd og bidra til tidlig iverksetting av tiltak. Ved behov skal tjenesten henvise til utredning og behandling og samarbeide med andre instanser om tilrettelegging av tilbud. Barnehage, skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste og barnevernet er viktige samarbeidspartnere.

Helsestasjonene gjør en vurdering av barns språkutvikling i forbindelse med 2-års og 4-årskontrollene basert på nasjonale faglige retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk. Språkkartlegging er avgjørende for å fange opp barn som har behov for ekstra språkstimulering. Dette er blant annet bakgrunnen for prosjektet *Språkkartlegging av førskolebarn på helsestasjoner* som nå er en prøveordning ved 4-årskontrollen på helsestasjoner i 12 kommuner. Prosjektet er igangsatt for å videreutvikle språkkartleggingen av minoritetsspråklige. Regjeringen varsler i stortingsmeldingen om tidlig innsats for livslang læring at det skal vurderes å innføre en plikt for kommunene om å tilby språkstimulering. I denne sammenheng vil det bli vurdert om det kan være aktuelt å sette i verk tiltak for å sikre en mer systematisk språkkartlegging i regi av helsestasjonene på landsbasis. Det er avgjørende at kartleggingen blir fulgt opp med tiltak. Det er verken riktig eller nyttig med kartlegging dersom den ikke følges opp med konkrete tilbud til barn som får avdekket behov for språkstimulering.

I henhold til *forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* skal tjenesten bistå skolen i undervisning i gruppe/foreldremøter i den utstrekning skolen ønsker det. Dette innebærer at det er opp til den enkelte skole å bestemme i hvor stor grad de ønsker å trekke skolehelsetjenesten inn i det forebyggende arbeidet i skolen. En kan derfor forvente at det er store variasjoner fra skole til skole, noe som utgjør en særlig utfordring når målet er sosial utjevning i læring og helse. Kunnskapsdepartementet vil derfor vurdere endringer i opplæringsloven med forskrifter for å sikre at samarbeidet mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten får en sterkere forankring også fra skolens side.

Ved planlegging av fysisk aktivitet i skolemiljøet har skolehelsetjenesten en viktig rolle som støttespiller og rådgiver i arbeidet med å tilrettelegge aktiviteter som er tilpasset ulike elevgrup-

per, herunder elever med kronisk sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Tilrettelegging av aktivitetstilbudet for elever med nedsatt funksjonsevne krever i tillegg vurdering av skolens fysiske miljø. Tjenesten samarbeider også med hjem, barnehage og andre samarbeidspartnere om miljø-, gruppe- og individrettede tiltak for førskolebarn.

En styrke ved helsestasjonstjenesten er at dette er den eneste arenaen for å treffe så godt som alle barn i førskolealder. Helsestasjonstilbudet når fram til nesten alle barn de første leveårene, uavhengig av foreldrenes sosiale posisjon. Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er lavterskeltilbud i barn og unges eget miljø. Gjennom tilknytningen til skolen har skolehelsetjenesten potensial til å nå barn og unge i alle sosiale grupper. For ungdom er det viktig å ha et sted å henvende seg med sine problemer uten å bestille time og uten å måtte involvere foresatte.

Skolehelsetjenestens kontakflate mot alle barn er spesielt verdifull i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. I tillegg til å gi elevene et tilbud i skolehelsetjenesten, kan tjenesten henvise til spesialisthelsetjeneste eller ta kontakt for forsterket støtte av andre tjenester i kommunen. Dette betyr at en velfungerende skolehelsetjeneste også er viktig for at det øvrige kommunale hjelpeapparatet skal kunne fungere tilfredsstillende. Enkelte undersøkelser tyder på at barn og unges bruk av andre helsetjenester varierer etter sosial tilhørighet. Det var for eksempel høyere andel jenter som brukte psykolog/psykiater i Oslo indre vest enn i Oslo ytre øst.

I svært mange av landets kommuner er kapasiteten i skolehelsetjenesten for dårlig utbygd. Særlig i videregående skole er tilbudet begrenset. Dersom barn og unge skal oppleve tjenesten som et lavterskeltilbud og skolehelsetjenesten skal kunne fange opp barn og unge med problemer, må kapasiteten utvides ved at det ansettes mer personell. En bedre utbygd skolehelsetjeneste kan bidra til at de som trenger det mest enten får hjelp i kommunehelsetjenesten eller andre kommunale tjenestetilbud, eller henvises til spesialisthelsetjenesten. Slik vil tjenesten bidra til å redusere sosiale forskjeller i helsetjenestebruk. Regjeringen vil derfor videreutvikle og styrke skolehelsetjenesten. Det skal gjøres en vurdering av situasjonen i dag og hva som bør være kapasitet og innhold i tjenesten framover.

Det er også behov for tettere samarbeid med andre tjenester og aktører, rekruttering av personell med psykososial kompetanse og oppdatering av kompetansen til eksisterende personell. Målet er en tjeneste som fanger opp barn og unge med

problemer så tidlig som mulig, gir dem det tilbudet de trenger i tjenesten, og henviser videre de som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten. Det må etableres samarbeid med skolens ansatte, øvrige kommunale tjenester og barne- og ungdomspsykiatrien. Det må spesielt tas hensyn til forskjeller mellom gutter og jenter og at innvandrere kan ha spesielle behov.

4.2.3 Psykisk helsetilbud til barn og unge

Det har siden 2003 vært en sterk vekst i det psykiske helsevernet for barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Opptappingsplanen for psykisk helse (1998–2008) har som målsetting at 5 prosent av befolkningen under 18 år skal få et tilbud om behandling fra det psykiske helsevernet innen utløpet av opptappingsperioden i 2008. Dekningsgraden i det psykiske helsevernet for barn og unge har økt fra 2 prosent i 1998 til 4 prosent i 2005 og med dagens veksttakt vil målet kunne nås.

Tidligere har barn og ungdom med psykiske problemer i hovedsak fått behandling og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Framover skal det legges opp til en utvikling der kommunene i større grad skal tilby forebygging, behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske problemer. Spesialisthelsetjenesten skal ivareta behovet for mer spesialisert utredning og behandling. For å øke tilgjengeligheten for flere grupper av befolkningen, skal det bygges ut lavterskeltilbud med psykologkompetanse i kommunene. Det skal videre utvikles oppsøkende arbeidsformer som bedre møter barn, ungdom og familier på deres egne arenaer. Dette er tiltak som skal øke tilgjengeligheten til tjenester for grupper som har lett for å falle utenfor det ordinære helsetjenestetilbudet.

Det har vært en sterk vekst i tilbudet til barn og unge i kommunene i opptappingsperioden. Minst 20 prosent av de øremerkede midlene skal gå til tiltak rettet mot barn og unge. Så langt er totalt 29 prosent av antall årsverk som er opprettet for øremerkede tilskudd, opprettet i tjenester som er rettet mot barn og unge. Tilbudet i kommunene er likevel mangelfullt. Det gjelder spesielt tilbud om utredning, behandling og oppfølging til barn og unge med psykiske problemer. Det er videre behov for å styrke kompetanse på vold og misbruk og skadevirkningene av å vokse opp i familier med slike problemer. Det blir derfor opprettet en tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid rettet mot barn og unge ved flere høyskoler fra og med 2007. Kunnskap om sosiale forskjeller i psykisk helse skal inngå i studiet.

Mange barn med psykiske problemer har behov for bistand fra flere tjenester og det er derfor behov for å utvikle et godt samarbeid mellom tjenestene. Dette er bakgrunnen for at det er inngått samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og statlig regionalt barnevern. Avtalene skal sikre at barn som har behov for tjenester får et samordnet tilbud.

Regjeringen varslet i Soria Moria-erklæringen at det skal innføres en ventetids- og behandlingsgaranti for unge under 23 år med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. I 2006 ble det nedsatt en arbeidsgruppe som har foreslått at det skal lovfestes en frist på 10 dager for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp. Arbeidsgruppen har videre foreslått at det skal lovfestes at behandling senest skal iverksettes innen 90 dager. I løpet av våren 2007 vil regjeringen legge frem en Odelstings proposisjon med forslag til vurderings- og behandlingsfrister. Formålet er å sikre at unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer får bedre tilgang til spesialisthelsetjenester.

4.2.4 Barneverntjenesten

Den kommunale barneverntjenesten har ansvar for å sette i verk tiltak for å forebygge omsorgsvikt og atferdsproblemer. Barnevernet skal yte særlig hjelp til utsatte barn og unge. Målet er å sette i verk tiltak som medvirker til at de som mottar hjelpen kan leve et så godt liv som mulig i familien (eventuelt i fosterhjem eller på institusjon), på skolen, blant venner og senere i yrkeslivet. Det er en utfordring å komme tidlig nok inn med gode og forebyggende tiltak, og å følge disse barna bedre inn i voksenrollen. Overgangen fra barnevern til voksenliv er en kritisk fase for mange barn med tiltak fra barnevernet, og barnevernet kan derfor også gi bistand til ungdom i alderen 18–23 år.

Barneverntjenesten har et spesielt ansvar for å avdekke problemer så tidlig at tiltak kan settes inn for å unngå varige problemer. Løsningen til vanskeligstilte barn må i stor grad finnes på de vanlige arenaene, med barnevernet som støttespiller. For å gi tidlig hjelp, er barnevernet avhengig av et godt samarbeid med de andre kommunale tjenestene som treffer barna og deres familier i det daglige, for eksempel skole, barnehage og helsetjeneste. Barnevernet har et lovpålagt samarbeidsansvar. For at barnevernet skal kunne ivareta sine oppgaver ovenfor barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, er den avhengig av å motta opplysninger blant annet fra andre offentlige tjenester som er i kontakt med barnet og familien. Opplysningsplikten til barne-

vernet er lovpålagt, og begrunnet i barnevernets behov for å motta opplysninger.

Opplysningsplikten innebærer blant annet en plikt til å gi opplysninger til barneverntjenesten av eget initiativ når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller utsatt for andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker. Opplysningsplikten gjelder for alle som arbeider i offentlige tjenester og instanser, herunder skole, barnehage og helsestasjon. Den gjelder også for en rekke profesjonsutøvere som leger, sykepleiere og psykologer. Vi vet at skole, barnehage og helsestasjon sjelden melder saker til barnevernet. Dette er et tegn på at samarbeidet ikke fungerer slik det skal. Hvorfor det er slik vet vi imidlertid for lite om. Det vil derfor bli satt i gang en kartlegging for å avklare årsakene til at de andre hjelpetjenestene i så liten grad melder fra til barnevernet.

Antallet barn med tiltak fra barnevernet øker. I en rapport fra kommunerevisjonen i Oslo ble det i 2006 uttrykt bekymring for den manglende kapasiteten i enkelte bydeler. Det kom også fram at enkelte ansatte hevdet at hensynet til økonomi fører til at det unnlates å iverksette nødvendige tiltak etter barnevernloven. Situasjonen i Oslo følges nøye opp av Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Barne- og likestillingsdepartementet. Barnevernet i Oslo kommune er for tiden under ekstern evaluering. Resultatene fra evalueringen vil være klare i begynnelsen av 2007. Evalueringen vil bidra til å gi et bedre bilde av situasjonen i Oslo kommune. Når denne foreligger må utviklingen av barnevernet i Oslo kommune vurderes ytterligere. Regjeringens styrking av kommuneøkonomien har bidratt til en bedring av bemanningssituasjonen i noen kommuner, og bør føre til en ytterligere bedring i 2007.

Barnevernet har etter Lov om barneverntjenester plikt til å følge opp meldinger dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak. Vi vet at det er variasjoner mellom kommunene når det gjelder andelen henleggelse av meldinger. Landsgjennomsnittet er 17 prosent henleggelse. Selv om det er viktig å understreke at en del av meldingene til barnevernet angår forhold som faller utenfor barnevernloven, er det alvorlig dersom saker ikke følges opp av ressursmangel eller andre årsaker. For å få en bedre oversikt over årsakene til at meldinger henlegges, vil kommunene fra 2007 rapportere på grunnlaget for henleggelsen. Samtidig planlegger Barne- og likestillingsdepartementet å sette i verk undersøkelser for å finne ut om det henlegges for mange meldinger i barnevernet.

Fylkesmannen fører tilsyn med at kommunene/bydelene utfører de oppgavene som de er pålagt etter loven. Barne- og likestillingsdepartementet samarbeider med Helsetilsynet om utvikling av metoder og gjennomføring av tilsyn.

Kompetansen i det kommunale barnevernet er mange steder ikke tilfredsstillende. Barne- og likestillingsdepartementet vil derfor styrke denne kompetansen. For å møte behovet for mer systematisk kunnskap på områder der det er risiko for svikt, er det i 2006 utviklet skriftlig og elektronisk veiledningsmaterieell og håndbøker til bruk for det kommunale barnvernet på sentrale områder som fosterhjem, kommunal saksbehandling og rutiner, tiltaksplaner og omsorgsplaner, tilsynsførere og internkontroll. Målet er å utvikle et likeverdig og kunnskapsbasert barnevern og å komme tidlig inn med riktig hjelp. Stadig flere barn får tiltak i barnevernet. Barnvernet må håndtere stadig flere sammensatte og komplekse saker som ofte preges av rus, psykisk helsevern og barn med flerkulturell bakgrunn. For å møte utfordringene, må det kommunale barnevernet få mer kunnskap om virksomme metoder og tiltak gjennom barnevernsutdanningen og gode videre- og etterutdanningstilbud til de som allerede er i jobb. I første fase vil innsatsen for å styrke kompetansen i barnevernet bli brukt til å utvikle et kunnskapsprogram for barnevernet i kommunene. Dette skal skje gjennom et samarbeid med høyskoler, kommuner og kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon KS. Høgskolene skal kunne gi et bedre regionalt tilbud til kommunene om opplæring og kursvirksomhet for kommunalt ansatte. Også grunnutdanningen skal gjennomgås med tanke på forbedringer.

Barn og unge med innvandrerbakgrunn er et prioritert satsningsområde for Barne- og likestillingsdepartementet. Det er ønske om å styrke den generelle flerkulturelle kompetansen i det kommunale og statlige barnevernet og sørge for at kompetansen blir brukt i det løpende arbeidet. Hensikten med flerkulturell kompetanseheving i barnevernet er å bidra til at denne brukergruppen får et likeverdig tilbud sammenlignet med andre norske barn og unge. Norsk institutt for by og regionsforskning (NIBR) har fått i oppdrag foreta en kunnskapsinnhenting og vurdering av forskning om tilgjengelige metoder og tiltak i arbeidet med barn, unge og familier med innvandrerbakgrunn. NIBR skal også identifisere faktorer som bør være tilstede for at tiltak skal få den tilsiktede virkning. På bakgrunn av dette vil Barne- og likestillingsdepartementet utarbeide et praktisk opplegg for kompetanseheving i den lokale og statlige barneverntjenesten.

I 2007 vil regjeringen sette i gang en bred evaluering av det statlige regionale barnevernet. På bakgrunn av evalueringen vil regjeringen sette i verk tiltak for å bedre det tverrfaglige tilbudet til barn som trenger støtte fra barnevernet.

Regjeringen vil sette søkelys på fosterhjem i årene som kommer. Over 80 prosent av barn og unge som det offentlige har overtatt omsorgen for er plassert i fosterhjem. Å sørge for høyest mulig kvalitet i fosterhjemsarbeidet er en viktig oppgave. Fosterbarn er ofte sårbare og kan ha opplevd vanskelige brudd i sin biologiske familie. Noen av barna kan ha atferdsmønstre som setter fosterforeldrene på en krevende prøve. For å unngå nye, opprivende brudd og utilsiktede flyttinger av fosterbarn er det satt i gang et arbeid for å bedre oppfølging og veiledning av fosterforeldre. Fosterforeldrene må dessuten ha noen å henvende seg til når det oppstår konflikter – også utenom vanlig arbeidstid for saksbehandlere i kommunen. Det skal derfor etableres en ordning med vakttelefoner, slik at fosterforeldre kan få rask kontakt med barnevernet i akutte situasjoner.

Det stilles i dag store krav til utdanning og kvalifisering for å etablere seg på arbeidsmarkedet. Unge som har vært under omsorg av barnevernet eller har mottatt hjelpetiltak, trenger bistand og oppfølging fram mot en selvstendig tilværelse. Fra september 1998 ble barnevernloven endret slik at tiltak som er iverksatt før barnet har fylt 18 år (dersom barnet samtykker), kan opprettholdes eller erstattes av andre tiltak inntil fylte 23 år. For ungdom som har vært under omsorg av barneverntjenesten, følger plikten til å vurdere behovet for å opprettholde eksisterende eller sette inn nye tiltak direkte av loven. I disse tilfellene har barneverntjenesten også en plikt til å utarbeide en plan for videre tiltak dersom ungdommen selv ønsker det. Statistikken viser at mange i barnevernet ser behovet for å følge opp barnevernklienter over 18 år, men det er fortsatt en utfordring å styrke dette arbeidet.

Barne- og likestillingsdepartementet vil ta et nytt initiativ for å informere kommunene om plikten til å gi informasjon om klageretten, dersom barneverntjenesten avslår ungdommens ønske om å opprettholde barnevernstiltak etter fylte 18 år. Departementet vil undersøke nærmere hvordan ettervernet fungerer. Sammen med annen dokumentasjon vil departementet vurdere ytterligere tiltak for å gjøre overgangen til voksenlivet lettere. Det tas sikte på å identifisere god praksis som kan spres i kommunene. I forbindelse med fattigdoms-satsingen er det blant annet satt i gang et utviklingsarbeid knyttet til ettervern og rehabilitering

etter straffegjennomføring for unge opp til 23 år. Målet er å hjelpe den unge over i et selvstendig voksenliv.

4.2.5 Organisasjons- og kulturdeltakelse

Det er et mål å øke deltakelsen i kultur- og organisasjonsliv i grupper som i liten grad deltar i dag. Kulturliv og frivillige organisasjoner er sentrale møteplasser for deltakelse og opplevelser. Deltakelse i frivillig organisasjonsliv skaper kontakter og sosiale nettverk. Sosial tilhørighet og nettverk er av avgjørende betydning for den enkeltes helse. Kulturdeltakelse gir opplevelser og styrker følelsen av mestring. De kulturelle opplevelsene bidrar til kommunikasjon, fellesskap og velvære, og slik sett er organisasjons- og kulturdeltakelse en viktig del av oppvekstvilkårene.

Frivillige organisasjoner rekrutterer ikke i like stor grad fra alle grupper i befolkningen. Grupper med høy inntekt og lang utdanning deltar mer aktivt enn grupper med lav inntekt og kort utdanning. Vi vet at barn fra inntektsfattige husholdninger i mindre grad deltar i aktiviteter i fritiden og i skolesammenheng enn andre barn og unge. Det er også dokumentert store forskjeller i befolkningen når det gjelder deltakelse i kulturlivet. Kulturbrukerundersøkelsen viser at bruk av kunst- og kulturtilbud varierer systematisk med personlig økonomi slik at personer med lav inntekt i langt mindre grad enn andre gjør bruk av det offentlig finansierte kunst- og kulturtilbudet. Positiv erfaring med organisasjonsdeltakelse i oppveksten er avgjørende for aktiviteten i voksen alder. For familier med dårlig økonomi kan deltakelse i organisasjons- og kulturliv være for dyrt. Resultatet for barna kan bli utstøting fra sosiale arenaer.

Ungdom med innvandrerbakgrunn deltar sjeldnere i fritidsaktiviteter enn andre norske barn og unge, samtidig som disse ungdommene selv sier at de ønsker å delta i organisasjonene. I Fafo-rapporten Ungdom, fritid og deltakelse i det flerkulturelle Oslo fra 2005 framgår det at det er en positiv sammenheng mellom familiens økonomi og ungdoms deltakelse i idrettslag. Denne sammenhengen gjelder imidlertid først og fremst etnisk norsk ungdom, og forklarer i liten grad hvorfor minoritetsungdom i mindre grad er aktive i idrettslag enn gjennomsnittet.

Kulturskoler

Kulturskolene har stor betydning for å opprettholde og utvikle et levende og dynamisk kulturliv. Kulturskolene er rekrutteringsarena for framti-

dige aktører innenfor de ulike kunstartene – både amatører og profesjonelle. Og disse skolene fungerer som nærkultur i by og bygd ved å gjøre levende musikk og andre kunstuttrykk tilgjengelig for et bredt publikum i store og små lokalsamfunn. Kulturskolene virker på denne måten publikumsrekrutterende for kunst- og kulturfeltet. Et åpent og inkluderende kulturskoletilbud med plass for alle som ønsker opplæring, vil fjerne forskjeller ved å gi rom for flere til å utvikle viktige sider ved seg selv.

Den kulturelle skolesekken

Barn og unge får gjennom *Den kulturelle skolesekken* ulike kulturtilbud i skoletiden. Skolen er et samlingssted for alle og derfor velegnet til å sørge for at alle får en kulturell ballast som vil legge grunnlaget for deltakelse i og bruk av kulturaktiviteter senere. For barn og unge bidrar blant annet *Den kulturelle skolesekken* til å utjevne forskjeller i kulturbruken. Tilbudet er med på å sikre at alle får tilgang til kunst- og kulturopplevelser, og å sørge for at muligheten til å uttrykke seg gjennom kunst og kultur er uavhengig av geografi og sosiale skillelinjer. Dette tilbudet har hittil ikke omfattet ungdom utover grunnskolen, men i 2007 vil det bli iverksatt noen pilotprosjekter også i videregående skole. Unge i denne aldersgruppen er i utvikling fra barn til voksen, og det er viktig at det legges til rette for aktiviteter som oppleves som meningsfulle for den enkelte.

Tradisjonelt har barn møtt kunst og kultur sammen med sine foreldre, og denne kulturbruken har speilet sosiale forskjeller. En ordning som *Den kulturelle skolesekken* vil kunne bidra til at møtene blir mer uavhengig av sosial tilhørighet. *Den kulturelle skolesekken* representerer på mange måter både et nytt innhold og nye arbeidsmetoder i skolen. Dette kan oppleves positivt av elever som har problemer med å tilpasse seg den ordinære undervisningen i skolen.

Andre kulturtiltak

ABM utvikling, Statens senter for arkiv, bibliotek og museum har universell utforming som en prioritert oppgave. Det er etablert et nettverk for universell utforming og det er nylig gjennomført et inspirasjonsseminar for universell utforming fem steder i Norge. Prosjektet *Det tilgjengelige bibliotek* ble gjennomført i perioden fra mai 2001 til desember 2004. Hensikten med prosjektet har vært å gi bibliotekbrukere med nedsatt funksjonsevne samme adgang til biblioteket som andre.

Kulturorganisasjoner som har hele landet som virkeområde, sprer kultur og skaper muligheter for utjevning når det gjelder kulturopplevelser. Rikskonsertene, Riksteateret, Nasjonalmuseet, andre museer og bibliotek arbeider for større åpenhet mot publikum og tiltak for å gjøre tilbudene tilgjengelige for alle.

Prøveordningen med kulturkort for ungdom, som gir billigere adgang til kulturarrangementer for ungdom i aldersgruppen 16–20 år, vil kunne motvirke sosiale forskjeller i kulturbruk. Prøveordningen med kulturkort for ungdom skal videreføres og styrkes i 2007.

Frivillighetssentraler

Frivillighetssentralene er mangfoldige og viktige møtesteder for frivillig innsats, deltakelse og tilhørighet i nærmiljøet. De har stor bredde i sosiale omsorgstiltak så vel som kultur, fritids- og nærmiljøaktiviteter. Frivillighetssentralene er støttespillere for å skape gode og levende lokalmiljø og koordinere lokalt engasjement, samfunnsansvar og kultur.

Frivillighetssentralene har gjort det enklere for flere å delta i frivillig arbeid. Sentralene har gått nye veier for å engasjere folk til lokal frivillig innsats. En aktiv og inviterende holdning kombinert med konkrete oppgaver knyttet til frivilliges ønsker og interesser, har gitt resultater. I tillegg er sentralene møteplasser som gir muligheter for de som har tid til overs på dagtid. Det er flere hjemmeverende, trygdede og arbeidsledige i frivillighetssentralene enn i de tradisjonelle frivillige organisasjonene

Frivillighetssentralene har som mål å samarbeide med de positive kreftene som finnes lokalt: ulike lag og foreninger, menigheter, offentlige myndigheter og enkeltpersoner. Å knytte kontakter, utvikle nettverk og koble de som har noe til felles, er viktige og nyttige oppgaver for å stimulere og utvikle lokalt frivillig virke, samtidig med at det kan ha en positiv innvirkning på enkeltmenneskene som deltar.

Tilskudd til tiltak i større byer

Kultur- og kirkedepartementet forvalter en tilskuddsordning til aktivitetsutvikling og sosial integrasjon i idrettslag i utvalgte bydeler eller områder i de største byene. Målgruppen for denne ordningen er barn og ungdom som på grunn av økonomiske eller kulturelle barrierer er forhindret fra å delta i organisert aktivitet. Tilskuddet til aktivitets-

utvikling og sosial integrasjon i idrettslag vil bli styrket i 2007.

Barne- og likestillingsdepartementet forvalter en tilskuddsordning til barne- og ungdomstiltak i større bysamfunn. Tilskuddene skal gå til tiltak rettet mot ungdomsgrupper som i liten grad benytter seg av eksisterende kultur- og fritidstilbud. Ordningen skal bidra til kvalifisering, inkludering og etablering av alternative arenaer og å forebygge

uønsket sosial atferd, blant annet vold og mobbing, kriminalitet, rus og rasisme. Innenfor ordningen er det øremerket midler for tiltak mot fattigdomsproblemer. Barn og unge med innvandrerbakgrunn er høyt prioritert. Tilskuddene kan blant annet benyttes til ferie- og fritidsaktiviteter, og til bedre tilknytning til arbeidsmarkedet for unge med liten eller mangelfull utdanning.

Boks 4.2 Virkemidler: Oppvekst

Regjeringen vil:

- sette i gang en utredning av kommunal plikt til å gi språkstimulering til alle barn i førskolealderen som har behov for det, uavhengig om de går i barnehage eller ikke, jf. St.meld. nr. 16 (2006–2007) ... og *ingen sto igjen. Tidlig innsats for livslang læring.*
- gjennomføre en gradvis utvidelse av skoledagen på barnetrinnet opp til 28 undervisningstimer per uke, jf. St.meld. nr. 16 (2006–2007).
- vurdere dagens lovforankring av plikten til å gi tilpasset opplæring i forbindelse med en eventuell endring av formålsparagrafen i opplæringsloven, jf. St.meld. nr. 16 (2006–2007).
- gjennomføre nye tiltak for å redusere frafallet fra videregående opplæring, jf. St.meld. nr. 16 (2006–2007)
- vurdere tiltak for å sikre en mer systematisk språkkartlegging i regi av helsestasjonene ved 2-årskontrollen og 4-årskontrollen
- videreutvikle og styrke skolehelsetjenesten
- bygge ut tilbudet i kommunene til barn og unge med psykiske problemer
- sette i verk tiltak for å følge opp ungdom over 18 år som har vært i barneverntiltak
- styrke barnevernet for å sikre at barn og deres familier får hjelp på et tidlig stadium
- videreføre og styrke virkemidler for å redusere sosiale forskjeller i barn og unges organisasjons- og kultur deltakelse

5 Arbeid og arbeidsmiljø

5.1 Mål: Et inkluderende arbeidsliv og sunne arbeidsmiljøer

Mål

- Et mer inkluderende arbeidsliv
- Sunnere arbeidsmiljøer

5.2 Virkemidler

Regjeringen ser to områder relatert til arbeidslivet som særlig viktige for å redusere sosiale forskjeller i helse: videreføre satsingen på et inkluderende arbeidsliv og arbeide for sunnere arbeidsmiljø i bransjer med store arbeidsmiljøbelastninger.

Vi vet at det å være i arbeid i seg selv er bra for helsen. De som står utenfor arbeidslivet har gjennomgående dårligere helse enn den yrkesaktive delen av befolkningen. Dette gjelder ikke bare for mottakere av helserelevante stønader, men også for eksempel langtids arbeidsledige og mottakere av sosialhjelp. Det er derfor grunn til å tro at et mer inkluderende arbeidsliv vil føre til bedre helse i befolkningen.

Virkemidler for et mer inkluderende arbeidsliv er i hovedsak beskrevet i kapittel 8 i denne meldingen. I det følgende er hovedvekten lagt på virkemidler som kan bidra til sunnere arbeidsmiljøer.

Også blant de som har arbeid, er helseforskjellene store. Dette skyldes blant annet forskjeller i fysiske og psykososiale arbeidsmiljøbelastninger mellom yrkesgruppene. Det er særlig de med kort utdanning og rutinemessig, manuelt arbeid som utsettes for store helsebelastninger.

Selv om vi på langt nær har tilstrekkelig kunnskap om sammenhengene mellom arbeidsmiljø, helseproblemer og utstøting fra arbeidslivet, kan vi anta at utstøting primært rammer den lett utbyttbare arbeidskraften, det vil si de med minst utdanning, og at helseskadelig arbeidsmiljø primært rammer de som har få valgmuligheter. Dette vil ofte være arbeidstakere med kort utdanning, kvinner i deltidsjobber, innvandrere og ungdom. Forebyggende arbeidsmiljøtiltak og bedre tilrettelegging, særlig i yrker og på arbeidsplasser med mye ufaglært arbeid, tungt arbeid, tidspress og lav med-

bestemmelse over arbeidets utførelse, er viktige virkemidler.

Arbeidet med å gjennomføre et forebyggende og godt arbeidsmiljø- og tilretteleggingsarbeid må først og fremst gjøres ute i virksomhetene. Myn-dighetenes rolle er å påvirke og støtte opp om dette arbeidet gjennom sine virkemidler.

5.2.1 Arbeidsmiljølovgivningen

Det ble innført en ny arbeidsmiljølov i Norge fra 1. januar 2006. Loven har samme formål som tidligere, nemlig å sikre full trygghet mot skader og sykdom, trygge ansettelsesforhold og lokal ivare-takelse og utvikling i arbeidsmiljøet. Den nye loven skal dessuten

- ivareta likebehandling.
- legge til rette for tilpasninger i tråd med den enkeltes forutsetninger og livssituasjon.
- bidra til helsefremmende arbeidsplasser og et inkluderende arbeidsliv.

Den nye loven har fått en sterkere presisering av arbeidsgivers og arbeidstakers plikter med hensyn til helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Loven stiller også krav til styrket medvirkning i omstillingspro-sesser. Det er presisert at kravene til det psykososiale arbeidsmiljøet også omfatter krav til beskyt-telse mot vold og trusler fra kunder, klienter med videre. Også med hensyn til likebehandling under ansettelsesforholdet er loven styrket, blant annet inneholder den nye loven forbud mot diskrimine-ring av deltidsansatte og midlertidig ansatte med hensyn til lønns- og arbeidsvilkår. Arbeidsgivers plikt til tilrettelegging for arbeidstakere med redu-sert arbeidsevne er altså pålagt i loven, og en bedre oppfølging av denne plikten vil kunne bidra til min-dre yrkesmessige forskjeller i helse.

5.2.2 Arbeidstilsynet

Det er Arbeidstilsynets ansvar å føre tilsyn med at virksomhetene følger opp sitt ansvar etter arbeids-miljøloven. Arbeidstilsynet når omlag 8 prosent av virksomhetene i Norge gjennom tilsyn, og må der-for prioritere sin innsats etter en risikovurdering på bakgrunn av kunnskap og erfaringer med

hvilke yrkesgrupper, bransjer og sektorer som har flest arbeidsmiljøbelastninger. En stor del av tilsynsressursene prioriteres til store satsinger rettet mot særlig risikoutsatte bransjer, noe som i seg selv er et bidrag i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller.

I følge Arbeidstilsynets risikovurderinger jobber de som er mest utsatt for arbeidsmiljøbelastninger blant annet innenfor helse- og sosialtjenesten, transport og forretningsmessig tjenesteyting, som for eksempel renhold. Mange av arbeidsoppgavene innenfor disse bransjene er preget av tunge løft, belastende arbeidsstillinger, ensidig gjentakelsesarbeid og stramme tidsrammer. Innvandrergrupper fra ikke-vestlige land er overrepresentert i en del av disse yrkene.

Arbeidstilsynet har erfart at holdnings- og atferdsendring krever sterk og synlig innsats over tid, og for å nå flere i arbeidslivet har Arbeidstilsynet utviklet en ny strategi som i større grad legger vekt på den forebyggende rollen som veileder og premissgiver. Med utgangspunkt i veiviserrollen – blant annet gjennom å gi gode eksempler og verktøy for tilrettelegging og risikovurdering – skal Arbeidstilsynet i større omfang bidra til at virksomhetene følger opp sitt ansvar for et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Kulturforskjeller og språkproblemer har også betydning for arbeidsmiljøsituasjonen. Dette stiller store krav til organisering, tilrettelegging og personalledelse på alle nivåer i bedriftene. Arbeidstilsynets kampanje i 2005 om arbeidsmiljøforhold for ikke-vestlige arbeidstakere viser at det er store skjevheter i det norske arbeidslivet grunnet mangel på informasjon og opplæring. Minoritetsspråklige fra ikke-vestlige land er overrepresentert i arbeidsmiljø med flere belastninger og blant de skadede. Arbeidstilsynet støter også i økende grad på problemstillinger knyttet til arbeidsmiljø og arbeidsvilkår for arbeidstakere fra de nye EU-landene. Dette gjelder særlig i bygg- og anleggsbransjen.

5.2.3 Bedriftshelsetjenesten

Bedriftshelsetjenesten er et viktig arbeidsmiljøtiltak som skal bistå virksomhetene i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Det er igangsatt et prosjekt i samarbeid med partene i arbeidslivet og berørte myndigheter som vurderer bedriftshelsetjenestens roller, ansvar og oppgaver. Prosjektet skal også vurdere hvilke kriterier som skal legges til grunn for om en virksomhet skal ha plikt til å etablere bedriftshelsetjeneste, og om det foreligger behov for eventuelle kvalitetskrav eller

en godkjenningsordning. Prosjektet skal slutføres høsten 2007.

5.2.4 Økt sysselsetting blant innvandrere

Innvandrere er en ressurs for det norske arbeidslivet. Det er samtidig en utfordring for arbeidslivet å gjøre bedre nytte av innvandrernes arbeidskraft. Innvandrere har tre ganger høyere arbeidsledighet enn befolkningen for øvrig. Den registrerte arbeidsledigheten blant innvandrere gikk ned fra 9 prosent i 2. kvartal 2005 til 7,3 prosent i 2. kvartal 2006. I befolkningen ellers gikk den registrerte ledigheten ned fra 2,9 til 2,1 prosent. Blant innvandrere gikk andelen sysselsatte opp fra 56,6 prosent i 4. kvartal 2004 til 57,5 prosent i 4. kvartal 2005. I hele befolkningen var det en marginal økning fra 69,3 til 69,4 prosent i samme periode.

Det er mange årsaker til at innvandrere har en svakere tilknytning til arbeidslivet enn befolkningen ellers. Blant annet skyldes dette at grupper blant innvandrere har svakere kvalifikasjoner med hensyn til kravene som stilles i norsk arbeidsliv. Det skyldes også at innvandrere oftere rammes av diskriminerende mekanismer i arbeidslivet. Mangel på nettverk og holdninger til kvinners deltakelse i arbeidslivet er også blitt pekt på som årsaker. Til tross for variasjoner, ser innvandrernes tilknytning til arbeidslivet ut til å variere avhengig av landbakgrunn og botid i landet.

Det er et mål å redusere ledigheten og øke sysselsettingen blant innvandrere. Innvandrerkvinnene skal prioriteres. Det er allerede igangsatt tiltak som kvalifiserer og tilpasser nyankomne innvandreres kompetanse til det norske arbeidsmarkedet, og tiltak som bidrar til å bedre arbeidslivets evne til å inkludere innvandrerne. Introduksjonsordningen for nyankomne innvandrere har som et hovedmål å styrke de nyankomnes mulighet til raskt å komme i arbeid eller utdanning. Den tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser og tilbyr kvalifisering som er individuelt tilpasset den enkeltes behov. Fra og med 1. september 2005 er det innført rett og plikt til opplæring i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere. *Ny sjanse* er forsøk med lønnet kvalifisering etter modell av introduksjonsordningen for innvandrere som etter flere år i Norge ikke har fast tilknytning til arbeidsmarkedet og derfor er avhengige av sosialhjelp. Prosjektene legger vekt på kvalifisering og formidling til ordinært arbeid for personer med behov for grunnleggende kvalifisering. Innvandrere er prioritert målgruppe ved inntak på arbeidsmarkedstiltak.

Diskrimineringsloven har som mål å bekjempe diskriminering og fremme likestilling i et bredere

og mer langsiktig perspektiv. Diskrimineringsloven gjelder på alle samfunnsområder, også for arbeidslivet. Fra 1. januar 2006 ble det etablert et særskilt håndhevingsapparat for likestilling og diskriminering, ved et Likestillings- og diskrimineringsombud og en Likestillings- og diskrimineringsnemnd. Disse organene håndhever flere lovverk med diskrimineringsvern, herunder diskrimineringsloven. Regjeringen er spesielt opptatt av rekruttering til arbeidslivet, og samarbeider blant annet med arbeidslivets parter om en aktiv rekrutteringspolitikk.

Regjeringens *Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen og mål for inkludering* skal medvirke til at innvandrerne raskest mulig bidrar med sine ressurser i samfunnet, at det ikke utvikler seg et klasseslett samfunn der personer med innvandrerbakgrunn har dårligere levekår og lavere deltakelse enn resten av befolkningen, og at innvandrere og etterkommere får like muligheter som andre i samfunnet. Handlingsplanen inneholder tiltak på mange områder, herunder en betydelig forsterking av den arbeidsrettede innsatsen overfor innvandrere.

5.2.5 Handlingsplan mot sosial dumping

For å møte utfordringene knyttet til den økte arbeidsinnvandringen etter EØS-utvidelsen, lanserte regjeringen i mai 2006 en handlingsplan mot sosial dumping. Handlingsplanen omfatter viktige tiltak som regjeringen mener kan bidra til å nå målet om ordnede lønns- og arbeidsvilkår for alle og et seriøst arbeidsmarked. Et sentralt tiltak er styrkingen av Arbeidstilsynets og Petroleumstilsynets ressurser og sanksjonsmidler, og fra 1. desember 2006 har de fått myndighet til å bruke pålegg, tvangsmulkt og stansing når de fører tilsyn med lønns- og arbeidsvilkår etter allmenngjøringsloven og utlendingsloven.

I desember 2006 ble forslag om ytterligere tiltak mot sosial dumping sendt på høring. Forslagene gjelder 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.

5.2.6 System for nasjonal overvåking av arbeid og helse

Den kunnskapen vi har om arbeidsmiljøet som direkte årsak til helseproblemer er gjerne knyttet til bestemte bransjer, yrker og sammenhenger. Med hensyn til det brede mønsteret av sosiale hel-

seforskjeller, er denne kunnskapen fragmentarisk og til dels mangelfull.

Fra 1. januar 2006 er det etablert et nasjonalt overvåkingssystem for arbeidsmiljø og arbeidshelse (NOA) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt som skal innhente og forbedre relevante data og informasjon på arbeidsmiljøområdet og gjøre den tilgjengelig for aktuelle brukere. Aktuelle brukere er både myndighetene, arbeidslivets aktører, forskningsmiljøer og allmennheten for øvrig. Hensikten er å bygge opp kunnskap til bruk for alle aktører på området, både for utforming av politikk og strategi og bedre muligheter for måling og vurdering av oppnådde resultater.

Gjennom overvåkingssystemet vil Statens arbeidsmiljøinstitutt bidra til å kvantifisere sosiale forskjeller i fordelingen av positive og negative arbeidsmiljøfaktorer (eksponeringer) og mulige arbeidsrelaterte helseeffekter.

I tillegg kan Statens arbeidsmiljøinstitutt bidra med analytiske studier for å kvantifisere arbeidsmiljøfaktorenes innvirkning på sosiale forskjeller i helse, og bidra til å kvantifisere hva helseseleksjon knyttet til det nye arbeidslivet betyr for sosiale forskjeller i helse.

5.2.7 Forskningssatsing på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet

Det foreligger mye kunnskap om enkeltårsaker til sykefravær, men kunnskapsgrunnlaget om årsakenes relative styrke og hvordan de virker sammen er for svakt. Regjeringen varslet derfor i St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering* en ny satsing på dette området som skal stimulere til forskningssamarbeid på tvers av eksisterende faggrenser. Den nye forskningssatsingen vil starte opp i 2007 og har som formål:

- å bidra til et mer helhetlig og forsterket kunnskapsgrunnlag om årsakene til sykefravær, uførhet og utstøting fra arbeidslivet.
- å sikre forskningsbasert kunnskap om effektive virkemidler for å forebygge sykefravær og uførhet og for å nå regjeringens mål om et inkluderende arbeidsliv.
- å bidra til at undervisningsvirksomheten i relevante utdanninger blir mer forskningsbasert.

5.2.8 Sykefravær og utstøting i særlig utsatte bransjer

Som et tiltak for å redusere sykefraværet i bransjer med høy utstøting skal Arbeids- og inkluderingsdepartementet fra desember 2006 iverksette et prosjektarbeid som blant annet har som mål å redu-

sere sykefraværet i to utvalgte bransjer med særlig høyt sykefravær gjennom å rette oppmerksomheten mot spesifikke arbeidsmiljørelaterede utfordringer ved selve bransjen, og gjennom ansvarliggjøring av partene i arbeidslivet. Dette arbeidet skal ledes av Arbeidstilsynet og gjennomføres i nært samarbeid med etatenes parts sammensatte fagråd og Arbeids- og velferdsetaten.

I tillegg til dette bransjeprosjektet, ønsker regjeringen å utrede om årsaker til sykefravær i helse- og omsorgssektoren. Mange av de som er mest utsatt for arbeidsmiljøbelastninger arbeider i helse- og omsorgssektoren. Mange av arbeidsoppgavene her er preget av tunge løft, belastende arbeidsstillinger, ensidig gjentakelsesarbeid, stramme tidsrammer og spesielle arbeidstidsordninger. I tillegg kan arbeidsforhold som preger «det nye arbeidslivet» – økende omstillingstakt, tidspres og effektivitets- og kompetansekrav – spille en rolle for utstøting gjennom langtidsfravær og uføretrygding i denne sektoren. Eventuelle reduksjoner i sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren vil ha positiv effekt i et helsefordelingsperspektiv.

Det offentlige er den største arbeidsgiveren innenfor de bransjene dette gjelder, og har et særlig ansvar. Regjeringen vil derfor ta initiativet til en utredning som skal se på omfanget av, årsaker til og mulige virkemidler mot helserelatert fravær i og utstøting fra helse- og omsorgssektoren.

Utredningen skal utarbeides av et bredt sammensatt utvalg der blant andre arbeidslivets parter og arbeidsmiljømyndighetene inviteres til å delta.

Boks 5.1 Virkemidler: arbeid og arbeidsmiljø

Regjeringen vil:

- målrette tilsynsvirksomhet mot utsatte bransjer og grupper
- arbeide for målrettet informasjon til utsatte bransjer og grupper
- legge til rette for at virksomhetene i større grad følger opp sitt ansvar for forebygging og tilrettelegging på arbeidsplassene
- i samarbeid med partene i arbeidslivet, vurdere bedriftshelsetjenestens roller, ansvar og oppgaver, eventuelle utbyggingsskrav og behovet for kvalitetskrav eller godkjenningssordning rettet mot bedriftshelsetjenesten
- forebygge sosial dumping, jf. *Handlingsplan mot sosial dumping*
- stimulere til kunnskapsheving og helseforståelse av årsakssammenhenger mellom arbeid og helse, for eksempel mellom helseskader og arbeidstidsordninger
- følge opp den nye arbeidsmiljølovens tydeliggjøring av forebyggende og systematisk HMS-arbeid for å forhindre utstøtingsprosessene fra arbeidslivet
- utrede omfanget av, årsaker til og mulige virkemidler mot helserelatert fravær og utstøting fra helse- og omsorgssektoren

Del II
Redusere sosiale forskjeller
i helseatferd og bruk av helsetjenester

6 Helseatferd

«For å legge til rette for endringer i befolkningens helseatferd, er det nødvendig å endre de bakenforliggende og strukturelle årsaker til atferden.»



Figur 6.1 Helseatferd

6.1 Mål: Reduserte sosiale forskjeller i helseatferd

Mål

- Reduserte sosiale forskjeller i helseatferd

Delmål

Reduserte sosiale forskjeller i:

- kosthold
- fysisk aktivitet
- røyking
- annen helseatferd

Helseatferd er livsstil og levevaner som har stor betydning for helsen, blant annet kosthold, fysisk aktivitet, røyking og alkoholbruk.

6.2 Virkemidler

Den enkeltes valg av helseatferd er i stor grad bestemt av det sosiale miljøet. Røyking, fysisk inaktivitet, ugunstige kostvaner og rusmisbruk er ujevnt fordelt mellom grupper i befolkningen. Med et mulig unntak for bruk av alkohol, er helseatferd som gir økt risiko for sykdom stort sett mest utbredt i grupper med kort utdanning og lav inntekt.

Helseatferd henger nært sammen med sosiale strukturer. For å legge til rette for endringer i befolkningens helseatferd, er det nødvendig å endre de bakenforliggende og strukturelle årsaker til atferden. Vi vet for eksempel at det er klare sosiale forskjeller knyttet til hvem som klarer å slutte å røyke. Dette handler ikke bare om at noen grupper har mer kunnskap om hvor skadelig tobakk er – det er også et spørsmål om ressurser og overskudd. Godt folkehelsearbeid på dette området må derfor handle om å gjøre det enklere og mer nærliggende å endre helseatferd – fra usunne til sunne vaner.

Helseopplysningskampanjer har hatt stor betydning for endringer i befolkningens helseatferd, men vi vet samtidig at kampanjene ofte treffer best i de delene av befolkningen som har sunnest livsstil. Derfor er det nødvendig å utforme nye kampanjer slik at de treffer målgruppene best mulig, også i et sosialt perspektiv. Det er også viktig å sørge for at god informasjon er tilgjengelig for etniske minoriteter som for eksempel ikke-vestlige innvandrere og samer.

Tiltak rettet mot barn og unge har stor betydning både fordi grunnlaget for gode vaner legges

tidlig i livet og fordi forhold i barndommen har stor betydning for helsen senere i livet. Gutter og jenter påvirkes forskjellig av de samme tiltakene. For eksempel viser undersøkelser at gutter i mindre grad har nytte av tradisjonelle opplysningstiltak. Det er derfor viktig at alle strategier og tiltak vurderes med hensyn til hvordan de vil slå ut på kjønn. Det gjelder også tiltak mot den voksne befolkningen.

Det er nødvendig å ta hensyn til vårt flerkulturelle samfunn i utvikling av folkehelse tiltak. En stor andel av den norske befolkningen har tilhørighet i to kulturer. For ikke-vestlige innvandrere har det vist seg at det å etablere seg i et nytt land med annen kultur og et fremmed språk, kan føre med seg uheldige endringer i kostholdet og lavere fysisk aktivitet. Enkelte innvandrergreper har gått bort fra et variert og høyt inntak av helsemessig gunstige matvarer som grønnsaker, frukt, lin-

Boks 6.1 Kjønnsperspektiv i helseinformasjon

Hvordan nå fram med helse relatert informasjon til unge gutter?

Undersøkelser viser at unge gutter i liten grad benytter tradisjonelle informasjonskanaler og tilbud når de trenger hjelp og opplysning. Guttene mener at problemer helst skal takles på egen hånd og at det er lite maskulint å snakke om dem. Det gjelder ikke minst sex og samliv. Eksisterende hjelpetilbud oppleves som jenteorienterte og lite relevante. Gutter utgjør bare 5–10 prosent av brukerne av vanlige hjelpetilbud og opplysningstiltak til ungdom, mens gutteandeler på helse relaterte nett- og telefontjenester for ungdom er omlag 50 prosent. Samtidig viser undersøkelsene at gutter trenger hjelp og opplysning i like høy grad som jenter.

Hvordan lage tiltak som er innrettet på gutters behov og som de opplever som nyttige? Brukerundersøkelser viser at tre forhold er viktige: Hjelp og opplysning skal gis av profesjonelle, men gjerne kunne fås anonymt. Hjelpetilbud og opplysningstiltak skal ha innebygde muligheter for brukerkontroll og styring. Og de skal bygge på at brukeren er aktiv problemløser framfor passiv informasjonsmottaker.

Kilde: Sosial- og helsedirektoratet

ser og bønner, til fordel for matvarer med mye fett og sukker. Dette gjenspeiler seg i hyppigere forekomst av enkelte ernæringsrelaterede problemer, for eksempel er det en overhyppighet av overvekt og type 2-diabetes i enkelte innvandrergupper.

Det er viktig at alle vesentlige hensyn tas med i vurderingen når nye tiltak foreslås, både i helsesektoren og på andre samfunnsområder. Sosial utjevning vil i mange tilfeller være et vesentlig hensyn. Regjeringen vil legge vekt på at tiltak som foreslås for å påvirke helseatferd alltid er vurdert med hensyn til målet om sosial helseutjevning. Helsekonsekvensvurderinger er nærmere omtalt i kapittel 9.

Internasjonale erfaringer fra intervensjonsstudier tilsier at strukturelle tiltak som påvirker pris og tilgjengelighet, ser ut til å være mer effektive for å redusere sosiale forskjeller enn informasjons- og helseopplæringstiltak. Kampanjer virker ofte best i de deler av befolkningen som i utgangspunktet har best helse, og kan derfor bidra til å forsterke de sosiale forskjellene.

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler generelle, brede lavterskeltilbud og målrettede tiltak mot de mest utsatte og sårbare gruppene, spesielt barn og unge. Lavterskelaktiviteter krever lite utstyr og ingen spesielle ferdigheter, de kan være gratis eller ha lav pris og er lett tilgjengelige både fysisk, sosialt og kulturelt.

Regjeringen vil gjøre de sunne alternativene mer tilgjengelige ved å legge økt vekt på strukturelle virkemidler i kombinasjon med helseopplysningstiltak.

6.2.1 Tilgjengelighet i skoler og barnehager

Eksempler på tiltak for å endre helsevaner er daglig fysisk aktivitet i skolen, tilgang til kaldt drikkevann og frukt og grønt i skolen. Barnehager og skoler er viktige arenaer i arbeidet med å legge til rette for sunne helsevaner fordi vi her når hele barne- og ungdomsbefolkningen. For eksempel vil tiltak for økt fysisk aktivitet i skolen også bidra til økt fysisk aktivitet etter skoletid og i helgene. Denne effekten ser ut til å gjelde langt inn i voksenalder. Effekten synes å være størst for barn av foreldre med kort utdanning og lav inntekt og ikke-vestlige innvandrerbarn.

Det ligger en stor helsegevinst, både gjennom flere leveår og bedre livskvalitet, i å tilby frukt og grønnsaker til alle elever i grunnskolen. Frukt og grønnsaker til alle elever i grunnskolen vil bidra til å etablere et høyt inntak allerede i barndommen. Evalueringen av et forsøk med gratis frukt og grønt i skolen i Hedmark viser at tiltaket utjevner sosiale forskjeller i inntak av frukt og grønt.

Boks 6.2 Forsøk med gratis frukt og grønt i skolen

I prosjektet *Frukt og grønt i 6.* fikk ni barne- skoler i Hedmark delta gratis i skolefruktordningen hele skoleåret 2001–2002. Prosjektet ble evaluert som en del av Elling Beres doktorgradsavhandling ved Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo, 2004. Alle spiste mer frukt, uavhengig av tidligere spisevaner, kjønn og sosial bakgrunn. Det viser seg at elevene ett år etter forsøket fortsatt spiste mer frukt og grønnsaker. Også foreløpige tall etter tre år viser samme tendens. Dette viser at gratis frukt kan skape varige endringer i barns spisevaner. Barn av foreldre uten høyskole- eller universitetsutdanning som fikk gratis frukt, reduserte også inntaket av usunn snacks som brus, snop og potetgull etter perioden med gratis frukt. Disse barna spiste i utgangspunktet atskillig mer usunn snacks enn barn av foreldre med lengre utdanning. Evalueringen viser at et tilbud som når ut til alle barn og unge ved at det er gratis, kan bidra til å utjevne sosiale forskjeller i inntak av frukt og grønnsaker.

6.2.2 Tiltak i lokalmiljøet

Innenfor det tobakksforebyggende arbeidet er hjelp til røykeavvenning et viktig virkemiddel. Sosial- og helsedirektoratet og Fylkesmannen har i flere år utdannet kursledere, og kurs er nå tilgjengelig over hele landet. Mange frivillige organisasjoner gjør en stor innsats: for eksempel har Nasjonalforeningen for folkehelsen i Hedmark og Oppland samarbeidet med Fylkesmannen. Denne koordineringen har ført til økt aktivitet, og modellen blir nå videreført til andre fylker.

Som en oppfølging av *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009* har Sosial- og helsedirektoratet samarbeidet med kommuner og andre aktører i Nordland, Buskerud, Vest-Agder og Oppland om utvikling og systematisering av fysisk aktivitet, kostholdsveiledning og røykeslutt som virkemiddel i kommunalt folkehelsearbeid. Det er opprettet kommunale frisklivssentraler og lignende modeller som skal iverksette tiltakene lokalt. Dette er en videreutvikling av lavterskeltilbudet FYSAK som er et tiltak på lokalplan, rettet mot inaktive grupper i befolkningen. Med forankring i kommunehelse-

Boks 6.3 Aktiv på Dagtid

Aktiv på Dagtid bidrar til at mennesker som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet, får et tilbud om fysisk aktivitet. Aktiv på Dagtid setter den enkeltes mestring og iboende krefter i sentrum. Ved gradvis å ta tak i egne ressurser, kan deltagerne forebygge tap av funksjon, fremme sin helse og igjen fungere aktivt i samfunnslivet.

Aktiv på Dagtid tilbyr daglig og allsidig fysisk aktivitet. Tilbudet er godt tilrettelagt for mennesker med forskjellige fysiske og psykiske problemer. Som brobygger mellom idrett og helse er Aktiv på Dagtid et tilbud med lav terskel. Her kan man delta uansett treningsbakgrunn, sykdom eller problemer.

Aktiv på Dagtid er startet opp blant annet i Fræna, Førde, Molde, Oslo og Akershus.

<http://www.treningskontakt.no>

<http://www.apd.oslo.no>

tjenesten har programmet blant annet til hensikt å bygge opp modeller for systematisk bruk av tilpasset fysisk aktivitet i folkehelsearbeidet.

FYSAK Nordland ble etablert som et modellprogram for fysisk aktivitet i utvalgte kommuner i Nordland i 1995–96 med varighet ut 1999. Programmet ble videreført som et fast fylkeskommunalt arbeidsområde fra og med år 2000. Modellen er basert på et regionalt samarbeid mellom flere aktører. Målsettingen har vært å utvikle tilpasset fysisk aktivitet som en del av kommunehelsetjenestens tilbud, der aktivitetene etableres i et tverretattlig og tverrsektorielt samarbeid. Målgrupper for tiltak bestemmes i stor grad av de behovene kommunen kartlegger. Evalueringer har vist positive resultater. Sosial- og helsedirektoratet vil legge til rette for at FYSAK og tilsvarende satsinger på økt fysisk aktivitet innarbeides i partnerskap i alle fylkene.

Helse- og omsorgsdepartementet vil styrke tilskuddsordningen for fysisk aktivitet for å stimulere til aktivitetstilbud med lav terskel.

Det er et mål at Norge skal ha gode, aktivitetsfremmende bomiljøer. Lokalsamfunn og nærmiljø skal tilrettelegges for å friste flest mulig til fysisk aktivitet. Det skal være enkelt og trygt å ta seg fram til fots og på sykkel. Den fysiske tilgjengeligheten for personer med funksjonsnedsettelse er fortsatt for dårlig mange steder, noe som bidrar til

utestengning og marginalisering. Økonomi er ofte en begrensning for fysisk aktivitet. Enkle friluftaktiviteter og nærmiljøtiltak er gjerne lite kostnadskrevenne og kan gjennomføres de aller fleste steder.

Lokalbaserte lavterskeltilbud er viktige i arbeidet med videreutviklingen og evalueringen av ordningen med grønn resept. Helsetjenesten, nærmiljøet og arbeidsplasser er aktuelle arenaer for forebygging og intervensjon. I tillegg til helsetjenesten, frivillige organisasjoner og private aktører, bør NAV vurderes som medvirkende aktør. Tilbudene må være forankret i det kommunale plansystemet og må bygge på etablerte strukturer for kommunens eller andre aktørers virksomheter og tjenester.

Kostholdskurs for pasienter er under utprøving. Slike lavterskeltilbud skal bygge på eksisterende tilbud og erfaringer og søkes samordnet med satsinger som Aktiv på dagtid, tilbud i regi av fylkes- og kommuneforvaltning, frivillige organisasjoner, frisklivssentraler og lignende ordninger. Sosial- og helsedirektoratet skal samle kunnskap og spre erfaringer slik at flere får tilgang til tilbudene.

Regjeringen ønsker å forebygge livsstilssykdommer og fremme tannhelse hos risikogrupper i innvandrerbefolkningen. Som et ledd i *Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen og mål for inkludering* vil regjeringen derfor stimulere til etablering av tilbud for å fremme fysisk aktivitet og gode kostvaner.

6.2.3 Arbeidslivet som arena

Arbeidslivet er en arena hvor vi kan nå grupper som det har vist seg vanskelig å nå gjennom informasjonskampanjer og ved hjelp av andre virkemidler. Arbeidslivet kan for eksempel være en arena for å tilrettelegge for gode kostvaner, fysisk aktivitet og røykeavvenning. På større arbeidsplasser med kantiner vil kurs og kompetanseheving for kantinepersonell og god tilgang på frukt og grønt være viktige tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere mulige samarbeidstiltak med arbeidstagerorganisasjoner og tilbydere av mat for å bidra til sunnere kostvaner.

Prosjektet Helsefremmende arbeidsplasser legger vekt på friskfaktorer i arbeidsmiljøet. Ved prosjektets oppstart ble det vedtatt en erklæring som framhever at helsefremmende arbeidsplasser skapes når arbeidsplasser utvikles gjennom deltakerstyrte prosesser og åpner opp for og imøtekommer den enkeltes behov, ressurser og potensial. Idébanken for et inkluderende arbeidsliv har sammen med andre aktører samlet erfaringer fra

Boks 6.4 Hamarøy kommune: Bredt samarbeid om folkehelse

Aktivitet og trening på resept, tett samarbeid med kommunelegene og NAV Trygd og utvikling av lederrollen, har gitt resultater i sykefraværsarbeidet i Hamarøy kommune i Nordland. Fra 2003 har fraværet gått ned fra drøyt ti prosent til fem. Suksessfaktorer har vært:

- Rutiner for sykefraværsoppfølging
- Nærmeste linjeleder ansvarlig for sykefraværsarbeidet
- Styrket lederrolle
- Alle linjeledere på kurs i IA-arbeid og vernearbeid
- Vekt på arbeidsmiljø og vernearbeid med økonomisk godtgjøring til verneombud
- FYSAK-senter med trening på resept
- Tett kontakt med lege og fysioterapeut
- Fysisk trening i arbeidstiden
- Strategiske samarbeidsmøter: personalsjef, kommunelege, NAV Trygd og NAV Arbeidslivssenter
- Stabil legetjeneste
- Fastlønnede kommuneleger

Les mer på <http://www.idebanken.org>

prosjekter og forskning om helsefremmende arbeidsplasser.

For å nå grupper som står utenfor det ordinære arbeidslivet, vil Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet vurdere hvordan NAV-kontorene kan tas i bruk som en arena for å målrette folkehelsearbeidet.

6.2.4 Livsstilsveiledning i helsetjenesten

Informasjon som overleveres individuelt og innenfor rammene av helsetjenestene, kan ofte være særlig virkningsfull. Det er dokumentert at veiledning og intervensjoner i helsetjenestene har hatt god effekt for pasienter med risikabel rusmiddelbruk. Slike intervensjoner fungerer som et supplement til informasjonskampanjer og lignende.

Lærings- og mestringssentrene ved helseforetakene er en viktig arena for opplæring av pasienter med kroniske sykdommer. Mange av sentrene har i dag tilbud for kroniske pasientgrupper. Ernæ-

ringsveiledning og røykeavvenning inngår ofte som en vesentlig del av behandlingen.

I det tobakkskadeforebyggende arbeidet skal det satses på helseveiledning i helsetjenesten. En styrking av helsepersonellens kunnskap om røykeslutt og én til én-kommunikasjon er et av hovedsatsingsområdene i *Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010*. Det er viktig å styrke spesialisthelsetjenestens innsats for pasienter som har blitt syke av røyking. For store pasientgrupper – for eksempel kolspasienter – er røykeavvenning det behandlingstiltaket som er mest effektivt for å bremse sykdomsutviklingen. Lærings- og mestringssentrene kan være en velegnet arena for dette arbeidet. Det er viktig å styrke det systematiske arbeidet for hjelp til røykeavvenning. Dette innebærer både å utvikle retningslinjer, gi god opplæring til helsepersonell og innføre økonomiske insentiver som stimulerer helseforetakene til å prioritere dette arbeidet. Også i utdanningene av helsepersonell skal veiledning for livsstilsendring generelt, og hjelp til røykeavvenning spesielt, bli tema.

Allmennlegene/fastlegene gir pasienter veiledning om kosthold og fysisk aktivitet. Ernæring er viktig i behandlingen av mange sykdommer. Kostveiledning tar tid, og en ordinær konsultasjon er ofte ikke nok. I slike tilfeller har legen mulighet til å bruke en tidstakst, eller når diagnosen tilsier det, takst for grønn resept. Denne kan utløses ved type 2-diabetes og høyt blodtrykk som ikke behandles med medikamenter. Evalueringen av ordningen med grønn resept viser at behovet for støttetiltak for å legge om helseatferden utenfor legekantoret er stor: Flere leger etterlyser fagkompetanse i kommunene som legene kan henvise til for videre oppfølging, for eksempel fysioterapeuter og ernæringseksperter. Over halvparten av legene sier det ikke finnes muligheter til å henvise pasienten til videre oppfølgingstiltak.

Det er nødvendig å arbeide for god helse gjennom å bedre tannhelsen. Tannhelsetjenesten gir et oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til barn og unge og til grupper som antas å ha et særlig tannhelsebehov. Tannhelsetjenesten skal også organisere forebyggende tannhelsearbeid. Det kan være generelle tiltak eller målrettede tiltak mot grupper. Regjeringen vil i løpet av våren 2007 legge fram en stortingsmelding om tannhelsetjenesten. I meldingen vil en blant annet drøfte spørsmålet om hvordan tannhelsetjenesten i større grad kan benyttes som en samarbeidspartner i folkehelsearbeidet og hvordan tannhelsetjenesten kan bidra til å redusere sosial forskjeller i helse og tannhelse.

Helsestasjon for ungdom er det viktigste lokale tilbudet om prevensjon og veiledning til unge. Ungdomshelsestasjonene har også viktige undervisningsfunksjoner i samarbeid med skolen på området samliv og seksualitet. Helsestasjon for ungdom har i løpet av de siste årene hatt en betydelig vekst innenfor kommunenes primærhelsetjeneste, men fortsatt ser tilgjengeligheten ut til å være lav mange steder – det gjelder spesielt i tynt befolkede områder. Finnmark og de øvrige nordnorske fylkene er mest sårbare når det gjelder tilgjengelighet til helsetjenester for unge.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal blant annet tilby veiledning, rådgivning og opplysningsvirksomhet. I dette arbeidet er veiledning om kosthold, fysisk aktivitet, tobakk og rus viktige temaområder. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig pådriverrolle gjennom å ha kontakt med barnehager og skoler og støtte opp om og bidra til gode mat- og måltidsvaner og tilrettelegging for fysisk aktivitet på disse arenaene. Den tette og tidlige kontakten med familien, særlig i barnets førstelevår, har stor betydning i arbeidet for å fremme amming og etablere gode kostvaner tidlig. Tjenesten gir også råd om bruk av morsmelkerstatninger og råd om spedbarnsernæring generelt.

6.2.5 Regulere tilgang til varer og tjenester

Som en oppfølging av *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen* vil Helse- og omsorgsdepartementet utrede spørsmålet om lovregulering kan være egnet for å begrense markedsføring av usunn mat og drikke overfor barn og unge. Norske myndigheter vil også delta aktivt i diskusjonen om disse spørsmålene, både gjennom det nordiske samarbeidet og i EU og Verdens helseorganisasjon.

Barn og unge får i seg for mye sukker og fett, og mye av dette kommer fra godteri, brus, saft og snacks. Dette er matvarer som bidrar med lite næring, men mye energi, og som ikke bør ha for stor plass i kostholdet. Disse produktene bidrar til økt overvekt blant barn og unge. Deler av matvareindustrien bruker betydelige summer på å markedsføre disse varene, også mot barn og ungdom. Kartlegging viser at markedsføring av denne typen matvarer utgjør en betydelig del av fjernsynsreklamen som blir sendt i tilknytning til fjernsynsprogrammer for barn og ungdom. Det er godt dokumentert at markedsføring virker. Barn som utsettes for reklame og salgsfremmende tiltak for disse produktene har et høyere inntak enn andre barn.

Dette gjenspeiles i mengden sukker og fett i kostholdet.

1. juni 2004 ble forbud mot røyking på serveringssteder innført. Evalueringer har vist at luftkvaliteten for de ansatte ble kraftig forbedret, og at dette igjen har ført til reduksjon i luftveisplager og bedret helsestatus. I tillegg til mindre eksponering for passiv røyking, er det ventet at røykeforbudet også reduserer de ansattes egen røyking. Denne arbeidstakergruppen har relativt kort utdanning og lav inntekt. En gunstig bivirkning antas å være at en viktig rekrutteringsarena for ungdom har blitt røykfri. I tillegg er det sannsynlig at lovendringen har påskyndet nedgangen i andel røykere i befolkningen generelt.

Til tross for aldersgrensen på 18 år for kjøp av tobakksvarer, har undersøkelser vist at rundt halvparten av røykere i alderen 13–17 år får kjøpt tobakk uten problemer. Et forslag om en ny ordning for tilsyn med salg til mindreårige var på høring høsten 2005 og er til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet. Mattilsynet er forslått som tilsynsorgan. Regjeringen vurderer å fremme et forslag om innføring av en slik tilsynsordning. I tillegg vil regjeringen vurdere et forslag om å innføre et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer på salgssteder. Forslaget er nå under utredning. Det pågår også et arbeid for å få alle landets fylkeskommuner til å innføre tobakksfri skoletid i videregående skoler både for elever og ansatte. Tiltaket er viktig fordi det er i denne aldersgruppen de fleste begynner å bruke tobakk.

Det er godt dokumentert at de mest effektive virkemidlene i alkoholpolitikken er de som reduserer tilgjengeligheten og øker prisen. Alkoholpolitikken i Norge har vært preget av et sterkt detaljmonopol, høye avgifter og priser, et omfattende system for kontroll med salgs- og skjenkestedene, samt strenge restriksjoner på markedsføring av alkoholholdig drikk. Vårt alkoholpolitiske system er blant de mest restriktive i Europa. Det er derfor grunn til å anta at den alkoholpolitikken som har blitt ført er en viktig grunn til at alkoholkonsumet i Norge er blant de laveste i den vestlige verden. Kommunene er i alkoholloven tillagt et betydelig ansvar, blant annet gjennom bevillingsmyndigheten. Det har de siste årene vært en jevn økning i tilgjengeligheten til alkohol. For eksempel har antallet skjenkebevillinger i Norge i følge Statens institutt for rusmiddelforskning økt fra 2439 i 1980 til 7231 i 2005. Sosial- og helsedirektoratet ga våren 2006 ut en ny veileder for utarbeidelse av kommunale rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Kommunene blir her oppfordret til å se hele rusmiddelpolitikken i sammenheng og se bevillingspolitikken

som en viktig del av det generelle rusforebyggende arbeidet, for å motvirke en videre økning i antall salgs- og skjenkebevillinger.

Fra 1. juli 2006 ble det innført et forbud mot bruk av sedler ved spill på utbetalingsautomater. Tiltaket er et ledd i regjeringens satsing for å forebygge spilleavhengighet fram til driften av dagens utbetalingsautomater kan avvikles. Tiltaket har ført til en markert nedgang i omsetningen på automater. Regjeringen har besluttet å innføre nattetenging (kl 24.00–07.00) av utbetalingsautomater og innføre merking av automatene med informasjon og advarsler mot konsekvensene ved overdrevent spill. Det er lagt opp til at driften av dagens gevinstautomater avvikles fullstendig fra 1. juli 2007.

Pris- og avgiftsendringer

I det tobakksforebyggende arbeidet er det lang tradisjon for å bruke avgifter som virkemiddel. Forskning viser at ungdom er spesielt følsomme for endringer i prisen på tobakk. Eldre røykere har en lengre røykehistorie og har etablert et psykologisk røykerituale med tilhørende fysiologisk nikotinavhengighet. Ungdom har mindre penger å bruke på tobakk, og unge røykere er ikke i samme grad fanget i veletablerte tobakksvaner og er derfor lettere å påvirke.

En gjennomgang av forskningslitteraturen om tiltak for å redusere røyking blant ungdom (utført av Lund og Rise, 2002, på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet) viser at inntekt har stor betydning for prisfølsomhet. Stor følsomhet for prisendringer gjør at grupper med dårlig økonomi samlet sett reduserer sin etterspørsel i et så stort omfang at gruppen samlet bruker mindre penger på tobakk. Grupper med bedre økonomi – som ikke er like prisfølsomme – etterspør tilnærmet samme kvantum tobakk etter prisøkningen og bærer dermed en større andel av utgiften. Økte avgifter kan dermed bidra til sosial utjevning i helseatferd ved at dette virkemidlet har størst effekt i grupper med dårlig økonomi.

Det antas at de viktigste effektene av en avgiftsøkning vil være redusert røykedebut blant ungdom og at voksne helt slutter å røyke, heller enn at de som fortsatt røyker reduserer sitt daglige forbruk. De som fortsetter å røyke på tross av avgiftsøkningen vil få økte utgifter. Den økonomiske belastningen av en avgiftsøkning vil være størst for de med dårlig økonomi. Helsegevinsten av en avgiftsøkning må derfor vurderes opp mot den belastningen økte utgifter kan bety for personer med dårlig økonomi.

Avgifter er et sentralt virkemiddel i norsk alkoholpolitikk. I likhet med prisendringer på andre varer, vil prisendringer på alkohol ha størst effekt på forbruket i grupper med dårlig økonomi. Det er derfor rimelig å anta at en avgifts- og prisreduksjon på alkohol vil føre til at forbruket – og dermed også skadene – vil øke mest i grupper med dårlig økonomi. Det er viktig å videreføre en restriktiv alkoholpolitikk med et høyt avgiftsnivå for å unngå en økning av alkoholskadene i disse gruppene. Når en vurderer nivået på alkohol- og tobakksavgiftene, må en også ta hensyn til utviklingen i det uregistrerte forbruket.

Befolkningens kosthold kan påvirkes gjennom å gjøre usunne produkter relativt sett dyrere. Særlig avgifter på usunne produkter er ett av flere virkemidler som vil kunne bidra til å bedre kostholdet i befolkningen. Virkningen vil imidlertid være avhengig av i hvilken grad avgiftene påvirker prisen og i hvilken grad forbrukerne er sensitive overfor pris i sine valg. Videre vil helseeffekten kunne svekkes dersom prisøkningen fører til at forbrukerne går over til å kjøpe disse varene i utlandet.

Etter forslag i St.prp. nr. 1 (2006–2007) Skatte-, avgifts- og tollvedtak har Stortinget endret avgiften på alkoholfrie drikkevarer slik at drikkevarer tilsatt sukker og søtstoff avgiftlegges, mens flaskevann og juice fritas for avgift. Det er ønskelig at avgiften først utløses ved en nedre grense for sukkerinnhold for å motivere næringen til å senke innholdet av sukker i drikkevarer. En nedre grense er imidlertid avhengig av krav om merking av mengde sukker. Det er ikke et krav om slik merking i gjeldende regelverk, men Norge har foreslått dette overfor internasjonale organer.

Beregninger utført av Norsk institutt for landbruksøkonomisk forskning viser at dersom prisene på frukt og grønnsaker i Norge går ned med 12 prosent, forventes det å føre til en økning i den totale etterspørselen på mellom 4 og 15 prosent. For unge enslige og par med barn er totalletterspørsel etter frukt og grønnsaker forventet å stige med 11–12 prosent. Disse gruppene bruker mindre av sitt matbudsjett til frukt og grønt enn andre husholdninger. Det vil imidlertid alltid være knyttet stor usikkerhet til slike beregninger.

Det er regjeringens syn at det skal legges vekt på hensynet til barn og unge. Redusert pris på frukt og grønnsaker vil særlig kunne øke forbruket blant unge mennesker og i barnefamilier. Dette er viktige målgrupper for å innarbeide gode vaner i ung alder, noe som kan bidra til å redusere risiko for sykdom senere i livet. I oppfølgingen av handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen, vil Helse- og omsorgsdepartementet ta initiativ til at økonomiske virkemidler blir vurdert.

Boks 6.5 Virkemidler: Helseatferd

Regjeringen vil:

- ta i bruk pris- og avgiftsvirkemidler for å bidra til utjevning av sosiale forskjeller i kosthold
 - legge til rette for daglig fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i grunnskolen og videregående skole
 - innføre en ordning med frukt og grønt til alle elever i grunnskolen
 - vurdere tiltak for å begrense tilgjengeligheten til tobakk
 - styrke tilskuddsordningen for fysisk aktivitet for å stimulere til aktivitetstilbud med lav terskel og vurdere lignende ordninger for kostholdstiltak
- i samarbeid med partene i arbeidslivet vurdere tiltak for å legge til rette for fysisk aktivitet og sunn mat på arbeidsplassen
 - satse på livsstilsveiledning i helsetjenesten, herunder styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten
 - sikre at tiltak som foreslås for å påvirke helseatferd alltid er vurdert med hensyn til målet om sosial helseutjevning

7 Helsetjenester

7.1 Mål: Likeverdige helse- og omsorgstjenester

Mål

- Likeverdige helse- og omsorgstjenester

Delmål

- Styrket kunnskap om sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester
- Styrket kunnskap om forhold som bidrar til sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester og forhold som kan motvirke slike skjevheter
- Styrket helsetjenestetilbud for utsatte grupper

Helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige med hensyn til både tilgjengelighet, bruk og resultat. I denne meldingen dekker begrepet «bruk av helsetjenester» alle disse tre sentrale aspektene ved tjenesten.

7.2 Virkemidler

Befolkningens helse påvirkes først og fremst av forhold som ligger utenfor helsesektoren, men en velfungerende helsetjeneste er likevel en viktig forutsetning for en god folkehelse. I Norge har vi satt et høyt ambisjonsnivå for helsetjenestene. Vi vil at tjenestene skal ha høy kvalitet, være tilgjengelige innenfor akseptabel ventetid og avstand og at tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av sosiale bakgrunnsfaktorer. Langt på vei er de høye ambisjonene innfridd, og vi har en helsetjeneste som er blant de beste i verden. Samtidig erkjenner vi at det er mangler og utfordringer på mange områder. Det er bred enighet i Norge om de sentrale målene for helsepolitikken. Regjeringen vil arbeide systematisk for å nå disse. Brukererfaringer og tilsynsvirkosomhet som avdekker feil og mangler i organisering eller i tilbud, skal følges opp.

Den norske helsetjenesten er i kontinuerlig endring. I en rapport fra *The European Observatory on Health Systems and Policies* oppsummeres hovedtrendene i Norges helsereformer de siste tiår på følgende måte: I 1970-årene var oppmerk-

somheten rettet mot oppbygging og rettferdig fordeling av tjenester. I 1980-årene var vi mest opptatt av å desentralisere og av å begrense kostnader. I 1990-årene var hovedinnsatsen rettet inn mot økt effektivitet og bedre ledelse, og i begynnelsen av det nye årtusenet gjorde vi store strukturelle endringer i organisering og tilbud av tjenester. Dette har vært viktige hensyn å ta. I videreutviklingen av helsetjenesten skal rettferdig fordeling gis fornyet oppmerksomhet.

Mulige vridningsmekanismer

Vi vet det er en sammenheng mellom sosial bakgrunn og bruk av helsetjenesten. Vi har ikke nok kunnskap til å fastslå årsakssammenhengene mellom sosial bakgrunn og bruk av helsetjenester. Det er nødvendig å undersøke nærmere om den norske helsetjenesten er med på å utjevne eller forsterke de sosiale helseforskjellene. Selv om kunnskapen om sosiale forskjeller i helsetjenestebruk er noe begrenset, er det i norsk og internasjonal forskning satt fram flere hypoteser om vridningsmekanismer som kan ha betydning for sosiale gruppers bruk av helsetjenester.

I primærhelsetjenesten kan en for eksempel tenke seg sosiale forskjeller i bruken av fastlegen, med hensyn til både behandling, oppfølging og henvisning til spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten kan det være mekanismer som gjør at tjenesten er mindre tilgjengelig for grupper med kort utdanning og lav inntekt. Både juridiske, økonomiske, organisatoriske og pedagogiske forhold kan ha betydning. Noen mulige mekanismer som kan hindre likeverdige helse- og omsorgstjenester er omtalt nedenfor.

Juridiske virkemidler som pasientrettigheter, rett til individuell plan, rett til vurdering og rett til nødvendig helsehjelp kan virke sosialt skjevt. Pasientrettigheter skal blant annet sikre likeverdig tilgang på helsetjenester gjennom juridisk rett til nødvendig helsehjelp, valgfrihet (fritt sykehusvalg, fastlege), rett til informasjon, medbestemmelse og rett til ny vurdering. Siden bruken av slike rettigheter til en viss grad krever ressurser i form av kunnskap – blant annet om søknadsprosesser og tilgjengelighet til tjenesten – kan en tenke seg at

rettighetsfestingen opprettholder eller øker sosiale skjevheter. Helsetilsynets tilsynserfaringer har også vist at en forutsetning for at målene med pasientrettighetslovgivning skal kunne nås, er at det blir iverksatt tilstrekkelig effektive tiltak for å gjøre kravene kjent og tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten. Omfanget av rettssosiologisk og juridisk forskning på dette området er begrenset. Det er nødvendig med mer kunnskap om hvilken betydning lover og forskrifter har for målet om lik tilgang på helsetjenester.

Finansieringen av helsetjenesten har betydning for fordeling av tjenestene. Finansieringssystemet påvirker tilbudet av helsetjenester og egenandeler er med på å påvirke etterspørselen.

Ordningen med innsatsstyrt finansiering skal stimulere til økt behandlingsaktivitet, men kan føre til uønsket vridning bort fra pasienter og lovplagte oppgaver som ikke omfattes av ordningen. Siden kroniske og sammensatte lidelser er sosialt skjevt fordelt, kan en for lav prioritering av slike lidelser føre til økte sosiale helseforskjeller. Det er så langt ikke dokumentert at ordningen med innsatsstyrt finansiering faktisk har medført uønskede vridninger i tjenestetilbudet. Endringen i rammefinansieringen fra 40 prosent til 60 prosent bidrar til at eventuelle problemer med denne typen vridningseffekter reduseres.

Boks 7.1 «Loven om den omvendte omsorg»

I 1971 skrev den britiske allmennpraktikeren Julian Tudor Hart en artikkel i *British Medical Journal* under tittelen *The Inverse Care Law* – loven om den omvendte omsorg. Harts påstand var at tilgjengeligheten til god medisinsk omsorg i befolkningen har en tendens til å variere omvendt proporsjonalt med behovet. Helsetjenesten er best der behovet er minst.

Loven om den omvendte omsorg vil i følge Hart virke sterkest der helsetjenesten er eksponert for markedskrefter. I den grad helsetjenester kan kjøpes for penger, vil de med best kjøpekraft kunne kjøpe de beste tjenestene. Men sammenhengen mellom inntekt og helse innebærer at det største behovet for helsetjenester finnes blant de som har svakest kjøpekraft. Hypotesen er at et helsetjenestetilbud styrt av markedskrefter vil fungere best der behovet er minst.

Sammenhengen mellom egenandeler og forbruk av helsetjenester er godt dokumentert internasjonalt. I en kartlegging av bruken av egenandeler i helsesektoren i ulike land (utført av Program for helseøkonomi i Bergen), er det vist til studier som gir støtte for hypoteser om at etterspørselen lar seg påvirke av egenandeler. Egenandeler reduserer etterspørselen etter både nødvendige og unødvendige tjenester, og de tenderer til å påvirke helse og økonomi på en sosialt skjev måte. Studiene indikerer at personer med lav inntekt og personer som tilhører enkelte sosiale grupper, rammes mest negativt.

Organiseringen av helsetjenesten har betydning for tilgangen til tjenestene. For enkelte grupper i samfunnet kan terskelen inn til helsetjenesten være spesielt høy. Dette kan for eksempel gjelde tungt belastede rusmiddelavhengige og innsatte i fengsler. Rusmiddelavhengige er ofte i en livssituasjon der de har vanskeligheter med å nyttiggjøre seg hjelpetilbudet. Spesielt for rusmiddelavhengige som i ung alder har utviklet et misbruksproblem, kan tilgjengeligheten til ulike hjelpetilbud være dårlig. De har ofte mangelfull eller avbrutt utdanning, svak eller ingen yrkestilknytning og dårlig økonomi – bakgrunnsfaktorer som systematisk er knyttet til helseforskjeller. I en tilværelse hvor disponible midler går med til å finansiere misbruket, kan egenandeler for helsetjenester innebære at mange ikke ser seg i stand til å benytte seg av disse tjenestene.

Helsetjenesteforsikringer og privatfinansierte helsetilbud kan føre til forskjeller i bruk av helsetjenester. Private forsikringer mot egenandeler kan være med på å undergrave formålet med egenandelsordningen: å dempe etterspørselen etter lavt prioriterte helsetjenester. Dette kan være med å forsterke de sosiale forskjellene. Det er derfor viktig at ventetiden til offentlig finansierte helsetjenester ikke er vesentlig lenger enn for privat finansierte helsetjenester.

7.2.1 Egenandeler

Det er regjeringens politikk å redusere egenandeler på helsetjenester og holde dem på et lavt nivå. I statsbudsjettet for 2006 ble egenandelstak II redusert fra 3500 til 2500 kroner fra 1. januar 2006. Egenandelen for fysioterapi for dem som tidligere hadde rett til gratis fysioterapi på grunnlag av diagnose, er etter forslag i St.prp. nr. 66 (2005–2006) fjernet fra 1. juli 2006.

Dagens skjermings- og egenbetalingsordninger varierer: For noen tjenester og produkter må den enkelte dekke utgiftene fullt ut, blant annet

gjelder dette vanlig tannbehandling for voksne og en del legemidler. For en del tjenester dekker det offentlige kostnadene fullt ut. Dette gjelder inneliggende behandling på sykehus, hjemmesykepleie og tekniske hjelpemidler. Enkelte behandlinger er gratis på grunnlag av diagnose: allmennlegetjenester i forbindelse med allmennfarlige sykdommer og graviditet/fødsel og fysioterapi for pasienter med visse diagnoser. Videre er det etablert ordninger for skjerming etter alder. Eksempelvis er barn under 12 år fritatt for egenbetaling for helsetjenester og barn under 18 år fritatt for betaling hos psykolog og innen barne- og ungdomspsykiatrien. Minstepensjonister er fritatt for betaling for medisiner på blå resept. Tannhelsetjenester er gratis for barn og unge opp til 18 år (skoletannlegen), for eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, psykisk utviklingshemmede og personer under kommunal rusomsorg. Yrresskade og krigsskade gir etter nærmer vilkår unntak for egenbetaling.

Egenandelstak 1- og egenandelstak 2-ordningene gir skjerming ut over et visst utgiftsnivå for de tjenestene som omfattes. Skjerming etter inntekt er et prinsipp for kommunale, hjemmebaserte tjenester og langtidsopphold i alders- og sykehjem. For korttidsopphold kreves en flat sats.

I St.prp. nr. 1 (2006–2007) Helse- og omsorgsdepartementet er egenandelsordningene på helse-tjenester gjennomgått. Regjeringen vil komme tilbake til de problemstillingene som reises i denne gjennomgangen i budsjettet for 2008. I en vurde-

Boks 7.2 Trygderefusjoner

De offentlige refusjonsordningene sikrer i betydelig grad lik tilgang til nødvendig behandling. Blåreseptordningen regulerer retten til refusjon av utgifter til legemidler, jamfør forskrift 18. april 1997 nr. 330 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr (blåreseptforskriften).

Med hjemmel i folketrygdloven § 5–22 kan det ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. De viktigste bidragsformålene målt etter utgiftenes størrelse er legemidler, tannbehandling og briller til barn. Når det ytes bidrag til behandling, kan det også ytes bidrag til eventuelle nødvendige reise- og oppholdsutgifter.

Boks 7.3 Legemidler

Et overordnet mål for legemiddelpolitikken er at befolkningen skal ha lik og enkel tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne. Refusjonssystemet skal sørge for at befolkningen skal få tilgang til viktige legemidler uavhengig av betalingsevne.

Riktig og effektiv behandling av sykdom og helseplager krever svært ofte bruk av legemidler. Totalkostnadene per pasient for behandling med legemidler kan variere fra noen få hundre kroner til flere millioner kroner per år. Evne og vilje til å betale for legemidler varierer fra person til person, men felles for alle er at utgiftene på ett tidspunkt kan nå en grense hvor det er nødvendig at det offentlige bidrar med finansiering. Uten offentlig stønad til legemidler, ville effektiv behandling i stor grad være avhengig av pasientens inntekt.

En stor del av nødvendig medikamentell behandling finansieres gjennom blåreseptordningen, behandling i sykehus og sykehjem, samt gjennom bidragsordningen. Offentlige budsjetter dekker kostnadene for om lag 70 prosent av det totale legemiddel-salget, som i 2005 var på 16,1 milliarder kroner.

Tilgang til trygge produkter sikres gjennom en velfungerende distribusjonsskjede. Landets 550 apotek og 1200 medisinsalgsalger sikrer at den geografiske tilgjengeligheten til legemidler i dag er god.

Det er fastlegen som forskriver de aller fleste legemidlene. Tilgang til fastlege er derfor avgjørende for tilstrekkelig legemiddelbehandling. Fastlegen forvalter også samfunnets midler gjennom retten til å forskrive legemidler på folketrygdens regning.

ring av eventuelle endringer i egenandelsordningene på helsetjenester, vil utjevning av sosiale forskjeller være et viktig hensyn å ta. Stortinget har etter forslag fra regjeringen vedtatt at det fra 2007 ikke skal være egenandel for rusmiddelavhengige som oppsøkes av ambulante team fra en ruspoliklinikk.

Staten regulerer i dag kommunenes adgang til å ta betalt for omsorgstjenester gjennom to ulike regelverk, ett for hjemmetjenester og ett for tilbud

i institusjon. Regjeringen har vurdert forskjellige alternativer for mer lik brukerbetaling. Samlet sett finner regjeringen at ulempene ved dagens ordninger ikke forsvarer å gjennomføre en omfattende reform. Hensynet til at brukerne ikke skal komme svekket ut etter en omlegging, tilsier at dagens ordninger inntil videre bør opprettholdes. Regjeringen vil imidlertid følge utviklingen i kommunene og vurdere behovet for tiltak løpende.

Regjeringen er opptatt av at brukere av kommunale tjenester som har dårlig økonomi skal gis et tydeligere vern mot egenandeler og betale mindre enn i dag. Flere kommuner har fastsatt egenbetalingen for en del tjenester på en måte som har vært i strid med regelverket. Dette har særlig vist seg ved tildeling av trygghetsalarm og matombringing, og ved fastsettelse av egenandeler for slike tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor i et eget rundskriv presisert at egenandeler for slike tjenester inngår som en del av 2G-skjermingen når tjenestene skal oppfylle et hjelpebehov som gir krav på tjenester etter sosialtjenestelovens § 4–3. Ytes trygghetsalarm i slike tilfeller som en erstatning for daglige tilsynsbesøk, eller matombringing i stedet for hjelp til matlagning i hjemmet, skal reglene i forskriften om inntektsskjerming komme til anvendelse. Ytes tjenesten som en frivillig kommunal tjeneste, står kommunen fritt til å beregne egenandel. Kommunen kan imidlertid ikke kreve mer enn selvkost for tjenesten. Det vises for øvrig til St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening* for en mer utfyllende drøfting av finansiering av og brukerbetaling i omsorgstjenesten.

7.2.2 Styring og organisering av helsetjenesten

Det er helsemyndighetenes ansvar at alle sikres god nok tilgang til nødvendige helsetjenester. En ser imidlertid at brukere som for eksempel syke eldre, personer med psykiske lidelser, rusmiddelavhengige og personer med utviklingshemming ikke alltid klarer å fremme egne krav og rettigheter. Dette kan føre til at disse gruppene på tross av høy sykkelighet ikke benytter helsetjenesten i samme grad som befolkningen som helhet. Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennom en best mulig styring og organisering av helsetjenesten sikre likverdige tjenester også for svake pasientgrupper.

Det er viktig å avdekke i hvilken grad helsepolitiske virkemidler – slik som finansieringsordninger, organiseringsformer, regelverk og veiledning – opprettholder eller forsterker sosiale helsefor-

skjeller. Slik hensynet til utjevning av sosiale helseforskjeller må veie tungt på mange områder i samfunnet, er det også nødvendig at Helse- og omsorgsdepartementet sørger for at utjevning av sosiale helseforskjeller er et hovedhensyn ved innføring av nye, eller endringer i eksisterende, styringsmekanismer i helsesektoren.

Tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten ytes i all hovedsak i regi av det offentlige. Avtalespesialister utgjør en viktig del av spesialisthelsetjenesten. Det er satt i gang et utrednings- og utviklingsarbeid for å sikre en enda bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar, blant annet med sikte på å sikre riktig prioritering i tråd med pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften, og å legge til rette for en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom avtalespesialister og helseforetak og dermed legge til rette for bedre ressursutnyttelse og sikre lik tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester.

Sosiale forskjeller er en utfordring for prioriteringsarbeidet i helsetjenesten. Det er et mål å motvirke sosiale helseforskjeller ved å fange opp behovene til grupper i befolkningen som trenger særskilte tiltak, som for eksempel flyktninger, asylsøkere, innsatte og rusmiddel- og spilleavhengige. Det synes som om enkelte pasientgrupper lettere nedprioriteres enn andre, og det kan tenkes at dette skyldes at det er en sammenheng mellom fagfeltens status og pasientenes sosioøkonomiske status. Det er derfor behov for en målrettet innsats for å sikre en bedre fordeling av ressursene mellom diagnose- og fagområder. Det er i dag store forskjeller i hvordan prioriteringsforskriften forstås og praktiseres. Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har derfor igangsatt samarbeidsprosjektet *Riktigere prioritering* som skal bidra til en mer enhetlig praksis.

Informasjon og god kommunikasjon er en forutsetning for et godt behandlingsresultat. Det ligger sterke, men ofte tause, forventninger om at brukere av offentlige tjenester også i kulturell forstand er like, eller at de må opptre som majoritetsbefolkningen, når de benytter helsetjenester. For blant andre samer og ikke-vestlige innvandrere kan dette føre til at de får et dårligere utbytte av tjenestene enn andre deler av befolkningen. Dette bryter med en politisk målsetting om likeverdige tjenester og størst mulig likhet i tilgjengelighet og resultat i bruken av tjenestene. Spesielt overfor minoritetsspråklige pasienter er det viktig at helsepersonell sikrer at språklige eller kulturelle forskjeller ikke fører til misforståelser som påvirker behandlingen. Det er også viktig å ta hensyn til at forskjeller i sosial bakgrunn mellom pasient og hel-

sepersonell kan være med å påvirke kommunikasjonen. Enkelte plager og lidelser kan være vanskelige for pasienten å snakke om. Da kan problemene framstå som diffuse og vanskelige å behandle. Dette kan for eksempel gjelde kvinner og barn som har opplevd, eller opplever, krenkelser og vold i nære relasjoner.

De fleste homofile og lesbiske har god helse – i likhet med andre minoritetsgrupper og befolkningen for øvrig. Som gruppe har imidlertid homofile og lesbiske større belastninger enn gjennomsnittet av befolkningen. Spesielt kommer deler av gruppen dårligere ut når det gjelder rusmisbruk, psykiske helseplager og selvmord. Selv om helseproblemene ikke nødvendigvis er knyttet til sosiale forskjeller, er det viktig at helsetjenesten er oppmerksom på plager og sykdommer som særlig rammer enkelte grupper eller minoriteter. Dette kan forebygge uheldige spiraler av helseproblemer og sosial ekskludering.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi er et viktig verktøy for å nå ut til befolkningen med informasjon om helsetilbud og valgmuligheter. Denne teknologien kan bidra til å øke tilgjengeligheten til slik informasjon til alle grupper i befolkningen, for eksempel gjennom universell utforming av nettsteder.

I løpet av våren 2007 vil regjeringen legge fram en stortingsmelding om tannhelsetjenesten. De sosiale helseforskjellene gjenspeiles også i tannhelsen. Stortingsmeldingen om framtidige tannhelsetjenester vil blant annet omhandle forhold som tilgjengelighet til tjenester, bruk av egenandeler og lovfesting av rettigheter. Tannhelsetjenestens betydning for sosiale forskjeller i helse generelt og tannhelse spesielt vil bli vurdert i stortingsmeldingen.

Behovet for gode og effektive habiliterings- og rehabiliteringstjenester øker. Rehabilitering kan være avgjørende for den enkeltes livskvalitet og mulighet til å leve et selvstendig liv etter avsluttet medisinsk behandling.

Regjeringen vil sikre rehabilitering og opptrening til alle som trenger det etter sykdom eller skade. Regjeringen vil videre arbeide for at barn med funksjonshemninger eller kronisk sykdom får et godt og tverrfaglig habiliteringstilbud. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge fram en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i helse- og sosialtjenestene. Strategien skal legge grunnlaget for en tydeligere prioritering av habilitering og rehabilitering som innsatsområde for kommuner og helseforetak og sikre et bedre samarbeid mellom offentlige tjenesteytere og private leverandører av rehabiliteringstjenester. Større

geografisk likeverdighet i tilbudet av institusjonsbaserte tjenester, bedre kvalitet i tjenestene gjennom faglige krav og kunnskapsutvikling og individuell tilnærming til brukerne skal vektlegges. Brukerne skal møte tjenester som er tilgjengelige og virkningsfulle, trygge og samordnede. Gjennom et samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet om en felles innsats på rehabiliteringsfeltet for å få flere i arbeid, vil sykefraværarbeidet og St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering* bli fulgt opp.

7.2.3 Forskning og kunnskapsutvikling

Kunnskapen om sosiale forskjeller i tilgang til helsetjenester, bruk av helsetjenester og behandlingresultat er mangelfull. Mer forskning og kartlegging på området er derfor nødvendig. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det i 2005 ble brukt nesten 176 mrd. kroner på helse. Det tilsvarer en gjennomsnittlig kostnad per innbygger på 38 000 kroner. Blant de mange årsaksområder som bidrar til å skape og opprettholde sosiale helseforskjeller, representerer helsetjenestene et av områdene med mest åpenbar betydning for helse. Likevel er det trolig helsetjenesten, blant de områder denne meldingen behandler, som vi vet minst om når det gjelder sosiale helseforskjeller.

Vi mangler data om hvordan helsetjenesten fungerer for grupper med minoritetsbakgrunn. Det er satt i gang et arbeid med å utvikle indikatorer for målet om likeverdige helsetjenester til alle grupper i befolkningen uavhengig av etnisk, språklig eller religiøs tilhørighet. Det er også behov for mer kunnskap om hvordan helsetjenesten er i stand til å fange opp de spesielle helseproblemene for homofile, lesbiske og bifile. I dag er det etablert tilrettelagte helsetilbud til denne gruppen i Oslo. Aktuelle eksempler er Olafiaklinikkens rådgivningstjeneste for homofile, lesbiske og bifile og Oslo kommunes Helsestasjon for lesbisk, homofil og bifil ungdom.

De senere år har utviklingen innen medisinsk teknologi skutt fart og ført til at dødeligheten av akutt hjerteinfarkt og en rekke andre sykdommer er redusert. Bedringen av folkehelsen er nært knyttet til faktorer utenfor helsetjenesten, men i følge Nasjonalt folkehelseinstitutt er det sannsynlig at medisinsk teknologi i framtiden vil redusere dødeligheten ytterligere og føre til at helsetjenesten vil bli stadig viktigere for bedringen av folkehelsen. Det er derfor viktig at helsetjenesten ikke forsterker de sosiale forskjellene, men bidrar til sosial helseutjevning.

Regjeringen ønsker å prioritere kunnskapsbehovet på dette området høyt. Det er derfor nødvendig med en kartlegging av sosiale forskjeller i helsetjenestebruk. Dette vil danne grunnlag for videre tiltak for å redusere eventuelle sosiale forskjeller. Det vil blant annet bli utviklet indikatorer på tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester for å overvåke og påvirke utviklingen i sosiale forskjeller i tilgjengelighet.

Sosiale helseforskjeller vil være et sentralt hensyn i pågående og nye evalueringer av helsetjenester. Rusreformen er nylig evaluert. Rusreformen hadde som ett av sine hovedformål å øke tilgjengeligheten til helsetjenester for en gruppe pasienter. Det ble lagt til grunn at behandling for rusmiddelavhengige skulle være enklere tilgjengelig enn tidligere og at spesialiserte helsetjenester som er nødvendige for å redusere somatiske og psykiske plager, også skulle bli knyttet nærmere opp til tverrfaglig spesialisert behandling av misbruk og avhengighet. Evalueringen viser at flere rusmiddelavhengige har fått behandling, tjenestene innen spesialisthelsetjenesten har blitt mer samordnet og kvaliteten på tjenestene har blitt styrket. Samtidig er det fortsatt for lange ventetider på behandling, det er fortsatt behov for økt behandlingsskapitet og det er fortsatt behov for å styrke kvaliteten på tjenestene. Videre er det behov for økt samhandling innad i spesialisthelsetjenesten, dette gjelder særlig for tjenester for rusmiddelavhengige og tjenester innen psykisk helsevern. I tillegg er det fortsatt behov for å styrke samarbeidet og samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Disse forholdene vil alle være med på å bidra til at tilgjengeligheten for helsetjenester for rusmiddelavhengige blir bedre.

I en del år har mange av landets kommuner fått statlige stimuleringsmidler for etablering og drift av helsetiltak med lav terskel for rusmiddelavhengige. Dette er tiltak for å ivareta denne pasientgruppens behov for helsetjenester og bidra til at tilgjengeligheten til de øvrige helsetjenestene blir bedre. Denne tilskuddsordningen, som blir forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet, skal evalueres i løpet av 2007 og vil kunne gi verdifull kunnskap om disse tiltakene har bidratt til økt tilgjengelighet til helsetjenester for rusmiddelavhengige.

Mange av de spørsmål vi trenger svar på når det gjelder helsetjenestens betydning for sosiale helseforskjeller, vil kreve en mer langsiktig forskningsinnsats. Særlig gjelder dette spørsmål knyttet til hvilke mekanismer som bidrar til de sosiale

forskjellene i helsetjenestebruk som vi har indikasjoner på.

For å sikre likeverdige spesialisthelsetjenester vil det være viktig å styrke prioriterte satsingsområder/programplaner i regi av Norges forskningsråd, særlig program for helse- og omsorgstjenesteforskning. Det er også under etablering et nytt forskningsprogram om rus som vil være relevant for forskning på sosiale forskjeller i helsetjenestebruk. Epidemiologisk forskning i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt og universitets- og høyskolesektoren skal styrkes. For å styrke forskningen om sosiale forskjeller i spesialisthelsetjenesten, vil Helse- og omsorgsdepartementet vurdere å pålegge de regionale helseforetakene å kanalisere midler til forskning på området.

Tiltak for å styrke skolehelsetjenesten er nærmere omtalt i kapittel 4 om oppvekst, og helsetjenestetilbud med lav terskel er omtalt i kapittel 8.

Boks 7.4 Virkemidler: Helsetjenesten

Regjeringen vil:

- vurdere endringer i egenbetalingsordningene med sosial utjevning som et viktig aspekt
- videreutvikle helsetjenestetilbud med lav terskel
- utvikle indikatorer på kvalitet og prioritering i spesialisthelsetjenester som inkluderer mål på sosiale forskjeller i tilgjengelighet
- legge vekt på fordelings effekter ved innføring av nye eller endringer i eksisterende styringsmekanismer i helsesektoren både når det gjelder juridiske, finansielle, organisatoriske og pedagogiske styringsvirkemidler
- gjennomføre en kartlegging av sosiale forskjeller i helsetjenestebruk
- styrke forskningen på forhold som bidrar til sosiale forskjeller i tilgjengelighet til og kvalitet på helsetjenester
- sørge for at sosial utjevning vurderes når det foretas evalueringer av reformer i helsetjenesten
- på bakgrunn av ny kunnskap, vurdere tiltak for å redusere eventuelle sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester

Del III
Målrettet innsats for sosial inkludering

8 Målrettet innsats for sosial inkludering

«Universelle ordninger må suppleres med individuelt tilpassede tjenester og tiltak som ivaretar grupper med spesielle behov. Brukerrettede og tilpassede offentlige tjenester er nødvendig for at alle, uansett bakgrunn og forutsetninger, skal få likeverdige tjenester.»



Figur 8.1 Målrettet innsats for sosial inkludering

8.1 Mål: Bedre levekårene for de vanskeligst stilte

Mål

- Bedre levekårene for de vanskeligst stilte

Delmål

- Redusert andel voksne med svake grunnleggende ferdigheter fra skolen
- Gi flere mulighet til å komme i arbeid
- Bedret tilgjengelighet til helse- og sosialtjenester
- Avskaffe bostedsløshet
- Reduserte levekårsforskjeller mellom geografiske områder

8.2 Virkemidler

Verdens helseorganisasjon slår i rapporten *De harde fakta* fast at det å være ekskludert fra det sosiale liv og bli behandlet som mindre verdt, fører til dårligere helse og større risiko for en tidlig død. Det utgjør en helserisiko å leve i lokalsamfunn som preges av vanskelige levekår, høy arbeidsledighet og dårlige boligforhold. Arbeidsledighet og usikker tilknytning til arbeidslivet medfører i seg selv en helserisiko. Relativ fattigdom kan føre til sosial utstøting gjennom mangel på bolig, utdanning og andre faktorer som er nødvendige for fullverdig deltakelse i samfunnet. Diskriminering, stigmatisering eller arbeidsledighet kan også føre til sosial utstøting. Alt dette er forhold som hindrer deltakelse i samfunnet. Mennesker som bor eller har bodd på institusjoner, som for eksempel fengsler, barnevernsinstitusjoner og psykiatriske institusjoner, er spesielt sårbare.

Nesten halvparten av inntekten til personer med funksjons- og deltagelsesvansker kommer fra overføringer. Mange med funksjonsnedsettelse opplever diskriminering og marginalisering og er derfor sårbare for å komme inn i negative spiraler av levekårsproblemer og helseproblemer. Den passivitet og avhengighet av tjenester som preger situasjonen til mange funksjonshemmede, er langt på vei samfunnsskapt, gjennom hindringer og barrierer for selvstendighet og deltakelse.

I kunnskapsoversikten *Sosiale ulikheter i helse i Norge* som er utgitt av Sosial- og helsedirektoratet, vises det til at kunnskapen om effektive tiltak for å redusere sosiale forskjeller i helse er begrenset, men at internasjonale erfaringer viser at tiltak mot fattigdom og arbeidsledighet er viktige. Videre

vises det til at universelle velferdsordninger trolig vil ha en buffereffekt og at brede, befolkningsrettede tiltak mot sosiale forskjeller trolig bidrar til reduserte helseforskjeller og bedre folkehelse. I tillegg framheves grupperettede lavterskeltilbud av enkelte spesialisthelsetjenester, helsetjenester uten egenandeler og tverrsektorielle partnerskap mellom det offentlige og andre aktører i spesielt utsatte områder.

Offentlige goder som utdanning, helse- og sosialtjenester og barnehager har stor betydning for fordelingen av ressurser og levekår i befolkningen. Mange vanskeligstilte har i tillegg behov for mer målrettede tjenester. Universelle ordninger må suppleres med individuelt tilpassede tjenester og tiltak som ivaretar grupper med spesielle behov. Brukerrettede og tilpassede offentlige tjenester er nødvendig for at alle, uansett bakgrunn og forutsetninger, skal få likeverdige tjenester.

8.2.1 Tilknytning til arbeidsmarkedet

Tilknytning til arbeidsmarkedet er viktig for å sikre inntekt, føle seg verdsatt i samfunnet og for opplevelsen av inkludering og medvirkning. De som faller utenfor arbeidsmarkedet faller også lettere utenfor andre deler av velferdssamfunnet.

Regjeringen vil avskaffe fattigdom og redusere sosiale og økonomiske forskjeller gjennom universelle velferdsordninger, sterke fellesskapsløsninger og ved å gi alle mulighet til å delta i arbeidslivet. Regjeringens politikk for å forebygge fattigdom og hindre et samfunn med større skiller mellom de som er innenfor og de som står utenfor arbeidslivet er nedfelt i St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering* og *Handlingsplan mot fattigdom*.

I St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering* framheves bruk av velferdskontrakter som gjennomgående og systematisk prinsipp for å konkretisere gjensidige forventninger, krav og forpliktelser mellom forvaltning og bruker.

Regjeringen legger med stortingsmeldingen opp til mer bruk av arbeidsrettede tiltak og tjenester for å senke tersklene inn i arbeidslivet og heve tersklene ut av arbeidslivet, herunder tilpasse tiltak for innvandrere og personer med nedsatt funksjonsevne.

Stortingsmeldingen varsler at bruken av virkemidler skal bli mer fleksibel og samordnet og ta utgangspunkt i den enkeltes behov. Regjeringen går videre inn for at en ny tidsbegrenset inntektssikring i folketrygden skal erstatte rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad. Omleggingen skal bidra til å vri ressursbruk

fra stønadsforvaltning til aktive tiltak og oppfølging.

Strategier og tiltak i stortingsmeldingen utgjør sammen med endringen i organiseringen av arbeids- og velferdsforvaltningen en omfattende reform av politikken på arbeids- og velferdsområdet. Den nye arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) skaper en ramme for et helhetlig og samordnet tilbud til arbeidssøkere og personer som har behov for særlig tilrettelegging i arbeidslivet. NAV-reformens hovedmål om flere i arbeid og aktiv virksomhet og færre på trygd gjør de lokale NAV-kontorene til viktige arenaer i arbeidet for å forebygge fattigdom og sikre sosial inkludering. I den nye arbeids- og velferdsforvaltningen samordnes flere statlige og kommunale tjenester. Dette gir en bredde i oppgaveporteføljen som sikrer en helhetlig arbeids- og velferdspolitik og gir et bedre utgangspunkt for å yte bistand til personer i randsonen av arbeidsmarkedet. Brukerne av NAV-kontorene skal få lett tilgang til tjenester, rask og helhetlig avklaring av behov, individuell oppfølging tilpasset den enkeltes behov og samordnede tjenester.

Regjeringens *Handlingsplan mot fattigdom* er innrettet mot å bedre livsbetingelsene og mulighetene for den delen av befolkningen som har de laveste inntektene og de dårligste levekårene. Tiltakene i 2007 er innrettet mot at alle skal gis muligheter til å komme i arbeid, at alle barn og unge skal kunne delta og utvikle seg og å bedre levekårene for de vanskeligst stilte.

Mange av de vanskeligst stilte har behov for økt kompetanse, kvalifisering og helse- og rehabiliteringstjenester før de kan delta i lønnet arbeid eller arbeidsforberedende tiltak. I 2006 ble satsingen på målrettede arbeidsmarkedstiltak for langtidsmottakere av sosialhjelp, ungdom og enslige forsørgere som har sosialhjelp som hovedinntekt og innvandrere med behov for bistand for å komme i arbeid, gjort landsomfattende. Tiltakene gjennomføres i nært samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og sosialtjenesten i kommunene. Målet er at deltakerne skal få bedre tilknytning til arbeidsmarkedet gjennom integrert bistand fra tjenesteyterne, god veiledning og arbeidsmarkedstiltak basert på individuelle behov. Satsingen styrkes i 2007.

Som et ledd i St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering* og *Handlingsplan mot fattigdom* foreslås det etablert et kvalifiseringsprogram med rett til kvalifiseringsstønad for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og med ingen eller svært begrensede ytelser til livsopphold i folketrygden. Kvalifiseringsprogrammet og

kvalifiseringsstønaden skal særlig bedre mulighetene for de som har økonomisk sosialhjelp som hovedinntektskilde over lengre tid. Formålet er å bidra til at flere i målgruppen kommer i arbeid. Tilbudet er ment for personer som vurderes å ha en mulighet for å komme i arbeid gjennom tettere og mer forpliktende bistand og oppfølging.

Økonomisk sosialhjelp vil fortsatt være et nedre sikkerhetsnett knyttet til uforutsette høye utgifter, kortvarige og akutte hjelpebehov og i spesielle overgangsfaser. Regjeringen har hevet satsnivået i de statlige veiledende retningslinjene for utmåling av stønad til livsopphold for å bedre den økonomiske situasjonen og levekårene til personer som har behov for sosialhjelp i en forbigående vanskelig situasjon.

Ett av satsingsområdene i *Opptrappingsplan for psykisk helse* (1999–2008) er å styrke tilgjengeligheten til arbeid og arbeidsmarkedstiltak gjennom målrettede tiltak for mennesker med psykiske lidelser. Sosial- og helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet samarbeider om en strategi for arbeid og psykisk helse. Formålet med strategien er at mennesker med psykiske lidelser skal få bedre mulighet til å utnytte egen arbeidsevne. Videre skal opptrappingsplanen på rusfeltet bidra til at flere rusmiddelavhengige blir sosialt og yrkesmessig rehabilitert gjennom å styrke og samordne behandlings- og rehabiliteringstiltakene på rusfeltet bedre.

Erfaringene fra Kompetansereformen viser at de som har dårligst ferdigheter og minst utdanning fra før, er de som i minst grad har fått nytte godt av reformen. I St.meld. nr. 16 (2006–2007) ... *og ingen sto igjen – tidlig innsats for livslang læring* legges det derfor opp til en endring i opplæringsloven slik at voksne som har fylt 25 år og ikke har fullført videregående opplæring, får rett til slik opplæring. Regjeringen har også satt i verk tiltak for å styrke og utvide program for basiskompetanse i arbeidslivet og tiltak for å styrke opplæringen innenfor kriminalomsorgen. For innsatte i fengsler kan en godt tilrettelagt opplæring ha stor betydning for en vellykket rehabilitering. Regjeringen har derfor lagt til rette for en styrking av opplæringen av innsatte.

8.2.2 Helse- og sosialtjenester

Helsetjenesten skal tilby helse- og omsorgstjenester av god kvalitet til alle. Målet er et likeverdig tilbud uavhengig av bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. For personer med omfattende rusmiddelproblemer, innsatte i fengsler, kvinner og barn som har vært utsatt for vold i nære relasjoner og trau-

matiserte flyktninger og asylsøkere, vil det være behov for tilrettelagte tilbud.

Gjennom NAV-reformen skal mennesker som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet og mottar offentlig stønader på grunn av sykdom, arbeidsledighet eller sosiale problemer, få et samordnet tjenestetilbud.

Personer med rusmiddelproblemer

Rusmiddelavhengige har et dokumentert underforbruk av helsetjenester, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I de senere årene er det gjort omfattende endringer i ansvarsforholdene for helsetjenestene overfor rusmiddelavhengige. Ved rusreformen i 2004 overtok de regionale helseforetakene det fylkeskommunale ansvaret for spesialiserte tjenester overfor rusmiddelavhengige. Inkludert i dette er også legemiddelassistert rehabilitering. Videre er det iverksatt gatenære helsetilbud for å bedre forholdene for tungt belastede rusmiddelavhengige, blant annet tannhelsetilbud og forsøk med gatehospital og sprøyterom.

Regjeringen vil i regi av opptrappingsplanen for rusfeltet samordne og forsterke tilbudet til personer med rusmiddelproblemer. Virkemidlene omfatter blant annet forskning, kompetanse- og kvalitetshevingstiltak for å styrke tjenestetilbudet i kommuner og spesialisthelsetjenesten, øke tilgjengeligheten til tjenestene, og styrke samhandling, brukermedvirkning og tilbud til pårørende.

Det skal gjennomføres tiltak for å utvikle en mer kunnskapsbasert tjeneste. Det er i denne sammenhengen nødvendig med en sterkere kobling mellom forskning og praksis. Fire høgskole- og universitetssosialkontor er under etablering for å styrke forskningen om fag og metode i sosialtjenesten og for å få til en sterkere kobling til praksis. Videre skal det etableres et forskningsprogram i regi av Norges forskningsråd og et rusmiddel-forskningscenter ved et av universitetene. Sosial- og helsedirektoratet skal i samarbeid med KS gjennomføre prosjekter for å belyse om organiseringen av sosialtjenesteoppgaver kan ha betydning for kvalitet og tilgjengelighet.

Kompetansen til sosial- og helsepersonell på rusproblematikk og på sammenhengen mellom rus, psykiske lidelser og sosiale vansker, skal styrkes. Økt kompetanse er nødvendig for å sette tjenesteytere bedre i stand til å fange opp rusmiddelproblemer så tidlig som mulig, og for å kunne gi en oppfølging som er mer tilpasset den enkeltes behov. Sentrale helsemyndigheter skal bidra til kompetanseheving gjennom utvikling av kartleg-

gingsverktøy og veiledere. I tillegg til å styrke forskningen, skal det etableres en videreutdanning i rusproblematikk ved høgskolene for sosial og helsepersonell, og kurs i rusmedisin for leger og psykologer skal styrkes. Husbanken har en stipendordning for videreutdanning i boligsosialt arbeid som skal videreføres.

Siden rusmiddelavhengige ofte både har store helseproblemer og sosiale problemer, er individuell plan et viktig virkemiddel for å sikre et helhetlig tjenestetilbud. Tjenestene skal legge til rette for brukermedvirkning i hele planprosessen. For å øke bruken av individuell plan, vil sentrale helsemyndigheter legge mer vekt på opplæring og bistand i å utarbeide slike planer. Sosial- og helsedirektoratet, Fylkesmannen og de regionale helseforetakene har oppgaver knyttet til opplæring og utvikling av materiell.

Målsettingen for lavterskeltilbudene innen de kommunale sosial- og helsetjenestene er å bedre livssituasjon, herunder redusere helseproblemer, redusere overdoser og legge forholdene til rette for at den enkelte skal få et verdig liv. Rusmiddelavhengige har ofte store helseproblemer og en livssituasjon som kan gjøre det vanskelig å benytte ordinære helsetjenester. Foreløpige rapporter tyder på at tilbudet når fram til målgruppen, at helsetilstanden bedres og at tilbudene kan ha bidratt til nedgang i antall overdoser. Helsetilbudene er viktige for å forebygge spredning av hepatitt og hiv. Det ser videre ut til at bruk av slike tilbud bidrar til økt bruk av ordinære helsetjenester. Rusmiddelavhengige har også problemer med å benytte ordinære tannhelsetjenester både på grunn av dårlig økonomi og andre forhold knyttet til livssituasjonen. Det er derfor opprettet en særskilt finansiering av tannhelsetiltak for rusmiddelavhengige som får behandling i spesialisthelsetjenesten eller som

Boks 8.1 Gatehospitalet

Gatehospitalet ble etablert i januar 2005 av Frelsesarmeen på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er et treårig prosjekt som er fullfinansiert av staten.

Gatehospitalet består av en sengepost med 10 senger og noen kriseplasser. Det er et tilbud til rusmiddelavhengige som ikke har behov for ordinær sykehusinnleggelse, men som bør få omsorg og medisinsk døgnpåse ved langvarig sykdom. Gatehospitalet samarbeider med sosial- og helsetjenesten og sykehus i Oslo.

mottar kommunale tjenester. Det er lagt til rette for at tilbudene også skal inkludere tannbehandling. Regjeringen vil i løpet av 2007 sette i verk en evaluering som skal danne grunnlag for å videreutvikle tiltakene.

Innsatte i fengsler

Innsatte i fengsel har langt høyere problembelastninger enn normalbefolkningen. Mange har omfattende stoffproblemer, psykiske lidelser, lite utdanning, svak tilknytning til arbeidsmarkedet, er bostedsløse, og mange har hatt betydelige oppvekstproblemer. Disse levekårsproblemene er sannsynligvis både en årsak til og en konsekvens av kriminalitet og rusmiddelmissbruk. Det er derfor et stort behov for å bedre de generelle levekårene blant innsatte. Halvparten av alle innsatte har barn, og familiene vil ofte ha behov for hjelp til å bli sosialt inkludert.

Innsatte og domfelte har de samme rettigheter til tjenester som befolkningen for øvrig. Mennesker med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Denne retten er hjemlet blant annet i pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Primærhelsetjenesten til innsatte leveres av den kommunen hvor fengselet er lokalisert, jf. lov om helsetjenesten i kommunene § 1–3. Spesialisthelsetjenester leveres i utgangspunktet av det helseforetaket hvor den innsatte er folkeregisterført. Ansvaret for sosiale tjenester og øvrige kommunale arbeids- og velferdstjenester er hos oppholdskommunen før innsettelse. Sosialtjenesten er særlig viktig når løslatelsen skal planlegges. Realiteten er at svært mange innsatte fortsatt løslates uten bolig, arbeid, opplæringsmuligheter og behandlingskontakt å gå til, og faller tilbake til rusmiddelmissbruk og kriminalitet. Det er ofte stor geografisk avstand mellom fengselet den innsatte er plassert i og hjemkommunen. Det er derfor praktisk vanskelig å få til et nært samarbeid mellom innsatte og ansvarlige tjenesteytere. Verktøyet individuell plan blir derfor viktig for å sørge for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Regjeringen vil sette i gang en prosess for å vurdere hvordan tjenestene overfor innsatte i fengsler kan koordineres bedre, blant annet med individuell plan som verktøy.

For å bidra til gode samarbeidsløsninger og felles planer regionalt og lokalt har Justis- og politidepartementet og KS inngått en avtale om samarbeid mellom fengsel og kommune om bosetting. Det er utarbeidet et rundskriv som tydeliggjør ansvar,

oppgaver og koordinering mellom kommunene, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen når det gjelder innsatte og domfelte rusmiddelavhengige, for å styrke samarbeidet og sikre kontinuitet i tiltakene (Rundskriv G8/2006).

Regjeringen vil gjennom opptrappingsplanen på rusområdet legge til rette for at flere innsatte med rusmiddelproblemer skal få mulighet til bedre rehabilitering og behandling under fengselsoppholdet. Det er et mål å øke antall soningsdøgn i institusjon, det vil si i behandlings- eller omsorgsinstitusjon eller i andre kommunale tiltak for innsatte med rusmiddelproblemer. I dag er det etablert enheter i fengslene i Oslo, Bergen og Trondheim som gir innsatte med rusmiddelproblemer mulighet til alternativ soning. Enhetene tilbyr rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer mens de sitter i fengsel. I tillegg driver disse enhetene miljøarbeid og samarbeider med sosialtjenesten om individuell plan for innsatte som har behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Basert på erfaringene fra disse enhetene skal det etableres tre nye rusmestringsenheter i 2007.

Det pågår en treårig prøveordning med Narkotikaprogram med domstolskontroll i Oslo og Bergen for å tilby alternativ til soning for domfelte med rusmiddelproblemer. Deltakerne får tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten som ledd i et aktivt rehabiliteringsopplegg. Gjennom prøveordningen utvikles modeller for tverretattlig samarbeid mellom kriminalomsorgen og de deltakende helseforetak og kommuner. Forsøket skal evalueres. Regjeringen ønsker å øke bruken av straffegjennomføring i behandlings- eller omsorgsinstitusjon (§ 12-soning). Justis- og politidepartementet sendte høsten 2006 et forslag om *Rask reaksjon, tiltak mot soningskø og for bedre innhold i soningen* på høring. Forslag om økning i antall § 12-døgn inngår i dette høringsforslaget.

Personer med langvarige psykiske lidelser

Det er mange personer med langvarige psykiske lidelser som er sosialhjelpsmottakere og som sliter med sosial ekskludering. Opptrappingsplanen for psykisk helse har som et av sine hovedmål å utvikle et tjenestetilbud som er innrettet på en slik måte at det fremmer den enkeltes muligheter til sosial inkludering gjennom egen bolig, arbeid og deltakelse i fritidstilbud.

Målrettet arbeid med å redusere samfunnets stigmatisering av psykisk syke er også en viktig del av planen. Indirekte skjer dette gjennom utvikling av psykisk sykes muligheter til å få egen bolig og delta på arenaer i samfunnet og i frivillig sektor, for

eksempel gjennom brukerorganisasjoner for psykisk syke. Innen utgangen av 2007 vil det være Ferdigstilt 3400 boliger som er bemannet med personell med kompetanse på psykisk helsearbeid. Det er i samarbeid med frivillige organisasjoner opprettet dag- og aktivitetstilbud i mange kommuner. I tillegg gjennomføres en informasjonssatsing rettet mot barn og unge for å øke kunnskap om psykisk helse og forebygge stigmatisering.

Ofre for vold i nære relasjoner og traumatiserte flyktninger og asylsøkere

Det er satt i verk en rekke tiltak for å styrke tjenesteapparatets kompetanse på seksuelt og fysisk misbrukte barn og kvinner, barn utsatt for vold i nære relasjoner, og traumatiserte flyktninger og asylsøkere. I 2004 ble Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) etablert, og i 2006 var fem regionale ressursentre om vold, traumer og selvmord under etablering. Både det nasjonale og de regionale sentrene er viktige for å styrke kompetansen i blant annet helse- og sosialtjenestene, barnevernet og politi. NKVTS har på oppdrag fra statlige myndigheter satt i gang et arbeid med å styrke kunnskapen i grunn- og videreutdanningene. Det bevilges særskilte stimuleringstilskudd til styrking av helsetilbudet til personer som utsettes for seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner. Det er et mål å ha minimum en til to legevakter i hvert fylke som har en slik funksjon.

Viktige strategier for å forebygge vold i nære relasjoner er blant annet tidlig intervensjon fra politi og hjelpeapparat og styrking av behandlingstilbudet til voldsutøvere. Tiltak for å ivareta voldsutsatte kvinner og barn er omtalt i *Handlingsplan mot vold i nære relasjoner* og *Strategi mot fysiske og psykiske overgrep mot barn*.

Mer generelle virkemidler for å redusere sosiale forskjeller i tilgjengelighet til helsetjenester er omtalt i kapittel 7 om helsetjenesten.

8.2.3 Boligpolitikk

Det er et overordnet mål i boligpolitikken at alle skal kunne bo trygt og godt. Bolig utgjør sammen med arbeid, helse og utdanning sentrale elementer i velferdssamfunnet. En god bolig er grunnlaget for en anstendig tilværelse, og vil ofte være avgjørende for innbyggernes helse og deltakelse i arbeidslivet. For barn, eldre, personer med nedsatt funksjonsevne eller svak helse og personer med svak eller ingen tilknytning til arbeidslivet, er boligen særlig viktig.

De boligpolitiske virkemidlene har bidratt til at boligfordelingen i Norge er bedre enn inntektsfordelingen alene skulle tilsi. I boligpolitikken er statens hovedoppgave å fastsette boligpolitiske mål og legge til rette for gjennomføring på lokalt nivå. Staten skal sørge for gode og hensiktsmessige økonomiske og juridiske rammevilkår, og bidra med tiltak for å heve kompetansen. Kommunene har et lovpålagt ansvar for å skaffe boliger til de som ikke klarer å skaffe seg bolig selv, eller som er i en akutt krisesituasjon. Kommunene skal legge til rette for boligbygging og utnytte tilbudet fra Husbanken til de som er vanskeligstilte på boligmarkedet.

Norske boliger er jevnt over av god kvalitet. Dette er resultatet av en bevisst boligpolitikk gjennom mange år som har vært basert på at også de med lave inntekter skal kunne bo godt. Enkelte grupper har imidlertid dårlige boforhold. Det gjelder særlig de som kan karakteriseres som bostedsløse.

En kartlegging fra 2005 viser at det er 5500 bostedsløse her i landet. Blant disse er det svært mange som har andre problemer i tillegg til at de mangler bolig, for eksempel rusproblemer og psykiske lidelser. Verdens helseorganisasjon understreker at hjemløshet innebærer en spesiell risiko for helsen. Mennesker som bor på gaten har svært høy hyppighet av for tidlig død. 15 prosent av de bostedsløse i Norge har fysiske sykdommer eller funksjonshemminger. Denne andelen har vært uforandret siden 2003. Bostedsløse over 65 år har i større grad fysiske helseproblemer enn de andre bostedsløse. Tre fjerdedeler av de bostedsløse har enten psykisk sykdom eller er rusavhengige eller begge deler. Andelen rusmiddelavhengige har gått ned fra 71 prosent i 2003 til 60 prosent i 2005. Andelen med psykisk sykdom har økt siden 1996 og var i 2005 på 38 prosent. Det er grunn til å anta at fysisk sykdom og muligens også funksjonshemminger er underrapportert blant bostedsløse.

Regjeringen vil forsterke innsatsen for de bostedsløse gjennom strategien *På vei til egen bolig* og har som mål å avskaffe bostedsløshet. Varig bolig skal tilbys framfor bruk av hospits og andre midlertidige botilbud. Tilbudene skal i større grad tilpasses individuelle forutsetninger, og det skal legges til rette for godt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, barneverntjenesten og kriminalomsorgen.

Regjeringen vil i arbeidet for å sikre bolig til bostedsløse legge til grunn at alle har boevne, og at oppfølgingstilbudet må stå i forhold til den enkeltes utfordringer og ressurser. Det er store forskjeller med hensyn til hvordan den enkelte mestrer å

bo i egen bolig og hva som må til av oppfølgingstjenester. Det er nødvendig å anerkjenne at det å bo i egen bolig ikke bare er et gode, men at det også innebærer en utfordring for eksempel i form av ensomhet. Utforming av boligløsninger og oppfølgingsbehov må ta utgangspunkt i dette. Forskere har også pekt på at hjelpen heller ikke må trappes ned for tidlig. Det er gjerne når den enkelte ser ut til å klare seg bra og har tilegnet seg nødvendig boevne, at behovet for hjelp og støtte er størst.

8.2.4 Frivillige organisasjoner

Frivillige organisasjoner er sosiale møteplasser som gjør det mulig å dyrke felles interesser på tvers av sosiale skillelinjer. Deltakelse i frivillige organisasjoner bidrar til sosial inkludering fordi det gir mulighet for å utvikle vennskap og bli inkludert i et større interessefelleskap. Sosial inkludering handler om at enkeltindividet blir knyttet til samfunnslivet gjennom deltakelse på ulike arenaer. Frivillige organisasjoner er arenaer som gir mulighet for tilknytning til sosiale nettverk utenfor egen privatsfære.

Frivillige organisasjoner kan bidra til alternativ identitetstilhørighet og sosial inkludering av grupper som faller utenfor ordinære samfunnsfunksjoner som utdanning og arbeid. Aktuelle eksempler er ordninger med nettverkskontakter og frivillighetssentraler. Likemannsarbeid i regi av frivillige organisasjoner kan oppleves som mer jevnbyrdig enn offentlige tilbud.

I tillegg til egenverdien ved deltakelse i frivillige organisasjoner, bidrar frivillig sektor til velferdsproduksjon. Frivillige organisasjoner kan supplere offentlig innsats på følgende måter:

- Bidra til å fange opp og sette på dagsorden nye behov som bør følges opp med tilbud fra det offentlige
- Påvirke arbeidet med å videreutvikle velferdsstaten gjennom å kritisere offentlige myndigheter
- Utløse ressurser og tilby tjenester som utfyller offentlige tilbud

Regjeringen vil videreutvikle det nære samarbeidet med frivillige og ideelle organisasjoner. Materieell trygghet er viktig, men ikke nok for å gi gode og meningsfulle liv. Regjeringen vil bidra til omsorg og trygghet for alle, både gjennom gode offentlige velferdstjenester og gjennom å støtte og tilrettelegge for frivillig engasjement og utviklingen av et levende sivil samfunn.

Boks 8.2 Eksempel på likemannsarbeid: WayBack Livet etter soning

WayBack er en stiftelse med tidligere straffedømte som hjelper seg selv og andre til et liv uten kriminalitet og rus. Flertallet i styret skal til enhver tid være tidligere straffedømte. Styret vet derfor ut fra egne erfaringer hva som må til for den som har valgt å starte på nytt. I WayBack er det mennesker som stiller opp for hverandre 24 timer i døgnet.

Wayback beskriver virkeligheten slik: De som har kommet ut av fengselet, med nytt håp og gode intensjoner, opplever ensomhet, tomhet og frustrasjon. Hjelp fra det offentlige krever energi, overskudd og kjennskap til regler, lover og veier å gå. Uansett hvor man kommer, er man merket med stempel – tidligere innsatt og/eller rusmisbruker – en status som også medfører at man er upålitelig og tvilsom. Dette gjør det vanskelig, om ikke umulig, å få jobb. «Tak over hodet» betyr ofte et rom på hospits med kriminelle og rusmisbrukere som nærmeste naboer. Mer enn en tredjedel er uten fast bopel. Mange har gode intensjoner for en ny start, men få blir møtt med tillit. Få forstår hvor overveldende overgangen er. Offentlige støttepersoners ressurser, tid og innsikt er begrenset. Også etter kl 16.00 kan ensomhet og rustring oppstå for den som føler seg liten og ubetydelig i samfunnet.

Wayback skal arbeide for at tidligere straffedømte kan leve et liv uten rusmisbruk og kriminalitet, lettere integreres i samfunn og arbeidsliv gjennom aktiv kameratstøtte, bli ansvarsfulle samfunnsborgere, og for at tidligere straffedømte får arbeid og bolig, meningsfylt fritid og sosial fellesskap i rusfrie omgivelser.

Wayback gjennomfører besøk i fengsler og tilbyr samtaler om bolig, skole og arbeid. Det opprettes ansvarsgrupper omkring den enkelte innsatte. Det som kreves av de innsatte som går inn i samarbeidet, er at de ønsker å leve et liv uten kriminalitet og rus og at de bidrar positivt i likemannsarbeidet i Wayback.

8.2.5 Utsatte geografiske områder

Geografiske forskjeller i helse er i stor grad sammenfallende med geografiske forskjeller i levekår. I arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller er en geografisk tilnærming til tiltaksutforming viktig blant annet fordi den muliggjør målretting av tiltak uten å stigmatisere. Når vi retter tiltak inn mot områder som har store helse- og levekårsproblemer, har vi også større mulighet for å evaluere effekten av tiltakene. Tilnærmingen kan også bidra til at tiltakene som iverksettes når riktig målgruppe. Oslo er et klart eksempel på sammenhengen mellom sosiale forskjeller i helse og geografi. Forskjellene i gjennomsnittlig forventet levealder mellom bydeler er opp til drøyt 12 år.

Det er ikke bare levekår og helse som er geografisk skjevt fordelt. Negative miljøfaktorer har også en tendens til å klumpe seg sammen i enkelte områder. Dersom vi rangerer områder i kommunene etter bomiljøkvalitet, vil en i de fleste kommuner se klare forskjeller. I enkelte kommuner, spesielt bykommuner, er de sosiale forskjellene betydelige. Forskjellene i helsetilstand og bomiljøkvalitet er i stor grad sammenfallende og sosialt betinget: grupper som kommer dårlig ut på enkelte indikatorer, kommer også dårlig ut på andre. Miljøbelastede områder i byer er ofte også områder der det bor mange personer som mottar sosialhjelp, trygdeytelser med videre. Eiendomspriser reflekterer bomiljøkvalitet, og er med på å føre høyinntektsgrupper til områder med bra bomiljøkvalitet og lavinntektsgrupper til områder med dårlig bomiljøkvalitet. Slike mekanismer fører til at vi får en geografisk opphopning av sårbare grupper, og dette kan være med på å forsterke de sosiale helseforskjellene.

Kommunene har virkemidler for å motvirke at utsatte områder blir tillagt ytterligere negative miljøfaktorer, blant annet plan- og bygningsloven. Gjennom en bevisst lokalisering av boliger og næringsliv, kan en unngå økt trafikkbelastning og forurensende og støyende industri. Videre kan det iverksettes tiltak for å forbedre miljøforholdene, for eksempel ved å sikre at grønne lunger, parker og plasser ikke forsvinner eller anlegge nye grøntområder. Kommunene kan i samarbeid med vegmyndighetene regulere trafikken og skjerme områder som er særlig utsatt.

Kommunene kan også forbedre tjenestetilbudet og iverksette sosiale tiltak i slike områder. En forutsetning for å få dette til er at kommunene har gode verktøy til å vurdere kommunens bomiljøkvalitet på et hensiktsmessig geografisk nivå. Den tilnærmingen som ligger til grunn for ordningen

Boks 8.3 Stavangerstatistikken

Stavangerstatistikken er et verktøy for å kartlegge levekår på lavt geografisk nivå for å avdekke opphopning av levekårsproblemer. Det vil ofte være behov for en mer finmasket inndeling enn bydel for å få fram slike opphopninger. Levekårssonene gjør det mulig å studere utviklingen av levekår i små geografiske områder over tid.

Stavanger har definert levekårssoner med rundt 1500 innbyggere. Det er lagt vekt på at sonene bør ha mest mulig homogen bebyggelsestype og bomiljø. I Stavanger er levekårssonene utformet i samarbeid med fagpersoner i skole-, fritids-, helse- og sosialsektorene i bydelene. Statistikken består av 16 indikatorer som gir informasjon om sentrale aspekter ved befolkningens levekår.

Det blir laget en levekårsundersøkelse hvert annet år. Undersøkelsene gir et detaljert bilde av levekårsforskjellene i kommunen, og er et viktig grunnlag for diskusjon og refleksjon i planleggingsprosesser. Levekårsundersøkelsen brukes ved tildeling av driftsmidler til sektorene. Ekstra ressurser til virksomheter som betjener områder med levekårsproblemer eller til infrastruktur i slike områder åpner for at områdene etter hvert kan fremstå som attraktive for alle lag av befolkningen. Gjennom påvirkning av omfattende flytteaktivitet kan kommunen ved arealplanlegging og boligpolitikk bidra til reduserte sosiale forskjeller mellom geografiske områder.

med stimuleringsmidler til regionale og lokale partnerskap for folkehelse, er også et godt utgangspunkt for å sette i verk tiltak rettet mot spesielt utsatte områder. I større byer kan partnerskapene etablere egne innsatssoner for folkehelse, ikke ulikt slik de arbeider i Storbritannia, se vedlegg I. Verktøy for å vurdere bomiljøkvalitet og ordningen med partnerskap for folkehelse er nærmere omtalt i kapittel 10.

Regjeringen vil i den varslede hovedstadsmeldingen omtale statlige virkemidler for å bekjempe de økte sosiale forskjellene i Oslo-regionen. Regjeringen er opptatt av å bekjempe fattigdom, bostedsløshet, arbeidsledighet, frafall fra videregående

Boks 8.4 MoRo-prosjektet

MoRo-prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom bydel Romsås, Norges idrettshøgskole, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Aker sykehus. Det ble igangsatt på bakgrunn av de spesielle helseutfordringene i bydelen, blant annet høy forekomst av diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom. Hovedmålet var å fremme fysisk aktivitet i bydelen, både i bydelens befolkning generelt og i grupper med særlig stor sykdomsrisiko.

Tiltakene ble kombinert med systematisk evaluering av effekt. Romsås ble sammenlignet med en bydel med en lignende befolkning. Det ble gjennomført to helseundersøkelser i bydelene, en før og en etter at tiltakene ble gjennomført. Evalueringen viste at det lyktes å redusere andelen fysisk inaktive med om lag 25 prosent, vektøkningen var mindre enn i nabobydelen og flere sluttet å røyke. Tiltakene hadde god effekt uavhengig av utdanning, inntekt og nasjonalitet.

skole og sosial utstøting. Satsingen på Groruddalen er et eksempel på et statlig og kommunalt samarbeid rettet mot et geografisk område der en samtidig har spesielle helse- og levekårsproblemer.

Det er kommunen som har hovedansvaret, men regjeringen ønsker å bidra til å hindre utviklingen mot en delt by med dårlige levekår, miljøproblemer og konsentrasjon av innvandergrupper i bestemte strøk. Hovedstadspolitikken vil bygge på regjeringens politikk for inkludering og integrering, barnehageløftet og kunnskapsløftet. Et annet eksempel på en satsing rettet mot et avgrenset geografisk område er *Handlingsprogram Oslo indre øst* som ble avsluttet i 2006. Erfaringene fra handlingsprogrammet og forslag til videre oppfølging vil bli omtalt i hovedstadsmeldingen. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge mer vekt på virkemidler for å redusere sosiale helseforskjeller i denne typen satsinger. Satsinger som er rettet mot geografiske områder kan også være en viktig kanal for tiltak rettet mot sosiale grupper med høy risiko for helseproblemer.

For å styrke kunnskapen om effekten av tiltak for å redusere sosiale forskjeller i helse, er det viktig å evaluere hvilken effekt forebyggende tiltak har på slike helseforskjeller. I mange tilfeller vil det være mulig å gjennomføre tiltak som prøveprosjekter i avgrensede områder og sammenligne med kontrollområder. Et aktuelt eksempel er MoRo-prosjektet som ble gjennomført i Romsås bydel i Oslo.

Boks 8.5 Virkemidler: Målrettet innsats for sosial inkludering

Regjeringen vil:

- flytte oppmerksomheten fra passiv inntektssikring til aktive tiltak og tjenester basert på individuelle behov for alle som har midlertidig inntektssikring fra det offentlige, jf. St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering* og *Handlingsplan mot fattigdom*
- systematisk og strukturert følge opp de som mangler eller har mangelfull arbeids erfaring fra tidligere med tiltak, tjenester og inntektssikring, jf. St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering* og *Handlingsplan mot fattigdom*
- etablere et tilbud om et kvalifiseringsprogram med en standardisert kvalifiseringsstønad og iverksette andre tiltak for at alle skal gis muligheter til å komme i arbeid, jf. St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering* og *Handlingsplan mot fattigdom*
- styrke voksnes muligheter til å tilegne seg grunnleggende ferdigheter og til å delta i grunnopplæring, jf. St.meld. nr. 16 (2006–2007) ... og ingen sto igjen – *Tidlig innsats for livslang læring*
- evaluere og videreutvikle helsetjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer og andre grupper med behov for tilpassede tjenester
- sette i verk tiltak for å bedre samhandlingen mellom tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og psykisk helsevern for å sikre pasientene helhetlig behandling
- forsterke innsatsen mot bostedsløshet, jf. *Handlingsplan mot fattigdom* og strategien *På vei til egen bolig*
- stimulere til økt deltakelse blant grupper som er underrepresenterte i frivillige organisasjoner
- i den varslede hovedstadsmeldingen gi en bred gjennomgang av tiltak for å redusere de sosiale forskjellene i Oslo-regionen
- stimulere til gjennomføring av tiltak for å redusere sosiale forskjeller i helse i spesielt utsatte områder

Del IV

Utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy

9 Årlig rapportering

«Sosiale helseforskjeller henger nøye sammen med sosiale forskjeller på mange samfunnsområder. Det er derfor et mål å sikre at arbeidet for å redusere de sosiale helseforskjellene følges opp i alle sektorer.»



Figur 9.1 Utvikle kunnskap og sektorovergrepene verktøy

9.1 Mål: Systematisk oversikt over utviklingen

Mål

- Systematisk oversikt over utviklingen av arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller

9.2 Virkemidler

9.2.1 Rapporteringssystem

Regjeringen vil følge utviklingen på de fire innsatsområdene i denne stortingsmeldingen gjennom etablering av et rapporteringssystem som skal gi systematisk og jevnlig oppdatert oversikt over utviklingen av arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. Rapporteringssystemet skal ta utgangspunkt i de målene og delmålene som er beskrevet i de enkelte kapitlene i denne meldingen. Til hver målformulering skal det utvikles en eller flere indikatorer som gjør det mulig å følge utviklingen over tid.

Sosial- og helsedirektoratet skal ha ansvaret for å koordinere utviklingen av indikatorene. Arbeidet skal skje i nært samarbeid med aktuelle fagdirektorer og fagmiljøer. Indikatorene må velges ut på bakgrunn av felles vurderinger om blant annet hvilke data som foreligger og hva slags indikatorer som er egnet til å gjenspeile utviklingen i sosiale forskjeller på området. Indikatorene skal i hovedsak bygge på eksisterende datakilder.

Det er viktig at de uttrykkene for sosial posisjon som legges til grunn på de ulike målområdene, sees i sammenheng med hverandre, og med den rapportering av utviklingen i helseutfall som Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for, jf. kapittel 11. Det vil ofte være hensiktsmessig å bruke ulike uttrykk for sosial posisjon på forskjel-

lige målområder, men det bør være en målsetning at minst én av de tre kjerneindikatorerne (utdanning, yrke eller inntekt) benyttes i de fleste sammenhenger.

Sosial- og helsedirektoratet skal gi ut en årlig rapport basert på rapporteringssystemet. Rapporten må kunne brukes som grunnlag for årlig rapportering i budsjettene. De årlige rapportene skal inneholde en omtale av sentrale tiltak og strategier på nasjonalt nivå, som kan sees i sammenheng med målene for å utjevne sosiale helseforskjeller, og kommentere utviklingen på de aktuelle indikatorene. Rapporten skal utformes i nært samarbeid med aktuelle fagmiljøer.

Det legges opp til en samlet rapportering i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon. Det skal etableres et interdepartementalt samarbeid om utvikling av indikatorer og utforming av budsjettomtale.

I tillegg skal Nasjonalt folkehelseinstitutt jevnlig utgi rapporter om utviklingen i sosiale forskjeller i helseutfall (dødelighet og sykелighet). Dette er nærmere omtalt i kapittel 11 Kunnskapsutvikling.

Boks 9.1 Virkemidler: Rapporteringssystem

Regjeringen vil:

- etablere et rapporteringssystem for å følge utviklingen i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller
- rapportere om utviklingen i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller i Helse- og omsorgsdepartementets årlige budsjettproposisjoner

10 Sektorovergripende verktøy

10.1 Mål: Alle samfunnssektorer tar ansvar

Mål

- Hensynet til helse og utjevning av sosiale forskjeller i helse skal i større grad ivaretas i alle samfunnssektorer.

10.2 Virkemidler

Det er behov for bevisstgjøring og større oppmerksomhet i alle sektorer og på alle forvaltningsnivåer når det gjelder sosiale fordelingsvirkninger av samfunnsprosesser, strategier og tiltak. Sosiale forskjeller i levekår og velferdsordninger kan samlet sett ha en betydelig innvirkning på de sosiale forskjellene i helse. Slik vi på mange måter har oversett sosiale forskjeller i helse, overser vi kanskje systematiske forskjeller innen andre grunnleggende velferdsområder.

Det er derfor nødvendig å synliggjøre hvordan politikk på alle samfunnsområder har konsekvenser for sosiale forskjeller i helse. Slike sektorovergripende utfordringer krever sektorovergripende verktøy. Helsekonsekvensutredninger er ett slikt verktøy som kan benyttes både nasjonalt, regionalt og lokalt. En helsekonsekvensutredning er en systematisk vurdering av hvordan en beslutning kan virke inn på helse og fordeling av helse i befolkningen. Konsekvensutredninger gjør ikke årsakssammenhengene enklere, men verktøyet bidrar til å få fram kunnskapen på en mer systematisk måte. Konsekvensutredninger er et hjelpemiddel for å stille de spørsmålene som er nødvendig for å vurdere hvordan et tiltak slår ut. Dette vil gi et bedre beslutningsgrunnlag og kan være bevisstgjørende i politikk- og strategiutforming. Det betyr ikke at andre sektorer må vurdere de helsemessige konsekvensene av alle tiltak. I mange tilfeller vil det være tilstrekkelig å vurdere fordelingseffekter fordi vi vet at sosiale forskjeller i fordeling av faktorer som påvirker helse er med på å skape sosiale forskjeller i helse.

Regionalt og lokalt er kommunenes samfunns- og arealplanlegging et nyttig sektorovergripende

verktøy. Formålet med planlegging etter plan- og bygningsloven er å samordne den fysiske, økonomiske, sosiale, estetiske og kulturelle utviklingen i kommunen. Kommuneplanarbeidet er en hovedarena for prioritering i kommunene og omfatter både utviklingen i kommunene som helhet, og i den enkelte sektor og virksomhet. Kommuneplanens samfunnsdel angir mål for den langsiktige utviklingen i kommunen og danner dermed rammen for den enkelte sektors virksomhet. Dersom det for eksempel settes mål om at sosiale helseforskjeller skal reduseres, så betyr dette også krav til sektorer som skole, kultur, næring, sosial og helse om å utvikle mål og strategier for å redusere slike forskjeller.

10.2.1 Helsekonsekvensutredninger nasjonalt og lokalt

Utredningsarbeid som utføres i eller på oppdrag av statlige forvaltningsorganer skal følge Utredningsinstruksen. Instruksen stiller krav om konsekvensutredning av offentlige reformer, regelendringer og andre tiltak. Konsekvensutredningen skal inneholde en vurdering av alle hensyn som er vesentlige i den foreliggende saken. I tillegg til de økonomiske og administrative skal også andre vesentlige konsekvenser utredes. Helse, likestilling og miljø er blant de områdene som skal vurderes for konsekvensutredning. Både når det gjelder likestilling mellom kjønnene og miljøhensyn er det laget egne veiledere for hvordan disse hensynene bedre kan ivaretas i forbindelse med utredninger. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å utvikle metoder for å ivareta bestemmelsene om helsekonsekvensutredninger i utredningsinstruksen. Helse- og omsorgsdepartementet vil sørge for at veiledning blir utarbeidet og gjort tilgjengelig for alle departementer.

Generelt kan vi si at utredningsinstruksen virker best for de økonomiske og administrative konsekvensene. Erfaringer med å integrere likestillingsdimensjonen tilsier at det må arbeides med et bredt sett av virkemidler for at hensynet skal ivaretas i alle sektorer. For eksempel skal alle departementer foreta likestillingsvurdering innenfor egne fagbudsjettområder ved utarbeidelse av statsbud-

sjettet. Kravet om å fremme likestilling har også lovforankring ved likestillingsloven.

I strategier innen EU, WHO og mange land vi kan sammenligne oss med, lanseres konsekvensutredninger som et tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller. Verktøyet blir imidlertid ikke mer nyttig enn det brukeren gjør det til. Arbeidet mot sosiale forskjeller i helse krever politisk vilje til å sette fordelingshensyn på dagsorden. Regjeringen vil derfor føre en politikk som styrker den enkeltes personlige trygghet gjennom sterke felles velferdsordninger og rettferdig omfordeling.

Forskrift om konsekvensutredninger av 1. april 2005 inneholder krav om at konsekvensutredninger, der det er nødvendig, skal omfatte virkninger for befolkningens helse. Dette gjelder blant annet helsekonsekvenser av vesentlige endringer i befolkningssammensetning, boligmarked, boligbehov eller behov for tjenestetilbud, jf. § 4. Dette er sentrale samfunnsmessige og sosiale påvirkningsfaktorer for helse og sosiale helseforskjeller. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med metodeutvikling, veiledning og kompetanseoppbygging for å bidra til at slike hensyn systematisk blir vurdert i konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven.

10.2.2 Kommunenes samfunns- og arealplanlegging

Lokale beslutninger påvirker oppvekst- og levekår og helseatferd. Plan- og bygningsloven er kommunenes og fylkeskommunenes fremste verktøy i samfunns- og arealplanleggingen. Befolkningens helse skal være et hovedhensyn i all samfunns- og arealplanlegging. Folkehelsearbeid innebærer både tiltak for å bedre befolkningens helse og tiltak for å bidra til en jevnere fordeling av faktorer som påvirker helsen.

Kommunene skal i henhold til kommunehelsetjenestelovens § 1–4 blant annet ha oversikt over helsetilstand i befolkningen og forhold som påvirker denne. God oversikt er en forutsetning for å sette folkehelse spørsmål på dagsordenen der beslutninger tas og for å kunne iverksette målrettede og målbare tiltak. En slik oversikt eller helseprofil kan baseres både på nasjonale data, som brytes ned til kommunenivå, og på kartlegginger i kommunene.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statistisk sentralbyrå etablert en egen nettportal for kommunehelseprofiler som kommunene kan bruke som verktøy i planleggingen. Her finnes en rekke nøkkeltall og indikatorer om blant annet påvirknings-

faktorer for folkehelsen sammen med faktadokumentasjon, fagartikler, eksempler på lokale tiltak og linker til andre relevante nettsteder. Nettstedet vil være under kontinuerlig videreutvikling, og det skal utvikles verktøy som er relevante for kommunal planlegging. Helse- og omsorgsdepartementet vil sikre at sosiale helseforskjeller skal stå sentralt i det videre utviklingsarbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere virkemidler for å gjøre data om bomiljøkvalitet bedre tilgjengelig for kommunene. Et aktuelt tiltak kan være å utvikle et bedre indikatorsett for bomiljøkvalitet som kan innarbeides i kommunehelseprofilportalen. Videre kan det være aktuelt å utarbeide veiledere og eksempler som viser hvordan kvaliteten på boområder kan sikres.

Det er et mål at tiltak for å forebygge sosiale helseforskjeller skal få en større plass i kommuneplanens samfunnsdel, kommuneplanens arealdel, tematiske kommunedelplaner og reguleringsplaner. Vi har for eksempel indikasjoner på at det er klare sosiale forskjeller i fordeling av miljøforhold som støy, luftforurensning, tilgang grøntområder, trafiksikkerhet og lekeområder. Sosial- og helsedirektoratet har gitt et oppdrag til Transportøkonomisk institutt som samarbeider med Statistisk sentralbyrå om å utvikle et verktøy for å sammenstille sosiale og økonomiske indikatorer med miljøindikatorer på en slik måte at det kan brukes i planlegging.

Plankompetanse i helsesektoren

For å utnytte den tverrfaglige planarenaen i folkehelsearbeidet må helsetjenesten og sektoren for øvrig utvikle sin rolle som bidragsyter i planprosesser i fylker og kommuner. I tillegg til god faglig kunnskap og kompetanse innen helseovervåking og på de ulike folkehelseområdene, er det nødvendig med kompetanse på hvordan denne kunnskapen kan bringes inn i ordinære plan- og beslutningsprosesser. Sosial- og helsedirektoratet opplever at det er stor etterspørsel fra kommunene, særlig fra partnerskapskommuner, etter veiledning for bedre å ivareta helsehensyn i planleggingen.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Miljøverndepartementet iverksatt et femårig utviklings- og utprøvningsprosjekt i et utvalg av kommuner for hvordan plan- og bygningsloven og plansystemet kan brukes til å forankre og styrke folkehelsearbeidet. I dette utviklingsarbeidet kalt *helse i plan-prosjektet* inngår også styrking av plan- og prosesskompetanse hos personell og fagpersoner som arbeider innen helsesektoren, blant annet

gjennom kurstilbud og gjennom videreutvikling av relevante grunnutdanninger og etter- og videreutdanningstilbud.

10.2.3 Partnerskap for folkehelse

Staten gir tilskudd til fylker og kommuner som organiserer folkehelsearbeidet i partnerskap. Forutsetningen er at fylkene eller kommunene bidrar med egne midler og at folkehelsearbeidet er forankret i det kommunale og fylkeskommunale plan-systemet. Formålet med ordningen er å bidra til et mer systematisk og helhetlig lokalt folkehelsearbeid ved å sikre en sterkere administrativ og politisk forankring og ved å styrke samhandlingen mellom myndigheter og blant annet arbeidsliv, skole og frivillige organisasjoner.

Fylkeskommunene er som regional utviklingsaktør og regional planmyndighet tillagt rollen som pådrivere i partnerskapene. Fylkesplanleggingen er tverrfaglig og nivåovergrepene og er derfor vel-egnet til å ta opp folkehelse spørsmål som krever en bred tilnærming og som er avhengig av at både stat, fylkeskommuner, kommuner og frivillig sektor drar i samme retning. Regionale statsetater, regionale helseforetak, høyskoler og universiteter, inngår sammen med frivillige organisasjoner som viktige aktører i de regionale partnerskapene.

Fra 2006 er 16 av landets fylker og et stort antall kommuner i disse fylkene inkludert i satsingen. I budsjettet for 2007 er ordningen utvidet slik at alle fylker har mulighet til å søke midler til etablering

av slike partnerskap. Formålet med ordningen er å stimulere til utviklingen av en infrastruktur for det lokale folkehelsearbeidet. I tillegg kanaliseres tilskuddsmidler til lokale folkehelse tiltak gjennom partnerskapene. Tilskuddsmidlene skal blant annet stimulere til utvikling av lokale tiltak for å fremme sunt kosthold og fysisk aktivitet, og for å forebygge tobakkskader.

Sosial- og helsedirektoratet har et ansvar for å videreutvikle partnerskapene som arbeidsform for et systematisk folkehelsearbeid forankret i samfunnsplanleggingen og med bred deltakelse i befolkningen. Når målet er å jevne ut de sosiale helseforskjellene, må oppmerksomhet rettes mot bakenforliggende faktorer som påvirker helse og fordelingen av disse. For eksempel er en god og inkluderende skole og et inkluderende arbeidsliv av stor betydning for å redusere helseforskjeller. Det kan også være aktuelt med forsterket innsats rettet mot geografiske områder med opphopning av levekårsproblemer.

Arbeidsplassen er videre en viktig arena for å forebygge sosiale helseforskjeller. Foruten oppfølging av sykefravær og arbeid for et mer inkluderende arbeidsliv, kan tobakks- og rusforebyggende arbeid og et helsefremmende arbeidsmiljø utvikles som samarbeidsområder.

Regjeringen går inn for at utjevning av sosiale helseforskjeller skal få en større plass i alt folkehelsearbeid som skjer i regi av regionale og lokale partnerskap.

Boks 10.1 Virkemidler: Sektorovergripende verktøy

Regjeringen vil:

- forankre bruken av konsekvensutredninger og andre verktøy for å vurdere fordelingseffekter i ledelsen på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå gjennom styringsdokumenter og rapporteringssystemer
 - sørge for at fordelingshensyn integreres i verktøy fra Senter for statlig økonomistyring
 - videreutvikle kompetansemiljøet på helsekonsekvensutredninger i Sosial- og helsedirektoratet og sikre at spørsmålet om fordelingseffekter får en sentral plass i arbeidet
 - i samarbeid med KS, utvikle verktøy som kommunene kan bruke i arbeidet med å ivareta fordelingseffekter i planlegging og politikkutforming
 - etablere et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet for å sikre at sosiale helseforskjeller får en mer sentral plass i planregelverket og planverktøyet
- utvikle indikatorsett for sosiale påvirkningsfaktorer og bomiljøkvalitet som kan innarbeides i den kommunehelseprofilportalen som Sosial- og helsedirektoratet har utviklet i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statistisk sentralbyrå
 - videreutvikle og styrke ordningen med stimuleringsmidler til regionale og lokale partnerskap for folkehelse, og sette krav til at sosiale helseforskjeller settes på dagsorden i det lokale folkehelsearbeidet
 - bidra til at kunnskap om sosiale helseforskjeller innarbeides i kurs og studier om folkehelse og areal- og samfunnsplanlegging
 - gjennom helse i plan-prosjektet utvikle metoder og verktøy for å ivareta hensynet til sosiale forskjeller i helse i kommuneplanprosessene

11 Kunnskapsutvikling

11.1 Mål: Økt kunnskap om årsaker og effektive tiltak

Mål

- Øke kunnskapen om omfanget av, årsaker til og effektive tiltak mot sosiale helseforskjeller.

11.2 Virkemidler

Sosiale helseforskjeller er et komplekst og sammensatt problem. I tillegg er det først i de senere årene at norsk forskning har begynt å interessere seg for den sosiale fordelingen av helse. Dette gjør at kunnskapsbehovet på området fortsatt er stort.

11.2.1 Overvåking og kartlegging

I dette avsnittet omtales overvåkingen av utviklingen av sosiale forskjeller i *helseutfall* (dødelighet og sykkelighet) i befolkningen. Vi vet en god del om omfanget av sosiale forskjeller i helse i Norge, jf. kapittel 2. Det er dokumentert sosiale forskjeller i en lang rekke helsemål og -utfall, inkludert total dødelighet i en rekke aldersgrupper, årsaksspesifikk død, sykkelighet og selvopplevd helse. Det finnes imidlertid per i dag ingen systemer for overvåking og rapportering av utviklingen i sosiale helseforskjeller over tid. En viktig målsetting for denne meldingen er derfor å etablere et egnet system for en slik overvåking.

Utviklingen av spesifikke helseindikatorer til dette formålet må i hovedsak gjøres i fagmiljøene, blant annet fordi den innebærer tekniske hensyn som datatilgjengelighet og registerkoblinger. Det ligger et stort potensial i eksisterende datakilder, men det vil på enkelte områder også være behov for nye data.

En bredt sammensatt arbeidsgruppe nedsatt av EU utarbeidet i 2001 et forslag til retningslinjer for overvåking av sosiale helseforskjeller i medlemslandene. Et norsk overvåkingsopplegg bør i hovedsak følge disse anbefalingene. Forslaget fra arbeidsgruppen innebærer at et overvåkingsopplegg, dersom det er mulig bør:

- omfatte nasjonalt representative data for dødelighet på individnivå
- omfatte nasjonalt representative survey-data for selvopplevd helse
- benytte minst to av de tre kjerneindikatorene for sosiale status (utdanning, yrke, inntekt)
- benytte samme klassifisering av sosial status over tid
- benytte både absolutte og relative uttrykk for forskjeller
- kritisk diskutere mulige feilkilder

Det er Nasjonalt folkehelseinstitutt som har det overordnede nasjonale ansvar for helseovervåking, herunder utvikling av indikatorer på sosiale forskjeller i helseutfall.

Det er i kapittel 7 om helsetjenester foreslått egne kartlegginger av sosiale forskjeller i helsetjenestebruk. I kapittel 5 om arbeid og arbeidsmiljø er nasjonal overvåking av arbeid og helse omtalt.

11.2.2 Forskning

Et system for overvåking vil dekke en god del av behovet vi har for kunnskap om omfang og utvikling av sosiale helseforskjeller. Det vil imidlertid gi oss lite informasjon om årsakene til helseforskjellene og hvilke tiltak som kan bidra til å redusere dem. For å utvide vår forståelse av sosiale helseforskjeller, og utvikle effektive politiske tiltak som kan bidra til å redusere forskjellene, trenger vi å vite mer om de mekanismene som ligger bak. Det er således kunnskap om mekanismer og virkemidler vi i første rekke trenger. I dette inngår også forskning om helsetjenestens bidrag til helseforskjellene.

Sosiale helseforskjeller er et forskningsfelt som har innebygd i seg en del grunnleggende problemstillinger knyttet til spørsmål om hva som skaper helse og hva som skaper sykdom. Det er også et forskningsfelt som kjennetegnes av at forskerne anvender teorier og kunnskaper fra en rekke fagdisipliner, blant annet demografi, sosiologi, psykologi, epidemiologi og medisin. Dette innebærer at forskningen på temaet sosiale helseforskjeller ikke bare er nyttig som kunnskapsgrunnlag for politiske beslutninger, men har relevans langt ut over

dette. Blant annet gir den oss grunnleggende kunnskaper om helsefremmende og sykdomsfremkallende mekanismer, og den har vitenskapelig betydning for mange ulike disipliner. Det er derfor viktig at forskergrupper som vanligvis ikke definerer forskningen sin under overskriften helseforskjeller, eksempelvis klinisk forskning eller fysisk miljø og helse, bidrar. Forskningen på sosiale helseforskjeller bør være fler- og tverrfaglig.

I flere andre land, samt i EU, har den økte politiske oppmerksomheten om sosiale helseforskjeller vært ledsaget av styrket forskningsinnsats. Nederland har for eksempel hatt to nasjonalt finansierte forskningsprogrammer, det siste med vekt på utprøving og evaluering av tiltak. I England har de nasjonale forskningsrådene bevilget store summer til flere store programmer og prosjekter om ulike aspekter ved sosiale helseforskjeller. I Sverige er det opprettet et eget forskningsinstitutt med offentlig finansiering, Centre for Health Equity Studies (CHES). EU har finansiert en serie større prosjekter om sosiale helseforskjeller, dels med vekt på sammenligning mellom land og utviklingstrekk i Europa, dels med vekt på forklaringer, og dels med vekt på erfaringer med tiltak og politikk for å redusere forskjellene. Den forskning som foregår i andre land kan være relevant for Norge, men overføringsverdien av denne forskningen vil ofte være begrenset og usikker på grunn av forskjeller mellom landene.

Enkelte temaer er særlig viktige for framtidig utforming av tiltak mot sosiale helseforskjeller. Dette gjelder for eksempel sosiale forskjeller blant barn og unge, som vi generelt vet for lite om. Det er knyttet særskilte utfordringer til dette temaet. Blant annet er det som ovenfor ble kalt kjerneindikatorer for sosial status ikke tilgjengelig for denne gruppen (barn har stort sett ikke utdanning, yrke eller inntekt), og heller ikke de mest utbredte helsemålene (dødelighet og selvopplevd helse) er uten videre egnet. I og med at dette er en aldersgruppe som prioriteres høyt i forebyggende arbeid, bør også forskning på sosiale helseforskjeller og sosiale forskjeller i fordelingen av helsedeterminanter blant barn og unge prioriteres.

Geografiske perspektiver på sosiale helseforskjeller blir stadig viktigere i internasjonal forskning, og det er behov for styrket forskning på dette feltet også i Norge. Kunnskap om nærmiljøets betydning for helse og helseforskjeller vil blant annet kunne gi viktige bidrag til utforming av tiltak mot sosiale helseforskjeller i framtiden.

Kompetansen innenfor helse- og sosialforskning i flerkulturelle miljøer i Nord-Norge, har til nå vært lav. Dette gjenspeiles i manglende kunns-

skap om hvilke utfordringer som helsevesenet står overfor med hensyn til den samiske befolkningen. Satsing på oppbygging av flerkulturell kompetanse innenfor helse- og sosialtjenesten og innenfor forskningsmiljøene, er derfor viktig.

Et annet forskningsområde som vil kunne få stor betydning for framtidig politikk, er betydningen av ulike typer forebyggingsarenaer for helseatferd – som for eksempel skolen, arbeidsplassen og fritiden. Dette er et område som er velegnet for intervensjonsforskning.

Regjeringens forskningsinnsats på sykefravær er omtalt i kapittel 11.

Behovet for styrket kunnskap om sosiale forskjeller i tilgang til og bruk av helsetjenester er omtalt i kapittel 7. Særlig når det gjelder hvilke organisatoriske, juridiske og økonomiske mekanismer som bidrar til vridningseffekter i tilgang til og bruk av helsetjenester, er det behov for forskningsinnsats.

Et annet tema som vi bør rette oppmerksomhet mot, men der vi mangler datasystemer som muliggjør rutinemessig overvåking, er tannhelse. Vi vet i dag for lite om omfanget av sosiale tannhelseforskjeller i befolkningen, og vi har ingen enkel måte å skaffe oss et overblikk over dette på. Sosiale forskjeller i tannhelse er derfor et tema som vil kreve forskningsinnsats.

Regjeringen ønsker å styrke forskningen på sosiale helseforskjeller. Forskningen på sosiale helseforskjeller foregår i dag spredt over ulike forskningsmiljøer og -programmer. Det er behov for en ytterligere styrking av fordelingsperspektivet innenfor relevante forskningsprogrammer. I tillegg er det behov for en bedre koordinering av forskningen på området. Mange fagdisipliner og perspektiver har viktige bidrag å gi til forståelsen av sosiale helseforskjeller, og det er derfor viktig med flerfaglige tilnærminger.

11.2.3 Evaluering av tiltak

Stadig større deler av offentlig virksomhet blir gjort til gjenstand for evaluering. I staten er krav til gjennomføring av evalueringer fastsatt i Reglement for økonomistyring, der det blant annet heter at «Alle virksomheter skal sørge for at det gjennomføres evalueringer for å få informasjon om effektivitet, måloppnåelse og resultater innenfor hele eller deler av virksomhetens ansvarsområde og aktiviteter.» I det statlige økonomiregelverkets forstand er en evaluering en systematisk datainnsamling, analyse og vurdering av en planlagt, pågående eller avsluttet aktivitet, en virksomhet, et virkemiddel eller en sektor. Evalueringer kan gjen-

nomføres før et tiltak iverksettes, underveis i gjennomføringen, eller etter at tiltaket er avsluttet. Utretningsinstruksens krav om gjennomføring av forhåndsanalyser er et eksempel på forhåndsevaluering, som skal sikre en god planlegging av tiltaket. Underveisevalueringer gjennomføres for at det skal være mulig å endre kurs og justere tiltaket, mens etterevalueringer som regel gjennomføres for å gi svar på om tiltaket oppfyller målsettingene, og eventuelt hvilke andre konsekvenser tiltaket har hatt.

Evalueringer kan gjøres etter forskjellige metoder, av forskjellige evaluatorene og med ulike evalueringstema. Resultat og måloppnåelse er for eksempel sentrale temaer i de fleste evalueringer. Mange tiltak har imidlertid andre effekter enn de som er relatert til tiltakets eksplisitte mål. En del tiltak har for eksempel utilsiktede konsekvenser for den sosiale fordelingen av helse – eller viktige påvirkningsfaktorer for helse – i befolkningen. Dersom flere evalueringer av tiltak som har betydning for helse, tok hensyn til sosiale fordelings effekter, ville vi ha styrket kunnskapen om hvordan vi kan utjevne helseforskjellene.

Regjeringen vil derfor arbeide for at flere tiltak som kan ha effekt på den sosiale fordelingen av helse i befolkningen, også evalueres i dette perspektivet. I mange tilfeller vil det være mulig å gjennomføre tiltak som prøveprosjekter i avgrensede områder og sammenligne effekten med kontrollområder. Denne typen kontrollstudier regnes som en gullstandard innenfor intervensjons- og tiltaksforskning. Kunnskap av denne typen er sterkt etterspurt internasjonalt, og Norge har her gode muligheter til å bidra.

Boks 11.1 Virkemidler: Kunnskapsutvikling

Regjeringen vil:

- etablere et opplegg for overvåking (monitorering) av utviklingen av sosiale helseforskjeller i befolkningen
- styrke forskningen på utbredelsen av og årsaker til sosiale helseforskjeller
- evaluere tiltak som iverksettes for å redusere sosiale helseforskjeller

12 Økonomiske og administrative konsekvenser

I denne meldingen retter regjeringen oppmerksomheten mot forhold innenfor en rekke samfunnssektorer som bidrar til å skape og opprettholde sosiale forskjeller i helse. Siden faktorer som påvirker de sosiale forskjellene i helse finnes innenfor de fleste samfunnssektorer, er det nødvendig med en bred tilnærming til problemet. En stor del av innsatsen for å redusere sosiale helseforskjeller kan skje innenfor gjeldende økonomiske rammer og administrative systemer. Det kan blant annet oppnås gjennom å sikre at hensynet til fordelingseffekter og sosiale helseforskjeller blir vurdert ved endring av eksisterende og utforming av ny politikk. På en del områder vil det imidlertid være behov for økte ressurser i form av nye bevilgninger.

Regjeringen har lagt vekt på å synliggjøre sammenhengen mellom inntekt og helse, og å vise at den politikken vi fører for sosial utjevning er en viktig del av arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. Når regjeringen legger vekt på å opprettholde og styrke offentlige fellesgoder framfor å gi skattelettelse, er det blant annet begrunnet i målet om å redusere sosiale helseforskjeller. Regjeringen vil som et ledd i det varslede rapporteringssystemet følge utviklingen i inntektsulikhet nøye.

De viktigste virkemidlene for å utjevne sosiale forskjeller i oppvekstvilkår er å tilby barnehager, skoler og tjenester av høy kvalitet til barn og unge på tvers av sosiale skillelinjer. Sentrale deler av politikken for å skape trygge oppvekstvilkår er presentert i St.meld. nr. 16 (2006–2007) og *ingen sto igjen – Tidlig innsats for livslang læring*.

I tillegg vil regjeringen videreutvikle og styrke skolehelsetjenesten. Økonomiske konsekvenser vil bli vurdert i sammenheng med de årlige budsjettene.

Regjeringen vil videre vurdere tiltak som kan legge grunnlaget for å forbedre det tverrfaglige tilbudet til barn som trenger støtte fra barnevernet. Økonomiske og administrative konsekvenser av eventuelle tiltak for å forbedre situasjonen i barnevernet vil bli vurdert i sammenheng med de årlige budsjettene.

Regjeringen har gjennom St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering, Handlingsplan mot fattigdom, NAV-reformen* og i oppfølgingen av

sykefraværsutvalgets rapport satt i gang en rekke prosesser som har betydning for å redusere sosiale forskjeller i tilgjengelighet til arbeidslivet og sosiale forskjeller i arbeidsmiljø. I denne meldingen foreslår regjeringen å sette i verk en utredningsprosess for å vurdere tiltak for å redusere sykefraværet i helse- og omsorgssektoren i samarbeid med partene i arbeidslivet. En oppfølging av denne utredningen vil bli vurdert forbindelse med den ordinære budsjettprosessen.

For å redusere de sosiale forskjellene i helseatferd, vil regjeringen framover legge større vekt på pris- og tilgjengelighetsvirkemidler i arbeidet for å forebygge livsstilsykdommer. Pris- og avgiftsvirkemidler vil spesielt bli vurdert i arbeidet for å redusere sosiale forskjeller i kosthold, jf. *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen*. Regjeringen har som mål å innføre en ordning med frukt og grønt til alle elever i grunnskolen. Videre vil regjeringen legge til rette for daglig fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i grunnskolen. Det vises til nærmere omtale i St.meld. nr. 16 (2006–2007) og *ingen sto igjen – Tidlig innsats for livslang læring*. Det vil videre bli vurdert å styrke tilskuddene til lokale lavterskeltiltak for å stimulere til økt fysisk aktivitet i forbindelse med de årlige budsjettene.

Vi har i dag begrenset kunnskap om sosiale forskjeller i helsetjenestebruk, og regjeringen varsler derfor tiltak for å styrke kunnskapsgrunnlaget. Det skal gjennomføres en kartlegging av sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester. På bakgrunn av kartleggingen skal det utvikles indikatorer på kvalitet og prioritering i spesialisthelsetjenesten som inkluderer mål på sosiale forskjeller i tilgjengelighet. Forskningen på forhold som fører til sosiale forskjeller i tilgang på helsetjenester skal styrkes. Videre skal fordelingseffekter vurderes når det foreslås endringer i egenandeler, organisering og finansieringssystemet. Regjeringen vil komme tilbake til problemstillinger som er reist i gjennomgangen av egenandeler på helsetjenester i St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med budsjettet for 2008.

Virkemidlene som skal bidra til inkludering av de mest utsatte gruppene vil langt på vei være forankret i St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering, Handlingsplan mot fattigdom* og i

St.meld. nr. 16 (2006–2007) og *ingen sto igjen – Tidlig innsats for livslang læring*. Regjeringen foreslår i tillegg tiltak i denne meldingen for å styrke og videreutvikle helsetjenestetilbudet til disse gruppene. Det foreslås videre å stimulere til gjennomføring av tiltak i områder med spesielle helse- og levekårsproblemer. Økonomiske konsekvenser vil bli vurdert i sammenheng med de årlige budsjettene.

Regjeringen foreslår mål og delmål på en rekke områder og et rapporteringssystem for å følge utviklingen. Målformuleringene er delvis nye og delvis nedfelt i eksisterende politiske dokumenter. Til hver målformulering skal det utvikles en eller flere indikatorer som gjør det mulig å følge utviklingen på området over tid. Rapporteringssystemet skal utvikles i et nært samarbeid med aktuelle aktører. Det legges opp til en samlet rapportering i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon. Sosial- og helsedirektoratet tillegges ansvaret for å koordinere prosessen med å utvikle indikatorene i samarbeid med aktuelle fagdirektorer/-miljøer. Videre skal Sosial- og helsedirektoratet gi ut en årlig rapport basert på rapporteringssystemet. Rapporten må kunne brukes som grunnlag for den årlige rapporteringen i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon. Nasjonalt folkehelseinstitutt vil få i oppdrag å utarbeide jevnlig rapporter om utvikling i sosiale forskjeller i helseutfall (dødelighet og sykkelighet). Indikatorer på helseutfall kan betraktes som indikatorer på stortingsmeldingens overordnede målsetting om reduksjon i sosiale helseforskjeller. Regjeringen vil komme tilbake til interne omprioriteringer og eventuelt andre økonomiske konsekvenser av å etablere et rapporteringsopplegg i den ordinære budsjettprosessen.

Regjeringen varsler i denne meldingen en sterkere forpliktelse til å vurdere fordelings effekter av offentlig politikk både sentralt, regionalt og lokalt. Det skal legges vekt på å utvikle enkle verktøy for å vurdere fordelings effekter. Videre skal det settes i verk tiltak for å styrke konsekvensutredninger som verktøy og tiltak for å styrke kompetansen i stat, fylkeskommuner og kommuner på dette området. Langt på vei vil dette være tiltak som kan gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske og administrative rammer.

Det er nødvendig å styrke overvåkning av utviklingen i sosiale helseforskjeller, forskningen om årsaker til forskjellene og forskningen om effektive virkemidler for å redusere slike forskjeller. For å styrke kunnskapen om sosiale forskjeller i helse går regjeringen inn for å etablere et overvåkningssystem for å følge utviklingen i sosiale helseforskjeller, styrke forskningen på området, og evaluere tiltak med hensyn til effekt på sosiale helseforskjeller. Kunnskapen på dette området bør styrkes gjennom en kombinasjon av omprioritering og konkrete bevilgninger. Regjeringen vil komme tilbake til de økonomiske konsekvensene i forbindelse med de årlige budsjettbehandlingene.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 9. februar 2007 om Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller blir sendt Stortinget.

Vedlegg 1

Internasjonale erfaringer

Verdens helseorganisasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) var tidlige ute med å sette sosiale helseforskjeller på agendaen. Et viktig utgangspunkt var Alma Ata-deklarasjonen fra 1978, som blant annet framhevet at «de store helseforskjellene som eksisterer særlig mellom land, men også innen land, er politisk, sosialt og økonomisk uakseptable...» Siden har mål om å ujevne sosiale helseforskjeller vært inkludert i en rekke WHO-dokumenter. WHO Europa siktet for eksempel mot en 25 prosents reduksjon i sosiale helseforskjeller innen år 2000 som et av sine «Helse for alle innen år 2000»-mål i 1985. I 1998 vedtok WHO Europa en ny fempunkts deklarasjon, *Health 21 – Helse for alle i det 21. århundre*, der mål 2 omhandlet sosiale helseforskjeller: «Innen år 2020 skal helsegapet mellom sosioøkonomiske grupper innen landene reduseres med minst en fjerdedel i alle medlemsland, gjennom en substansiell forbedring i helsen til ufordelaktig stilte grupper.»

Selv om disse WHO-initiativene i noen grad bidro til å sette sosiale helseforskjeller på dagsorden i en del vestlige land, anser organisasjonen at mye arbeid fortsatt gjenstår, ikke minst når det gjelder utviklingslandene. I mars 2005 opprettet derfor daværende generaldirektør i WHO, Lee Jong-wook, en global kommisjon for sosiale helse-determinanter. I begrunnelsen for en slik kommisjon pekte WHO blant annet på at det er et stort behov i det enkelte land for dokumentasjon som kan brukes i utviklingen av tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller. Kommisjonens mandat er i løpet av en treårs-periode (2005–2008) å skaffe til veie slik dokumentasjon. I tillegg skal kommisjonen fungere som en spydspiss i arbeidet for politiske endringsprosesser på området. Kommisjonen satt sammen av 20 kommisjonærer fra ulike land, samfunnssektorer og fagområder.

EU

EUs arbeid av relevans for sosiale helsedeterminanter og helseforskjeller spenner over en lang rekke politikkområder, inkludert blant andre økonomi, arbeid og sosialpolitikk; regional politikk; forskning og folkehelse. EUs handlingsprogram på folkehelseområdet for 2003–2008 har som et av sine overordnede mål å redusere helseforskjeller. Dette skal blant annet skje gjennom utvikling av strategier og tiltak rettet mot sosioøkonomiske helsedeterminanter. Det er opprettet en ekspertgruppe på sosiale determinanter og helseforskjeller under EU-kommisjonens komité for folkehelse, der Norge deltar.

Sverige

Sverige har anlagt et uttalt likhets- og rettferdighetsperspektiv på sin folkehelsepolitikk. I 1995 ble det opprettet en offentlig komité – Nationella folkhälsokommittén – som skulle utarbeide nasjonale mål for folkehelseutviklingen. Målene og strategiene skulle i følge komiteens mandat også bidra til reduksjon i helseforskjeller, blant annet mellom sosioøkonomiske grupper. Komiteens vurderinger og anbefalinger ble lagt frem i SOU-rapporten «Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan», som satte opp 18 nasjonale mål for folkehelsearbeidet. Målene spente fra brede, sosialpolitiske områder som «Stark solidaritet og samhällsgemenskap», via livsstil (for eksempel «Ökad fysisk rörelse»), til smalere helsepolitiske felter som «Saklig hälsoinformation».

Rapporten dannet i desember 2002 bakgrunnen for en Riksdagsproposisjon kalt «Mål för folkhälsan», med et overgripende nasjonalt folkehelsemål om «att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen». Ulikhetsperspektivet stod svært sentralt og inkluderte i tillegg til sosiale forskjeller også kjønn, etnisitet og seksuell legning. Proposisjonen vektla hvordan samfunnsstrukturer på ulike nivåer kan

skape uhelse, og tonet ned individenes valg av livsstil som forklaring. Dette kan illustreres med de elleve målområdene for folkehelsearbeidet som ble utpekt i proposisjonen:

- Delaktighet og inflytande i samhället
- Ekonomisk och social trygghet
- Trygga och goda uppväxtvillkor
- Ökad hälsa i arbetslivet
- Sunda och säkra miljöer och produkter
- En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- Gott skydd mot smittspridning
- Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa
- Ökad fysisk aktivitet
- Goda matvanor och säkra livsmedel
- Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningsar av överdrivet spelande

Riksdagen sluttet seg til regjeringens folkehelsemål i april 2003 og det svenske Folkhälsoinstitutet fikk i oppdrag å samordne den nasjonale oppfølgingen innenfor de elleve målområdene. Folkhälsoinstitutet har utarbeidet operasjonaliserbare påvirkningsfaktorer og indikatorer for de ulike helsepolitiske målsettingene. Resultatene skal rapporteres i folkehelsepolitiske rapporter hvert fjerde år. Den første ble utgitt i 2005.

Danmark

Den daværende danske regjering presenterte i 1999 *Regeringens folkesundhedsprogram 1999–2008, Et handlingsorienteret program for sundere rammer for hverdagen*. Målformuleringene bygger til dels på WHO's Health 21. Programmet formulerte mål for risikofaktorer, målgrupper (aldersgrupper og forebyggelsesmiljøer) og organisering/struktur.

Folkesundhedsprogrammet ble i september 2002 erstattet av den nye regjeringens program, kalt *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002–10*. I følge dette programmet legges det opp til «en bredere og mere helhedsorienteret tilgang til forebyggelsesindsatsen, så der skabes en bedre sammenheng mellem den primære forebyggelse, den enkeltes egenindsats og patientrådgivning, -støtte, -rehabilitering m.v. i relation til de store folkesygdomme.»

Sund hele livet understreker videre målsettingen om flere gode leveår for alle, i alle aldre, gjennom at:

- Middellevetiden skal øges markant
- Antallet af år med god livskvalitet skal øges
- Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres

Programmet er for øvrig bygd opp rundt en rekke delmål, knyttet til de fire hovedelementene risikofaktorer (som røyking, arbeidsmiljø, fysisk aktivitet), miljøer (som skolen og arbeidsplassen), målgrupper (som gravide og langvarig syke) og folkesykdommer (som kreft og psykiske lidelser).

Med *Sund hele livet* har Danmark valgt en noe annerledes folkehelsestrategi enn Sverige, med vekt på faktorer som påvirker befolkningens valg av livsstil. *Folkesundhedsprogrammet* la i tillegg stor vekt på lokal forankring, og hadde som klart definert mål å benytte lokale arenaer som grunnskole, arbeidsplass, lokalsamfunn og helsevesen. Gjennom individuell oppfølging på disse arenaene mener man i større grad å ha mulighet til å nå flere sosiale lag i befolkningen. *Sund hele livet* viderefører i stor grad dette, og understreker i tillegg betydningen av involvering av frivillige organisasjoner og etablering av partnerskap. Men mens *Folkesundhedsprogrammet* la vekt på sosiale forskjeller i helse og konkrete strategier for å redusere disse, er denne problemstillingen mindre synlig i *Sund hele livet*. Et unntak er et eget indikatorprogram, utviklet i monitorerings- og dokumentasjonsøyemed. Indikatorprogrammet opererer med 14 nøkkelindikatorer, og to av disse er eksplisitte mål på fordeling av helse (henholdsvis «Sociale forskelle i dødelighed» og «Sociale forskelle i livskvalitet»).

Storbritannia

Alt i 1980 forelå den første offentlige britiske utredningen om sosiale helseforskjeller, den såkalte Black Report (etter utvalgets leder, Sir Douglas Black). Utredningen, som var bestilt av en Labour-regjering, fikk en kjølig mottakelse av den nytiltrådte Thatcher-regjeringen, som avviste utvalgets forslag som urealistisk kostbare.

Etter Blair-regjeringens overtagelse i 1997 har sosiale helseforskjeller igjen vært et tema høyt på det offentlige Storbritannias dagsorden. En viktig opptakt var en ny utredning om sosiale helseforskjeller og forslag til tiltak for å redusere slike forskjeller, ledet av tidligere Chief Medical Officer, Sir Donald Acheson. Målet med denne undersøkelsen var også å gi et bilde av situasjonen og identifisere de mest presserende utfordringene. Acheson-rapporten viste at helseforskjellene hadde økt jevnt, og at forskjeller i materielle kår var en hovedårsak til dette. Den inneholdt anbefalinger om reduksjon av sosiale forskjeller på en lang rekke områder, inkludert for eksempel skatte- og avgiftspolitikken, utdanning, arbeid, boligpolitikk, miljø og transport i tillegg til helsepolitikken i snevrere forstand.

Folkehelseministeren og i alt 11 andre ministre la i juli 1999 fram *Saving lives: Our Healthier Nation*. Her ble følgende to overordnede britiske helsepolitiske mål slått fast:

- forbedre helsen til alle
- og helsen til de verst stilte i særdeleshet.

Søkelyset rettes først og fremst mot 4 dødsårsaker: kreft, hjerte- og kar, ulykker og mental helse (selvmord).

I 2001 satte det britiske helsedepartementet egne mål for arbeidet med sosiale helseforskjeller.

To mål tall- og tidfestes:

- Forskjeller i barnedødelighet mellom grupper med manuelle yrker og befolkningen som helhet skal reduseres med 10 prosent innen 2010, og
- Forskjeller i forventet levealder mellom de mest utsatte geografiske områdene og befolkningen som helhet skal reduseres tilsvarende i samme periode.

I 2003 la det britiske helsedepartementet, sammen med 11 andre departementer, fram *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*. Dette treårige programmet har to målsettinger, dels å oppfylle de to nevnte målsettingene, og dels å være en bred strategi for å redusere sosiale helseforskjeller og faktorer som påvirker disse. Det er en framtreddende geografisk dimensjon i det britiske arbeidet mot sosiale helseforskjeller, i det mye av ressursene og tiltakene rettes spesifikt mot geografiske områder (Health Action Zones) med store levekårsbelastninger.

Skottland fikk 1. juli 1999 igjen sitt eget parlament og myndighet over en rekke politikkområder, inkludert helse. Også den nye skotske folkehelsepolitikken har en klar målsetning om å redusere de sosiale helseforskjellene.

Storbritannia har vært en aktiv pådriver for å få helseforskjeller høyere opp på den internasjonale agendaen. I sin formannskapsperiode for EU høsten 2005, arrangerte de en større konferanse om sosiale helseforskjeller, *Tackling Health Inequalities*.

Nederland

I Nederland økte oppmerksomheten mot sosiale helseforskjeller gradvis utover på 1980-tallet, blant

annet som følge av en studie av helseforskjeller mellom ulike bydeler i Amsterdam i 1980, samt prosessen omkring WHO's *Helse for alle*-mål. En *Helse 2000*-rapport fra departementet for velferd, helse og kultur i 1986 inkluderte et avsnitt om sosiale helseforskjeller. En påfølgende konferanse munnet ut i etableringen av et nasjonalt forskningsprogram (1989–93) styrt av en komité som skulle rapportere direkte til statsråden. Programmet skulle blant annet utforske graden og typen av sosioøkonomiske helseforskjeller, og årsakene til disse.

Ved programslutt i 1994 anbefalte komiteen et nytt forskningsprogram, men nå med vekt på utvikling og evaluering av tiltak for å redusere helseforskjellene. Man skulle samtidig fortsatt overvåke utviklingen, og følge opp tidligere studier. Dette andre programmet gikk over perioden 1995–2000. Samtidig ble reduksjon av sosiale helseforskjeller stadig fastholdt som politisk målsetting i ulike regjeringsdokumenter. I mars 2001 kom rapporten fra programkomiteen til det andre nasjonale forskningsprogrammet. Dokumentet foreslår politikk og konkrete tiltak, i tillegg til å oppsummere erfaringer og lærdommer fra programmet. Det blir særlig trukket fram fire intervensjonstyper:

- Bedre forholdene med hensyn til yrke, utdanning eller inntekt blant de nederst i det sosiale hierarkiet
- Minimere effektene av helseproblemer på (nedadgående) sosial bevegelse.
- Begrense risikoeksponering i lavere sosiale lag
- Ekstra helsetjenester til de samme

En nederlandsk folkehelsemelding fra 2003 legger vekt på forebygging generelt og blinker ut tre forebyggingsområder særskilt: røyking, overvekt og diabetes. Eksempler på virkemidler som skal brukes i arbeidet, er blant andre informasjonskampanjer på livsstilsområdene, samarbeid med lokale myndigheter, samarbeid med næringslivet, insentiver for helseforsikringsselskaper og utvikling av sunne skoler. Likhetsperspektivet er mindre framtreddende i den nye nederlandske folkehelsepolitikken.

Offentlige etater kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Kopi- og distribusjonsservice
www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefaks: 22 24 27 86

Abonnement, løssalg og pris fåes ved henvendelse til:
Akademika AS
Avdeling for offentlige publikasjoner
Postboks 84 Blindern
0314 OSLO
E-post: offpubl@akademika.no
Telefon: 22 18 81 00
Telefaks: 22 18 81 01
Grønt nummer: 800 80 960

Publikasjonen finnes på internett:
www.odin.dep.no

Alle illustrasjoner: Elisabeth Moseng

Trykk: PDC Tangen, Aurskog - 02/2007

