

REDUKSJON

av sosiale ulikheter i helse

Hva kan gjøres på lokalt og regionalt nivå?



Nord-Trøndelag
fylkeskommune



NTNU

HUNT forskningscenter

Innhold

Forord	3
Del 1. Innledning	5
Bakgrunn	5
Hva er sosiale ulikheter i helse?	6
Prinsipper for tiltaksutforming	8
Kunnskapsbasert politikkutforming på området	9
Del 2. Virkemidlene	11
A. Virkemidler på organisatorisk nivå i kommuner og fylkeskommuner	11
Administrativ ledelse	12
Planlegging	13
B. Virkemidler i ulike livsfaser	14
Svangerskap	15
Barndom og oppvekst	15
Ungdom og utdanning	18
Voksne - sysselsetting, arbeidsliv og arbeidsmiljø	20
Eldre og alderdom	21
C. Virkemidler gjennom alle livsfaser (kulturfeltet og i frivilligheten)	24
Referanser	26

HUNT forskningssenter
Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU
Forskningsvegen 2
7600 Levanger
<http://www.ntnu.no/hunt>
Levanger, 2016.
ISBN 978-82-91725-14-7

Forord

Formålet med denne veilederen er å gi en oversikt over konkrete tiltak som kan benyttes i arbeidet med å bekjempe en av vår tids største folkehelseutfordringer: de sosiale helseulikhetene. Tiltakene som beskrives er innrettet med tanke på lokale og regionale beslutningstakere i kommuner og fylkeskommuner. Det er også et mål at denne veilederen kan bidra til bevisstgjøring av politikere og beslutningstakere i kommuner og på fylkesnivå.

Veilederen er todelt der den første er en generell beskrivelse av sosiale ulikheter i helse som et samfunnsfenomen. Del to omhandler tiltakene og det viktigste budskapet er *innsats tidlig i livsløpet*.

Sosiale ulikheter i helse er et sammensatt samfunnsproblem og selv om viljen er til stede kan det være utfordrende for beslutningstakere å skape de nødvendige endringene som gjøre at helseforskjellene blir mindre. Kanskje bør ambisjonene være å følge anbefalingen fra ekspertgruppen til verdens helseorganisasjon (WHO): «do something, do more, do better».

Levanger, august 2016

Erik R. Sund, Guri Wist, Steinar Krokstad



*Sosiale ulikheter i helse
er vårt største folkehelseproblem”*

-- Jostein Holmen, professor, HUNT, NTNU.

Takk til

I arbeidet med denne veilederen er det særlig to kilder som har vært helt nødvendige. Den første er rapporten «Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskaps-oversikt» av Espen Dahl, Heidi Bergsli og Kjetil van der Wel ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Den andre er rapporten «Sosial ulikhet i helse – en gjennomgang» utgitt av Østfold fylkeskommune/Østfoldhelse, hvor de fleste av tiltakene som beskrives i veilederen er hentet fra.



Del 1. Innledning

Bakgrunn

Kommuner og fylkeskommuner har med folkehelseloven fått tydeliggjort sine roller i folkehelsearbeidet. Folkehelseloven slår fast at de skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelsa, herunder utjevne sosiale helseforskjeller. Arbeidet skal være kunnskapsbasert ved at man skaffer oversikt over tilstand og utvikling over tid, samt fastsetter mål for utvikling av tiltak. I tillegg skal effekten av tiltakene evalueres. Ideen bak folkehelseloven er enkelt sagt å forebygge sykdom og å fremme helse fremfor å reparere. Helse skapes der hvor folk lever, leker, lærer, arbeider og eldes. Samfunnets ulike arenaer for dette er derfor de viktigste områdene for helsefremmende og forebyggende innsats.

I akkurat denne guiden gis en oversikt over ulike innsatser eller tiltak som kommuner og fylkeskommuner kan iverksette for å redusere sosiale ulikheter i helse. Det understrekes at tiltakene retter seg mot målet om å redusere variasjonen i helsetilstand mellom sosiale grupper innenfor et geografisk avgrenset og lokalt område – og ikke mot områdets helsetilstand i sin alminnelighet.

Innsatsene omhandler ikke levevaner direkte. Selv om det er velkjent at levevanene har betydning for helsa, så kan en slik form for individuell ansvarliggjøring være en avsporing i forhold til de grunnleggende årsakene til sosiale helseulikheter. Vilkårene for å treffe de gode valgene, rammene for det daglige liv, vektlegges i denne virkemiddelguiden.

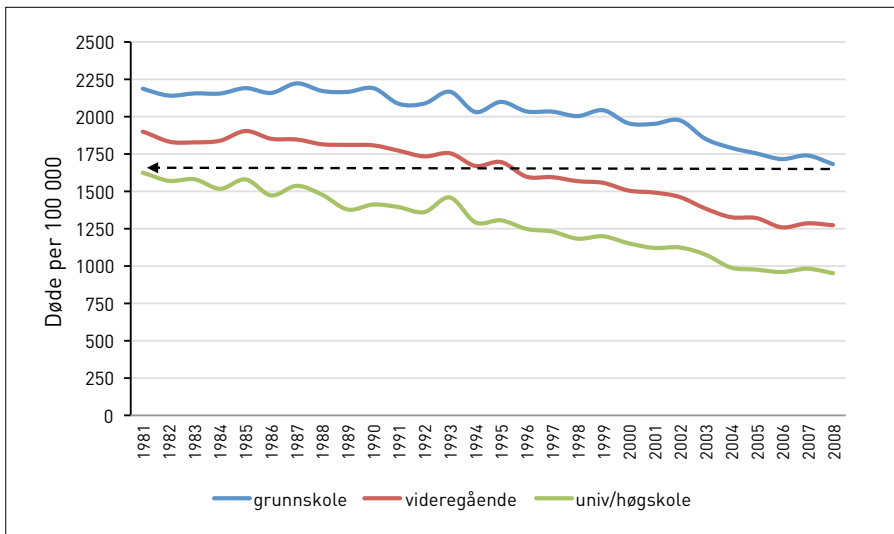
I arbeidet med sosiale ulikheter i helse kan vi reise tre kjernespørsmål:

1. Hvor omfattende er problemet med sosiale ulikheter i helse?
2. Hvorfor har vi sosiale ulikheter i helse?
3. Hvordan kan vi forebygge eller redusere problemet med sosiale ulikheter i helse?

Vi vet mye om omfanget av sosiale ulikheter i helse i Norge. Vi vet en god del om årsakene til at slike ulikheter oppstår. Vi vet dessverre minst om hvilke tiltak vi med sikkerhet kan si vil fjerne eller redusere helseulikhetene.

Det er i prinsippet ingen ting i veien for at alle grupper i samfunnet kan oppnå den samme gode helsen som den best stilte gruppen. Figuren nedenfor (figur 1) viser utvikling i dødelighet for tre utdanningsgrupper over en tidsperiode på cirka 30 år i Norge. Vi ser at alle utdanningsgrupper har en nedgang i dødeligheten under denne perioden. Vi kan merke oss at de med lavest utdanning (i 2008) har den samme

dødeligheten som den høyeste utdanningsgruppen hadde om lag 30 år tidligere (stiplet linje). Dette illustrerer at potensialet for at *alle* kan oppnå den samme helsen er til stede.

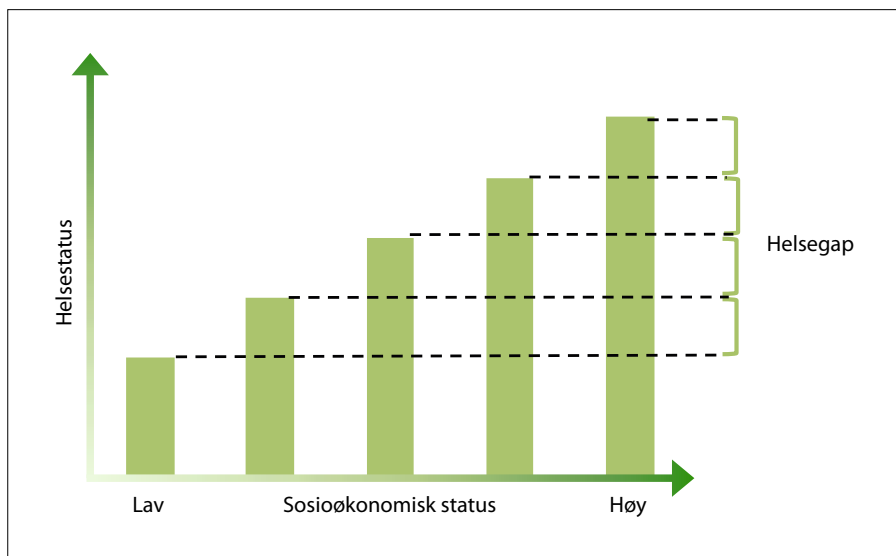


Figur 1 Døde per 100 000 i perioden 1981 til 2008 etter utdanningsnivå. Menn og kvinner samlet.

Hva er sosiale ulikheter i helse?

Norge er et velstående land med en gjennomgående god helsetilstand. Like fullt finner man at helse er ulikt fordelt innad i den norske befolkningen, den er dårligere blant mennesker som har kort utdanning, lav inntekt og lav yrkesstatus [1]. Slike sosiale ulikheter i helse finner man i de fleste samfunn og de har noen bestemte kjennetegn:

- De er *systematiske* ved at de følger et bestemt mønster. Helse blir gradvis bedre jo høyere oppe i det sosiale hierarkiet man befinner seg. Dette omtales i litteraturen som *helsegradienten* (figur 2).
- De er *bestandige*, ved at helsegradienten vedvarer over tid.
- De er *mulige å forebygge*, fordi de er samfunnsskapt og ikke skyldes naturlig biologisk variasjon. De oppstår som et resultat av hvordan samfunnet fordeler ressurser og muligheter og oppfattes derfor som *urettferdige*.
- Sosiale ulikheter i helse representerer et stort *folkehelseproblem* fordi det medfører mye unødig sykdom og lidelse samt at mange for tidlige dødsfall kunne vært unngått.



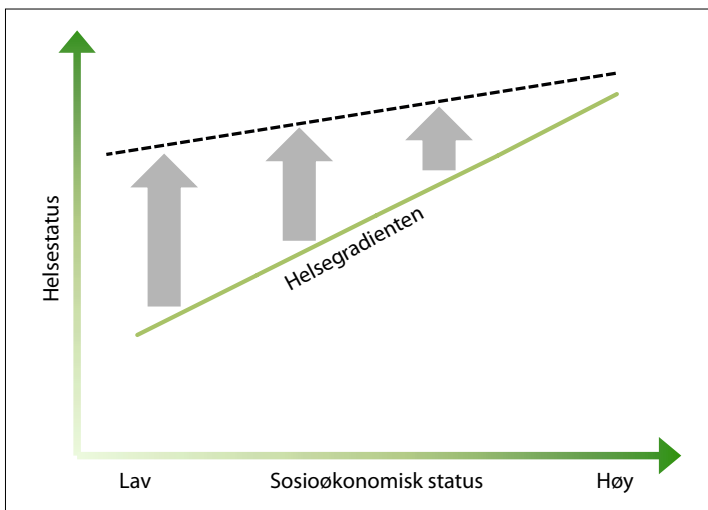
Figur 2 Helsegradienten – et allment mønster

Figurforklaring: «Helsegradienten – et allment mønster» illustrerer et viktig poeng ved de sosiale helseulikhetene. Helsen blir gradvis bedre ved økende sosioøkonomisk status. Hvor bratt denne kurven er, kan variere både med hvilket helsemål man benytter og indikator på sosioøkonomisk status.

Prinsipper for tiltaksutforming

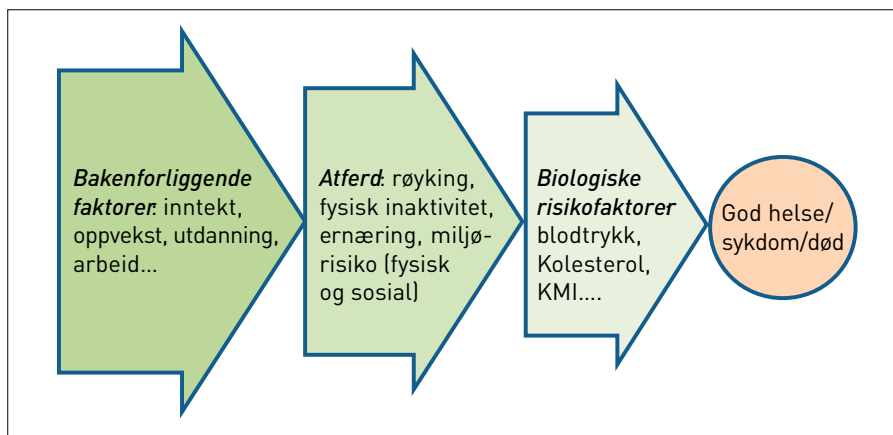
To viktige prinsipper gjelder for tiltaksutforming i arbeidet med å redusere sosiale ulikheter i helse.

1. Innsatsene må være en kombinasjon av såkalte *befolkningsrettede strategier og høyrisikostrategier*. Denne kombinasjonen kalles gjerne for *differensiell universalisme*. Dette betyr i praksis at en må bruke tiltak som når alle, men at det i tillegg brukes gradvis mer innsats mot de gruppene (eller boområdene) som trenger det mest eller finner løsninger som virker best der behovene er størst. Slik prøver en å endre vinkelen på den sosiale gradienten mest mulig (figur 3). Et såkalt *høyrisikotiltak*, kun rettet mot den mest utsatte gruppen vil i beskjeden grad påvirke hovedproblemet som er gradienten.
2. Tiltakene eller innsatsene må omfatte hele årsakskjeden til god eller svekket helse (se figur 4). Vi finner gradienter for de fleste mål på helse. Dette tyder på at det er noen felles bakenforliggende årsaker som gjør at både helseatferden, risikofaktorene og helsen fremtrer såpass skjevfordelt [2]. Dersom man kun tar utgangspunkt i de to siste leddene i årsakskjeden, helseatferd og biologiske risikofaktorer, mister man av syne betydningen av den sosiale og miljømessige sammenheng som folk står i [3, 4].



Figur 3 Utjevning oppover

Figurforklaring: «Utjevning oppover» viser en ønsket utvikling hvor helsegradienten blir mest mulig slak (stiplet linje). Det vil si at helseforskjellene mellom grupper av ulik sosioøkonomisk status er minst mulig.



Figur 4 Helseårsakskjeden – de viktigste faktorene er de «bakenforliggende»

Når oppmerksomheten flyttes bakover i årsakskjeden skjer det også et skifte av fokus fra helsesektorens behandlende virksomhet over til det som regnes som den fundamentale årsaken bak de sosiale helseulikhetene, nemlig menneskers høyst ulike betingelser i hverdagslivet [5]. Et skifte av fokus, fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv, bidrar til å gjøre folkehelsearbeidet til et tverrsektorielt og tverrfaglig anliggende som omfatter mange ulike arenaer i menneskers hverdagsliv. Innsatsene må dermed innrettes mot betingelsene i menneskers hverdagsliv – det vil si *helse i alt vi gjør*.



© Crestock

Kunnskapsbasert politikktutforming på området

Folkehelsearbeidet skal generelt bygge på beste tilgjengelig kunnskap på området, såkalt kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Dette gjelder kunnskap om både helsestatus, om årsakssammenhenger og om effektfulle tiltak eller god praksis.

Kunnskap om tiltak som kan motvirke sosiale forskjeller i helse er en viktig del av det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet [6]. Det finnes mye kunnskap om sammenhengen mellom sosial status og helse, men langt mindre kunnskap om tiltak som kan motvirke ulikhetene [1].

Dels skyldes dette at arbeidet med sosiale ulikheter i helse følger et naturlig tids- og utviklingsforløp. Dette løpet omfatter først måling og dokumentasjon av at slike ulikheter finnes. Deretter en bevisstgjøring om at de finnes i alle kommuner, for til slutt kanskje å kunne ut i en politikktutforming for å motvirke helseulikhetene [7].

Det er heller ikke all forskning om tiltak som regnes for å være like pålitelig. Sterkt forenklet kan vi si at tiltakene som vi tror har stor effekt er vanskelig å evaluere, mens tiltakene som vi mener har begrenset effekt lettere lar seg evaluere. Konsekvensen blir at vi har mer sikker kunnskap om tiltak som har liten effekt, og at vi har lite eller ingen kunnskap om tiltak som sannsynligvis har stor betydning. Dette er omtalt som «Loven om den omvendte evidens» [8].

Det sentrale tredelte spørsmålet er egentlig: «Hva virker – for hvem – under hvilke betingelser? Det medfører at man må benytte *den beste tilgjengelige kunnskapen basert på et mangfold av metoder* i folkehelsearbeidet [9, 10].



Del 2. Virkemidlene

I dette kapitlet beskrives virkemidler som kommunene og fylkeskommunen kan benytte i arbeidet med å redusere de sosiale helseulikhetene og tiltakene er formet som spørsmål eller som en sjekklister. Mange kommuner jobber nok aktivt med utfordringene allerede, mens andre kanskje gjør det uten å være det bevisst. Forhåpentligvis kan alle kommuner dra nytte av denne oversikten uavhengig av hvor langt man er kommet i dette arbeidet.

Virkemidlene er delt inn i:

- Virkemidler på organisatorisk nivå
- Virkemidler i ulike livsfaser
- Virkemidler gjennom alle livsfaser (på kulturfeltet og i frivillig sektor)

Denne inndelingen er kun én av mange måter å strukturere virkemidlene på. Rapporten «Sosial ulikhet i helse – en gjennomgang» har presentert virkemidlene i henhold til hvordan norske kommuner tradisjonelt er organisert, altså i ulike etater. Dette er delvis gjort her også, men det er også valgt å presentere virkemidlene i ulike livsfaser. Begrunnelsen for en beskrivelse av virkemidler i livsfaser er todelt. For det første så ønsker vi å understreke betydningen av tidlig innsats, desto tidligere man setter inn tiltak, desto større er gevinsten. For det andre så understrekes betydningen av tverrsektoriell innsats, fordi sosiale ulikheter i helse berører alle sektorer/tjenesteområder i kommunen.

A. Virkemidler på organisatorisk nivå i kommuner og fylkeskommuner

Mange av de faktorene som skaper sosiale ulikheter i helse befinner seg i folks nære områder – i heimen, i lokalsamfunnet, i barnehagen, på skolen og på arbeidsplassen. Både kommunen og fylkeskommunen har en rolle i arbeidet med å utjevne forskjeller i levekår og derigjennom minske de sosiale helseulikhetene. Kommunen er både samfunnsutvikler, myndighetsutøver og tjenesteutøver, og utøvelsen av disse rollene har dermed betydning for hvor store de sosiale ulikhetene i helse er og hvordan de utvikler seg. Fylkeskommunen skal gjennom sine tillagte oppgaver som regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak møte regionale folkehelseutfordringer, herunder sosiale helseulikheter. Å utjevne sosiale ulikheter i helse må være en del av både kommunenes og fylkeskommunens verdigrunnlag og målsetting i samfunnsutviklerrollen.

Administrativ ledelse

Sosiale helseulikheter er en samfunnspolitisk utfordring. Arbeidet med utjevning av helseforskjeller må være nedfelt i organisasjonens verdier og holdninger. For å nå målsettingen om utjevning er det helt nødvendig med en ledelse som ønsker å ta tak i utfordringene. Administrativ ledelse må være tydelige på holdninger, verdier og retning i arbeidet.

Å nå ut til innbyggerne er både en utfordring og en mulighet. God kommunikasjon med innbyggerne som sikrer deltakelse og medvirkning er svært viktig, særlig for grupper med lav samfunnsdeltakelse. Rettferdig fordeling av begrensede offentlige ressurser er ofte et problemområde. Å utvikle systemer slik at mer rettferdig fordeling kan skje, må bygge på politiske og administrative prioriteringer.

Spørsmål som administrativ ledelse bør stille seg:

- Er målet om å redusere sosiale ulikheter i helse nedfelt i organisasjonens verdi-grunnlag?
- Er målet og arbeidet forankret politisk og administrativt i overordnede planer, som kommuneplanens samfunnsdel og fylkesplan?
- Er det vedtak om at dette skal være et gjennomgående tema i alle kommunedelp-laner, sektorplaner og temaplaner?
- Har kommunen saksbehandlingsmaler med sjekklister for å ivareta dette overordnede målet?
- Har kommunen planer og system for helsekonsekvensvurderinger?
- Har kommunen systemer for deltakelse og medvirkning som ivaretar alle grupper av innbyggerne?
- Har kommunen en arbeidsform som er tverrsektoriell, helhetlig og som vektlegger tidlig innsats?
- Har kommunen plan for samarbeidet med frivillig sektor?
- Har kommunen folkehelsekoordinator og er vedkommende sentralt administrativt plassert?
- Har fylkeskommunene system for å ha oversikt over helsetilstand og påvirknings-faktorer?
- Har fylkeskommunene system for samhandling med kommunene i formidling av kunnskap på området?

Planlegging

Kommunal planstrategi og kommuneplanens samfunnsdel er sentrale dokumenter for å sette sosiale helseulikheter på dagsorden. I samfunnsdelen skal de langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunen beskrives. Det kan være en utfordring å få til en god sammenheng mellom samfunnsdelen i kommuneplanen og handling i kommunedelplaner og sektorplaner.

Fylkeskommunen er ansvarlig for regional planlegging. Utjevning av sosiale ulikheter er et viktig tema også i all regional planlegging.

Spørsmål om helhetlig planlegging i kommunen:

- Har kommunen oversikt over hvordan situasjonen er i egen kommune?
- Er det fastsatt overordnede mål og strategier for levekår og folkehelse i kommuneplanens samfunnsdel og arealdel?
- Er det egne mål for reduisering av sosiale ulikheter i helse i de ulike kommunedelplanene/sektorplanene?
- Har kommunen en boligsosial handlingsplan?
- Har kommunen systemer for deltakelse og medvirkning som ivaretar alle grupper av innbyggerne?
- Har kommunen en plan for samhandling med frivillig sektor?
- Tiltak må fortløpende vurderes om de bidrar til å nå målene og om de eventuelt har noen utilsiktede konsekvenser

Spørsmål om helhetlig planlegging og folkehelse i fylkeskommunen:

- Har fylkeskommunen oversikt over området i fylket?
- Er det nedfelt målsettinger om dette arbeidet i overordnede planer?
- Finnes det strategier og tiltak på dette området i regionale planer og temaplaner?
- Er det system for kunnskapsformidling og rådgiving til kommunene på dette feltet?



B. Virkemidler i ulike livsfaser

Sosiale ulikheter i helse finnes i alle livsfaser, fra barndommen [11] til sent i alderdommen [12]. Årsakene til helseulighetene kan også gjenfinnes i alle livsfaser, men helseulighetene som vi observerer blant de voksne på et gitt tidspunkt kan like gjerne skyldes forhold tidlig i livsløpet [13, 14]. Dårlige levekår i barndommen legger sterke føringer på det videre livsløpet gjennom skolegang og utdanning, inkludering og deltakelse i yrkeslivet, samt på inntekt, levekår og helse som voksen [15-17].

Tiltak som settes inn tidlig i livsløpet hos utsatte barn er ikke bare riktig ut fra alminnelige rettferdighetsbetraktninger, barn kan umulig gjøres ansvarlige for egen situasjon, de er også vist å være samfunnsøkonomisk lønnsomme. Med forbehold om overføringsverdi til Norge, så har for eksempel forskning fra USA vist at man ved å bruke samme mengde ressurser, får langt større «avkastning» ved å sette inn tiltak blant barna enn man gjør ved å vente til de blir ungdommer eller unge voksne [18].

Innsats tidlig i livsløpet er nøkkelen til å bekjempe sosiale ulikheter i helse og det kan nesten ikke betones sterkt nok hvor viktig det er å nå barn og foreldre tidligst mulig.



Figur 5 Innsats i menneskers ulike livsfaser



Svangerskap

Det eksisterer sosiale ulikheter i fødselsutfall [19]. Mødre med lav sosioøkonomisk status har økt risiko for en tidlig fødsel samt å få barn med lav fødselsvekt. Det som skjer allerede i fosterlivet har betydning for hvem vi blir og vårt helsepotensial som voksne [20]. Det er pekt på ulike årsaker til sosial ulikhet i fødselsutfall, både genetiske, medisinske, demografiske og sosiale faktorer. Innsats og tiltak mot gravide kvinner vil omfatte en rekke grunnleggende forhold som levekår, helse, bo- og arbeidsmiljø, samt levevaner.

Hvordan er svangerskapsomsorgen i din kommune?

- Har svangerskapsomsorgen en særlig oppmerksomhet mot utsatte grupper blant gravide og deres familier?
- Får gravide som befinner seg i en vanskelig livssituasjon oppfølging utover det som er normert i henhold til retningslinjene for svangerskapsomsorgen?
- Er kommunens helse- og omsorgstjenester koordinerte for å håndtere dette?
- Når kommunen er arbeidsgiver for gravide: har man tilrettelagt for at gravide kan unngå hardt fysisk arbeid, stress og nattskift og dermed stå lengst mulig i arbeid?

Barndom og oppvekst

Tidlig innsats er en helt sentral utjevningsstrategi [1]. Barn og unge utgjør en meget viktig målgruppe i arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse. Barnehagene kan gi viktige bidrag i arbeidet med utjevning ved å bygge på kunnskap om faktorer som både hemmer og fremmer læring og utvikling i de første barneårene. Tidlig språkstimulering bør særlig vektlegges, og gjennom en kvalitativ god barnehage kan dette oppnås. Det er viktig med et godt samarbeid med helsestasjonene i dette arbeidet fordi de også har kunnskap om barnet og familien.

Grunnskolen er en viktig arena for læring og sosialisering. Siden læring og utdanning har betydning for helsen, vil ulikheter i utdanning og læring ha betydning for ulikheter i helse [21]. Det betyr også at tiltak for å redusere utdanningsforskjeller kan bidra til å redusere ulikhetene i helse. En god og inkluderende skole med dedikerte lærere kan derfor utgjøre en stor forskjell dersom den evner å møte alle grupper av elever på en god måte. Det har lenge vært et tverrpolitisk ønske om å innrette skolen slik at betydningen av familiebakgrunn skal bli mindre, men det er lite som tyder på at

tidligere skolereformer har lyktes. En evaluering av kunnskapsløftet finner ingen holdepunkter for at de sosiale ulikhetene er blitt mindre [22].

De fleste barn i Norge har gode levekår med en stabil og trygg familietilknytning. Like fullt er det et stort antall barn som kommer fra hjem med en opphopning av uheldige levekår. Andelen barn som vokser opp i hjem med vedvarende inntektsfattigdom har også økt kraftig de siste 10-15 årene [23]. Det er også slik at familieoppløsning følger den sosiale bakgrunnen ved at andelen minker med økende sosial status [24].

Fritidssituasjonen er også viktig fordi bidrar til å utvikle sosiale relasjoner til både voksne og jevnaldrende. Opplevelsen av å bli inkludert eller å bli ekskludert kan få betydning for reproduksjonen av de sosiale ulikhetene. Det er dokumentert sosiale forskjeller i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, og studier tyder på at familieøkonomi er en begrensning [25, 26].

Spørsmål til barnehagene:

- Er det system for kunnskapsdeling ved overgangen mellom barnehage og grunnskole?
- Er utjevning av sosial ulikhet et tema i barnehagens virksomhetsplaner?
- Jobbes det med å styrke kompetansen innen språkopplæring?
- Er fremming av helse generelt et tema i barnehagens planer?
- Er det tilbud om gratis kjernetid i barnehagene?
- Har kommunen tilbud om «åpen barnehage»?

Spørsmål til grunnskolen:

- Har kommunen systemer for kunnskapsdeling mellom barneskole og ungdomsskole, og mellom ungdomsskole og videregående skole?
- Er sosial ulikhet et tema i kommunenes oppvekstplaner og skolenes virksomhetsplaner?
- Har kommunen tilbud om gratis skolemat?
- Har kommunen tilbud om gratis leksehjelp og utvidet skoledag/SFO?
- Har skolene muligheter for utlån av utstyr til turer og aktiviteter?
- Er skolens verdier og holdninger i møte med elever og foresatte et gjennomgående tema i planer og ledelse?
- Har skolen et godt samarbeid med skolehelsetjenesten?
- Er det undervisning om tannhelse (og levevaner) i barne- og ungdomsskolen?



Spørsmål til den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

- Har kommunen et *familiesenter* i regi av den kommunale helsestasjonen med ulike former for familieveiledning?
- Har kommunen systematiske rutiner for samhandling mellom barnevernstjenesten, skole, barnehage og helsestasjon?
- Har kommunen systematiske rutiner for samhandling med NAV med for eksempel å bistå utsatte familier med trygghet rundt økonomi og bolig?
- Samarbeides det med fylkeskommunen om bekymringspasienter i forhold til tannhelse?

Spørsmål til fritidsområdet:

- Har kommunen etablert utstyrssentraler der alle barn, unge og voksne kan låne utstyr for fritidsaktiviteter?
- Har kommunen tilbud om «opplevesskort» for utsatte barn og unge som gir gratis adgang til kulturelle fritidsaktiviteter?
- Har kommunen tilrettelagt for allment og godt tilgjengelige aktivitets- og rekreasjonsarealer?
- Prioriterer kommunen ungdom mellom 15 og 18 år uten arbeidserfaring i tildeling av sommerjobber?

Ungdom og utdanning

Utdanning er utgangspunktet for, og medvirkende til, en rekke prosesser som bidrar til å produsere helse utover i det voksne livsløpet. Det er ikke et mål at alle skal inn i høyere utdanning, men alle må få den samme muligheten til å realisere sitt læringspotensial uavhengig av sosial bakgrunn [21]. De videregående skolene er viktige institusjoner som grunnlag for videre utdanning eller som grunnlag for arbeidslivet. Det er viktig at flest mulig fullfører videregående skole. Det å ikke ha gjennomført videregående opplæring svekker livssjansene når det gjelder yrkesdeltakelse, sosioøkonomiske kår og helse [1].

Det er gjennom forskning identifisert en rekke faktorer som er forbundet med skoleprestasjoner og frafall [1]. Foreldrenes sosioøkonomiske bakgrunn har betydning [27] og egen helse spiller sannsynligvis også en rolle [21, 28]. I virkelighetens verden er det grunn til å anta at disse faktorene virker sammen i et komplekst samspill. For eksempel ved at ungdom fra ressursfattige familier opplever lavere følelse av mestring og motivasjon, som gir dårligere selvbilde, som igjen medfører dårligere psykisk helse og til slutt ender i avbrutt skolegang.





Manglende gjennomføring av videregående opplæring og svake skoleprestasjoner har ikke en enkelt årsak. Det er alltid flere forhold som ligger bak. Årsakene kan skrive seg langt tilbake i tid og «fracfall» representerer egentlig sluttproduktet i en lang prosess [29]. En omfattende internasjonal litteraturoversikt som har sett på en lang rekke generelle tiltak for å redusere fracfall og sosiale ulikheter i fracfall er interessant [30]. Ingen enkelttiltak pekte seg ut som bedre enn andre, men kapasitet og kompetanse bak implementeringen av tiltaket ble fremhevet som avgjørende [31]. Implementeringskvalitet på tiltak fremheves også i en norsk systematisk oversikt som helt sentralt for å lykkes i arbeidet med fracfall [32].

Spørsmål til videregående opplæring:

- Er det systematiske rutiner ved overgangen mellom grunnskole og videregående opplæring?
- Arbeides det aktivt med å skaffe tilstrekkelig antall læreplasser?
- Er tilbud om sommerskole til elever som har strøket i fag prøvd ut?
- Finnes det et system for oppfølging av elever som slutter i videregående opplæring?
- Eksisterer det tilbud om karriereveiledning?
- Er det utviklet systemer for tilbakemeldinger fra elever, foresatte og lærere?

Voksne - sysselsetting, arbeidsliv og arbeidsmiljø

Arbeid er et grunnleggende levekårsgode. Det gir tilgang til materielle ressurser som gir trygghet for grunnleggende behov og det gir frihet til ulike goder som bolig, varer og tjenester. Verdien av å få bruke evnene sine, utvikle dem, og få anerkjennelse for jobben man gjør er også et gode for mange. Arbeidet er også en inngang til sosiale forbindelser og nettverk. Det å stå utenfor arbeidslivet er derimot forbundet med lavere inntekt og dårligere levekår [33, 34].

Det er en betydelig helseulikhet mellom de som er sysselsatte og de som ikke er det [35]. Det er i utgangspunktet rimelig å finne en slik forskjell siden nedsatt helse i mange tilfeller er uforenlig med kravene som stilles i en jobb. Det er veldig sammensatte forklaringer på hvorfor det er slik. Det kan skyldes at dårlig helse medfører at man aldri blir inkludert i arbeidslivet eller at man støtes ut av arbeidslivet på grunn av dårlig helse. Dette omtales ofte som *seleksjonsforklaringer* på sammenhengen mellom arbeid og helse. En annen type forklaringer antar at det å slutte i jobben medfører at helsen forverres. Dette kan skje gjennom tap av inntekt, status og nettverk.

Av eksisterende forskning i Norge er det *seleksjonsforklaringene*, ikke inkludert eller utstøtt, som fremheves som viktigst for helseulikhetene mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte [1]. Like fullt er det studier som tyder på at noen opplever helseforbedringer ved det å komme i jobb og helseforverring om de mister jobben [1].

Det er en betydelig sosioøkonomisk ulikhet i sjansen for å stå utenfor arbeidslivet dersom man har langvarige helseproblemer [2]. Selv om mange tiltak kan ha en



effekt på sannsynlighetene for å komme inn i arbeidslivet, er det bare grunnlag for en forsiktig optimisme hva gjelder gevinst i forhold til sosiale ulikheter i helse. Premisset for en eventuell helsegevinst er at jobben er god - det vil si at den gir en økonomisk trygghet, forutsigbarhet og har et tilfredsstillende arbeidsmiljø.

Arbeidsmiljøet er en viktig delforklaring på sosiale ulikheter i helse. Arbeidsmiljøet har definitivt blitt bedre dersom man ser dette i et langt tidsperspektiv, men det å være utsatt for fysiske, kjemiske, ergonomiske faktorer og arbeidsulykker, viser fortsatt store sosioøkonomiske ulikheter [36]. Det er logisk å anta at en generell reduksjon av helseskadelige arbeidsmiljøfaktorer vil gagne gruppene med lavest sosioøkonomisk status mest og derigjennom bidra til å redusere helseulikhetene.

I mange kommuner er kommunen selv en stor arbeidsgiver. Det innebærer at en stor del av befolkningen kan nås gjennom egen organisasjon. Likeledes er fylkeskommunen en stor arbeidsgiver som kan påvirke mange ansatte gjennom en helsefremmende arbeidslivspolitik.

Spørsmål til arbeidsgiver (kommunen og fylkeskommunens rolle som arbeidsgiver):

- Er det tilstrekkelig kompetanse innen emnet «sosial ulikhet i helse» blant ledere og sentrale faggrupper?
- Er det tilrettelagt for funksjonshemmede og minoritetsgrupper?
- Er det tett oppfølging av arbeidstakere med sykefravær?
- Er det et systematisk HMS arbeid som bidrar til å redusere risiko for sykdom og ulykker?
- Arbeides det aktivt og systematisk med å styrke antall praksisplasser, lærlingeplasser og lærekandidatordninger?
- Er det samarbeid med NAV om tilskuddsordninger for å legge til rette for arbeidstrenings tiltak?

Eldre og alderdom

Den enkeltes helse og helsetilstand påvirkes av forhold gjennom hele livsløpet. Derfor eksisterer de sosiale ulikhetene i helse også inn i alderdommen [1]. Dette gjelder både for dødelighet [37], forventet levealder [12], egenrapportert helse [38] og sykdom [39]. Sett under ett så har eldre som gruppe fått stadig bedre levekår de siste årene i Norge. Blant norske husholdninger har ingen hatt så gunstig inntektsutvikling som de eldre [40]. Eldre er derimot ingen homogen gruppe og det er til dels store variasjoner i de økonomiske ressursene som hver enkelt råder over. Dette

gjelder særlig i forhold til husholdningstype (par versus aleneboende), utdanningslengde (kort versus lang) og etter innvandrerbakgrunn [40].

Eldres livskvalitet er et komplekst fenomen. Objektivt sett er eldre dårligere stilt enn yngre mennesker, for eksempel rapporterer de mindre lykke og glede, samt mer depresjon og ensomhet [41]. Like fullt, når de spørres om tilfredshet med livet, så er livskvaliteten like høy som hos yngre. Det er grunn til å tro at en samfunnsplanlegging som retter oppmerksomheten mot å tilrettelegge for sosial omgang og meningsfull aktivitet blant eldre kan bidra til utjevning av helseforskjeller. Mange eldre har svekket helse som gjør at de ikke kommer seg ut av egen bolig og her kan kommunene sammen med frivilligheten legge til rette for større sosial omgang.

Eksistensen av sosiale ulikheter i helse blant eldre i Norge medfører at pleie og omsorgsbehovene også vil variere. De med færrest ressurser vil være mest sykdomsbelastet og de vil dermed ha det største pleie- og omsorgsbehovet. Selv om det i Norge brukes mer penger på eldreomsorg enn sammenliknbare land, så viser en undersøkelse av nordmenns vurderinger av den norske eldreomsorgen at tilliten til omsorgstjenesten, som system, er liten [42]. Blant eldre så er det viktig med trygghet på at man får hjelp når man trenger det.

Spørsmål vedrørende de eldre:

- Har kommunen organisert skyss/transporttilbud for de som har behov for dette?
- Benytter kommunen seg av *Den kulturelle spaserstokken*?
- Har kommunen god og hensiktsmessig informasjon om ulike kulturtilbud og mulighetene for å kunne delta – som skyss, ledsager o.l.?
- Har kommunen *leseombudsordning*?
- Viser planer at kommunen sørger for god tilgang til kultur, sosiale møteplasser og natur- og aktivitetsvennlige bo- og nærmiljø? Eksempelvis gruppe-turtilbud, kino, konserter, eldrecentre, strøing, brøyting, hjemmebesøk, universell utforming.
- Brukes eldreråd aktivt i lokal planlegging?
- Samarbeides det med fylkeskommunen om tannhelse hos eldre?
- Er det samarbeidsrutiner som sikrer at beboere på institusjon og som mottar hjemmesykepleie får tilbud om tannhelsetjenester



© Crestock

C. Virkemidler gjennom alle livsfaser (kulturfeltet og i frivilligheten)

Kultursektoren har en sentral rolle i arbeidet med utjevning av sosiale ulikheter i helse. Gjennom deltakelse i kulturaktiviteter kan interesser utvikles og sosiale nettverk skapes. Forskning viser at bruken av kulturtjenester er sosialt betinget og det er viktig at man sikrer at alle har mulighet til å delta. Sosiale ulikheter i

kulturdeltakelse kan skyldes at det eksisterer noen barrierer knyttet til bruken av kulturtilbud, for eksempel pris, tilgjengelighet og tilbud. Disse barrierene har kommunen og fylkeskommunen mulighet til å påvirke.



© Colourbox

Frivillige lag og organisasjoner spiller en viktig rolle i arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse. Gjennom deltakelse i frivillig arbeid gis mennesker muligheten til læring, sosialisering, personlig utvikling, samt å bli inkludert i sosiale nettverk. Frivillige lag og organisasjoner spiller en nøkkelrolle i arbeidet med å integrere mennesker med ulik kulturell bakgrunn. Frivillig arbeid kan også bidra til at mennesker får innpass i arbeidslivet

gjennom kontakter som etableres og som verdifull arbeidserfaring å vise til. Deltakelsen i frivillig

arbeid er sosialt skjevfordelt og spesielt personer med minoritetsbakgrunn er underrepresentert.

Spørsmål til kommunen:

- Har kommunen utarbeidet en plan for samhandling med frivillig sektor?
- Er kommunale bygg tilgjengelige og tilrettelagt for lokalt kulturliv også utenom vanlig åpningstid?
- Er det lett atkomst til kulturelle aktiviteter gjennom transport og fysisk planlegging som for eksempel opplyste gangveier og sykkelstier på vinterstid?
- Har kommunen en politikk hvor aktivitetsområder og nærmiljøanlegg i tilknytning til skoler målrettes mot boområder hvor de behøves mest?
- Brukes biblioteket som møteplass og kulturarena?



- Sørger offentlig kommunikasjon for at atkomsten blir enklest mulig?
- Har kommunen systematiske ordninger for ledsagerbevis til funksjonshemmede og opplevelseskort for ungdom?
- Har kommunen utstyrssentraler der barn og voksne kan låne utstyr gratis?
- Har kommunen frivilligsentral?
- Har kommunen et systematisk samarbeid med frivilligsentralene?
- Bruker kommunen kultur som helsefremmende tiltak i eldreinstitusjoner?
- Har kommunen uttalte prinsipper om utjevning av sosiale ulikheter ved utlysninger av tilskudd?

Spørsmål til fylkeskommunen:

- Gir fylkeskommunen økonomisk støtte til drift og investeringer av et variert kulturtilbud til områder som har et lite kulturelt tilbud?
- Stimulere til kulturopplevelser for unge (som for eksempel den «kulturelle skolesekken»)
- Har fylkeskommunen en samordning av sine tilskuddsordninger?

Referanser

1. Dahl, E., H. Bergsli, and K. van der Wel, *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. 2014, Høgskolen i Oslo og Akershus: Oslo.
2. Link, B.G. and J. Phelan, *Social conditions as fundamental causes of disease*. *J Health Soc Behav*, 1995. Spec No: s. 80-94.
3. Westin, S. and Ø. Giæver, *Loven om den omvendte evidens.*, I *Medisinsk kunnskap - Hvor kommer den fra, og hva brukes den til?*, Ø. Larsen, et al., Editors. 2012, Gyldendal Akademisk: Oslo.
4. Krokstad, S., *En bedre folkehelsepolitikk*. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2012. 132(19): s. 2186-8.
5. Link, B.G. and J.C. Phelan, *Understanding sociodemographic differences in health – the role of fundamental social causes*. *Am J Public Health*, 1996. 86(4): s. 471-3.
6. Brownson, R.C., J.E. Fielding, and C.M. Maylahn, *Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice*. *Annu Rev Public Health*, 2009. 30: s. 175-201.
7. Whitehead, M., *Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective*. *Milbank Q*, 1998. 76(3): s. 469-92, 306.
8. Westin, S. and Ø. Giæver, *Loven om den omvendte evidens*, I *Medisinsk kunnskap. Hvor kommer den fra, og hva brukes den til?*, Ø. Larsen, et al., Editors. 2012, Gyldendal akademisk: Oslo.
9. Kelly, M.P. and T. Moore, *Making a difference: using NICE guidance and embedding evaluation.*, I *The social determinants of health and the role of local government.*, F. Campbell, Editor. 2010, Improvement and development agency.: London.
10. Lillefjell, M., M. Knudtsen, and G. Wist, *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsninger samt forsknings- og kompetansebehov i folkehelsearbeidet lokalt og regionalt*. 2011, Senter for helsefremmende forskning HiST/ NTNU: Trondheim.
11. Dybing, E. and C. Stoltenberg, *Kunnskapsoppsummering om barns helse og miljø*. 2006, Folkehelseinstituttet: Oslo.
12. Kinge, J.M., et al., *Educational differences in life expectancy over five decades among the oldest old in Norway*. *Age Ageing*, 2015. 44(6): s. 1040-5.
13. Smith, G.D., *Health inequalities: Lifecourse approaches*. 2003, Bristol, United Kingdom: Policy Press.
14. Lynch, J. and G.D. Smith, *A life course approach to chronic disease epidemiology*. *Annual Review of Public Health*, 2005. 26: s. 1-35.
15. Strand, B.H. and A. Kunst, *Childhood socioeconomic position and cause-specific mortality in early adulthood*. *Am J Epidemiol*, 2007. 165(1): s. 85-93.
16. Næss, Ø., B. Claussen, and G.D. Smith, *Relative impact of childhood and adulthood socioeconomic conditions on cause specific mortality in men*. *J Epidemiol Community Health*, 2004. 58(7): s. 597-8.
17. Gravseth, H.M. and P. Kristensen, *Sosiale gradienter i arbeidslivet - hva vet vi?*, I *Utposten*. 2008. p. 16-19.
18. Heckman, J.J., *Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children*. *Science*, 2006. 312(5782): s. 1900-1902.
19. Arntzen, A., *Sosial ulikhet i spedbarns og barns helse. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. 2014, Høgskolen i Oslo og Akershus: Oslo.
20. Barker, D.J.P., *Mothers, babies and health in later life*. 2nd ed. 1998, Edinburgh: Churchill Livingstone.
21. Elstad, J.I., *Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn*. 2008, Helsedirektoratet: Oslo.

22. Bakken, A. and J.I. Elstad, *For store forventninger? Kunnskapsløftet og ulikhetene i grunnskolekarakterer*. 2012, NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring: Oslo.
23. Pedersen, A.W., *Inntekt og helse. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. 2014, Høgskolen i Oslo og Akershus: Oslo.
24. Samdal, O., *Sosial ulikhet i helse og læring blant barn og unge : resultater fra den landsrepresentative spørreskjemaundersøkelsen "Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land"*. HEMIL-rapport. 2012, Bergen: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen, Senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil. 282 s.
25. Kristofersen, L.B., *Fritid og sosial deltakelse*, I *Barns levekår : familiens inntekt og barns levekår over tid*, M. Sandbæk and A.S. Grødem, Editors. 2008, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring: Oslo. p. 326 s.
26. Sletten, M.A., Å ha, å delta, å være en av gjengen : velferd og fattigdom i et ungdomsperspektiv. NOVA rapport. 2011, Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. 190 s.
27. Bjørkeng, B., *Yrkesfag - lengre vei til målet*, I *Samfunnspeilet*. 2013, Statistisk Sentralbyrå: Oslo - Kongsvinger.
28. De Ridder, K.A., et al., *School dropout: a major public health challenge: a 10-year prospective study on medical and non-medical social insurance benefits in young adulthood, the Young-HUNT 1 Study (Norway)*. J Epidemiol Community Health, 2012. 66(11): s. 995-1000.
29. Wollscheid, S., *Språk, stimulans og læringslyst : tidlig innsats og tiltak mot frafall i videregående opplæring gjennom hele oppveksten : en kunnskapsoversikt*, I *NOVA rapport 12/2010*. 2010, NOVA: Oslo. p. 85 s.
30. Wilson, S.J., et al., *Dropout prevention and intervention programs: Effects on school completion and dropout among school aged children and youth*. Campbell Systematic Reviews, 2011. 7(8).
31. Wollscheid, S. and E. Noonan, *Tiltak mot frafall virker!*, I *Bedre skole*. 2012. p. 37-41.
32. Lillejord, S., et al., *Frafall i videregående opplæring. En systematisk kunnskapsoversikt*. 2015, Kunnskapssenter for utdanning: Oslo. p. 101 s.
33. Van der Wel, K., et al., *Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp*. HiO-rapport. 2006, Oslo: Høgskolen i Oslo. VIII, 154 s.
34. Langeland, S., S.O. Naper, and I.A.Å. Lima, *Fattigdom og levekår i Norge : tilstand og utviklingstrekk - 2014*. NAV-rapport. 2014, Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet. VII, 31 s.
35. Dahl, E., et al., *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. 2010, Oslo: Helsedirektoratet. 112 s.
36. Mehlum, I.S., *Betydningen av arbeidsmiljø for sosiale ulikheter i helse. Underlagsrapport til sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. 2013, Høgskolen i Oslo og Akershus: Oslo.
37. Moe, J.O., et al., *Trends in educational inequalities in old age mortality in Norway 1961-2009: a prospective register based population study*. BMC Public Health, 2012. 12: s. 911.
38. Otnes, B., *Helse, I Seniorer i Norge*, E. Mørk, Editor. 2010, Statistisk sentralbyrå: Oslo-Kongsvinger.
39. Næss, Ø., M. Rognerud, and B.H. Strand, *Sosial ulikhet i helse: en faktarapport*. Rapport / Nasjonalt folkehelseinstitutt. 2007, Oslo: Folkehelseinstituttet.
40. Epland, J. and E. Mørk, *Seniorennes økonomi blir stadig bedre*, I *Seniorer i Norge*, E. Mørk, Editor. 2010: Oslo-Kongsvinger.
41. Hansen, T. and B. Slagsvold, *Alder og livskvalitet: Eldre tilfreds med livet - eller er det bare noe vi tror?* Samfunnspeilet, 2009. 23(1).
42. Huseby, B.M. and B. Paulsen, *Eldreomsorg i Norge: Helt utilstrekkelig - eller best i verden?* 2009, Sintef: Trondheim

