

KØBENHAVNS UNIVERSITET



Sosial ulikhet i helse

– den skandinaviske erfaringen



Alle de skandinaviske landene prioriterer tiltak mot sosial ulikhet i helse og har i den forbindelse gitt kommunene et stort ansvar. Kommunene har blant annet ansvar for en rekke politikkområder som er svært viktige for en effektiv innsats for å redusere sosial ulikhet i helse. Dermed har kommunene mulighet til å arbeide tverrsektorielt med å utforme og implementere tiltak. Dette har imidlertid vist seg å være en vanskelig oppgave. Helsemyndighetene i Skandinavia har derfor bedt forskere ved Københavns Universitet om å finne ut hva de tre landene kan lære av hverandres erfaringer på området.

Rapporten *Tackling Health Inequalities Locally – the Scandinavian Experience* er utarbeidet for Sundhedsstyrelsen og KL i Danmark, Helsedirektoratet og KS i Norge samt Folkhälsomyndigheten og SKL i Sverige. Rapporten er utarbeidet ved Københavns Universitet av Finn Diderichsen, Christian Elling Scheele og Ingvild Gundersen Little.

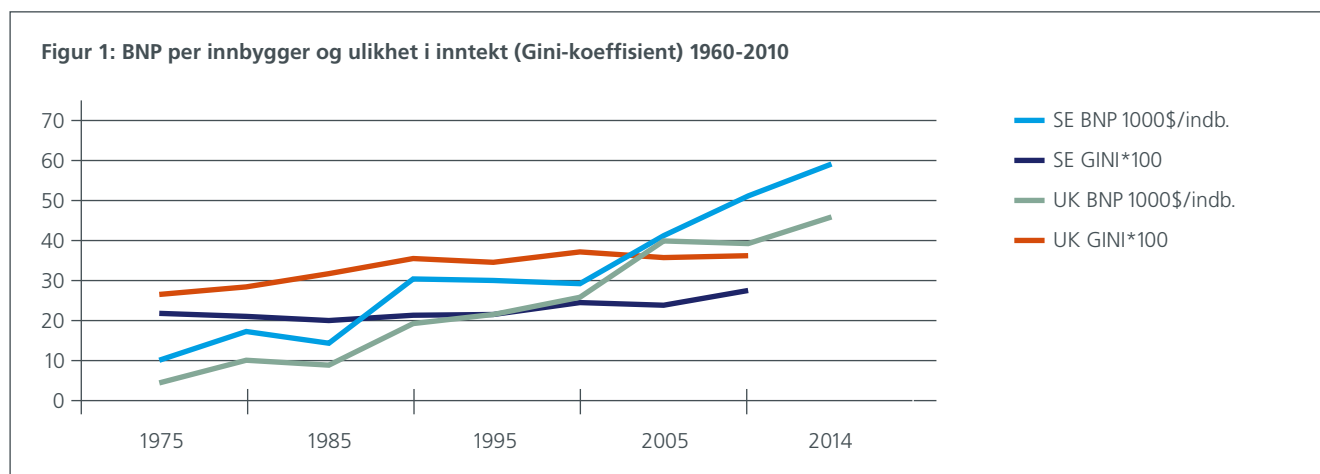
Dette er en kortversjon av rapporten. Den fulle versjon kan lastes ned her: www.sst.dk/nordisk

Hvordan kan den nordiske modellen forbli bærekraftig?

Den nordiske velferdsmodellen er kjent for å være i stand til å kombinere økonomisk vekst og likhet. Dette har vært mulig blant annet fordi den har kunnet forene høy sysselsetting med sosial beskyttelse. De nordiske landene har hatt institusjoner som har evnet å skape bærekraftige løsninger ved å samarbeide om sosiale investeringer i barn, utdanning, arbeidskraft og helse – på tvers av interessekonflikter.

Men den nordiske modellen er under press. Sysselsettingen blant de yrkesaktive, som i 1990 lå på 78 %, har i dag falt til drøyt 70 %. De økonomiske forskjellene øker.

Høy sysselsetting krever en befolkning med god utdanning og god helse, men også her viser utviklingen et blandet bilde. Arbeidsevnen til de eldre blir bedre, men de yngre sliter stadig oftere med psykiske plager. Dårlig helse henger dessuten i sterkere grad sammen med kort utdanning. Med andre ord: *Den sosiale ulikheten i helse øker.*



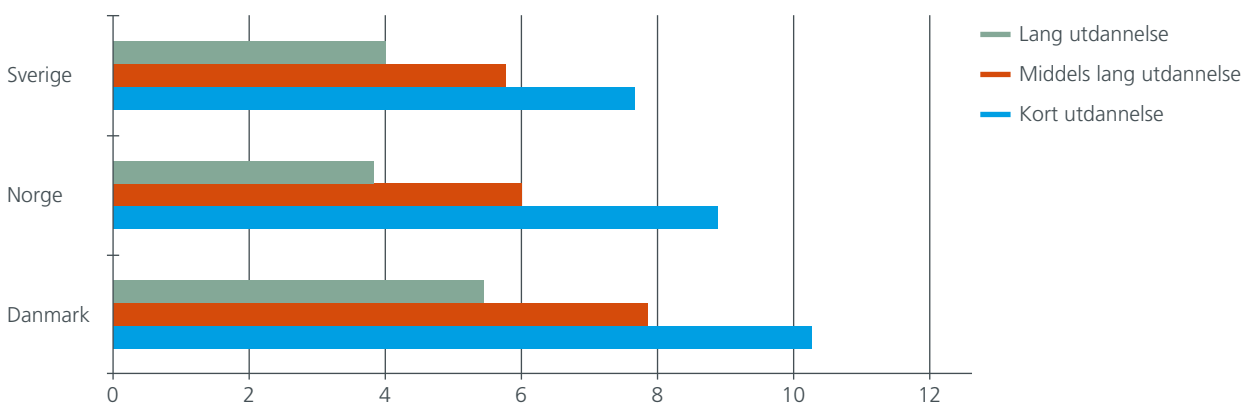


Sosial ulikhet i helse

Det er sosial ulikhet både når det gjelder risikoen for å bli syk og konsekvensene av å være syk. Det er for eksempel stor ulikhet med hensyn til hvem som overlever kreft, og hvem som risikerer å måtte forlate arbeidsmarkedet ved sykdom. I alle de skandinaviske landene er forskjellen i dødelighet og gjennomsnittlig levealder mellom personer med kort utdanning og personer med lang utdanning over dobbelt så stor i dag som den var for 40 år siden. For menn er forskjellen litt lavere i Sverige enn i Danmark og Norge. Ulikheten i dødelighet skyldes ikke minst i Danmark i stor grad dødsårsaker knyttet til tobakk og alkohol. Dessuten er diabetes blitt en sosialt svært skjevt fordelt sykdom.

Ulikheten i helserelatert arbeidsevne har imidlertid også andre årsaker. Her handler det om smerter i muskler og skjelett og et økende omfang av psykiske lidelser. Utdanning og helse henger tett sammen. Barnehagebarn som blir hengende etter i språkutviklingen, får problemer på skolen. Det kan gi psykiske symptomer som gjør det enda vanskeligere å klare skolearbeidet. Det er en av grunnene til at så mange dropper ut av skolen. Allerede i 20-årsalderen har personer uten videregående skole flere ganger så stor dødelighet som de som har fullført skoleløpet.

Figur 2: Dødelighet etter utdanning i Danmark, Norge og Sverige i aldersgruppen 15-74 år, 2001-2006



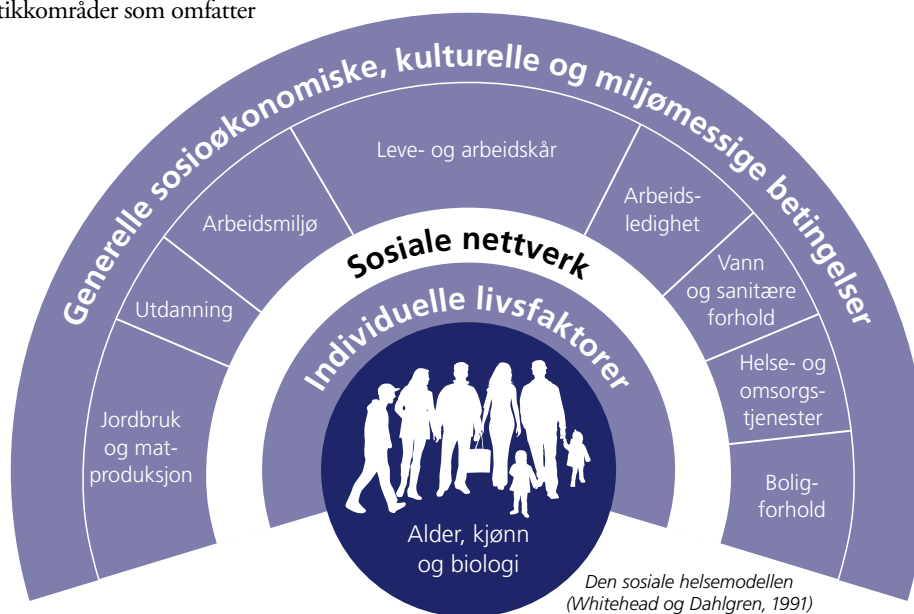
“Health in – and for – all policies”

God helse er en forutsetning for å kunne ha frihet til å leve det livet man setter pris på, og har dermed en verdi i seg selv. Det er også en forutsetning for å kunne ta utdanning og delta i arbeidslivet. Dermed er folkehelsen viktig for å opprettholde den høye sysselsettingen som den nordiske velferdsmodellen krever. Det betyr at systematiske og påvirkelige ulikheter i helse er urettferdige, dyre og en trussel mot samfunnets bærekraft på sikt.

Helsevesenet møter effektene, men kan bare påvirke noen få av årsakene til sosial ulikhet i helse. Dermed er ansvaret også knyttet til politikkområder som omfatter

barns oppvekst, skole, arbeidsmarked, matvarer, miljø og boliger. Men det er også i disse sektorenes egen interesse å gjøre noe med det, for en sunnere befolkning vil ha positiv effekt på kjerneoppgavene og målene. Det er derfor gode grunner til å tenke helse på alle politiske områder.

Dette er også en av grunnene til at alle de skandinaviske landene har lagt et stort folkehelseansvar på kommunene. For i kommunene utvikles og implementeres tiltak innenfor alle politiske områder som er relevante for å forbedre folkehelsen og utjevne ulikheter i helse.



Det politiske valget: Hvordan oppfatter man problemet?

Skandinaviske politikere oppfatter fenomenet *sosial ulikhet i helse* på forskjellige måter og vektlegger ulike aspekter i motivasjonen for å gjøre noe med ulikheten.

I Danmark handler det på lokalt plan gjerne om at vanskeligstilte ofte har dårlig helse og får for lite hjelp fra helsevesenet. Ulikheter i forebygging, behandling og rehabilitering i helsevesenet har typisk stått i fokus.

I Norge er problemet tydelig formulert som en “gradientutfordring”. Her er det med andre ord lagt vekt på at ulikhet i sykdomsforekomst danner en gradient gjennom hele befolkningen, på tvers av utdanning og yrke.

I Sverige har mange kommuner og regioner formulert problemet som et spørsmål om sosial bærekraft. En utvikling med stadig større sosiale forskjeller i en så sentral velferdskomponent som helse oppfattes som en ikke-bærekraftig utvikling.



Hvem er de sentrale aktørene?

Sosial ulikhet i sykdomsbyrde er et problem som formuleres i helsefaglige termer, men det har årsaker og konsekvenser som berører mange andre sektorer. Dermed ligger eierskapet – både til løsningene og til motivene for å iverksette dem – innenfor flere forskjellige politikkområder. Organisasjoner, sivilsamfunn, yrkesliv og akademiske institusjoner spiller også en sentral rolle.

De ulike sektorene er imidlertid svært forskjellige med hensyn til språk, lovgivning, evidensoppfatning og profesjoner. Det betyr at én sektor ikke kan fortelle en annen hvordan den skal arbeide. Men med et samarbeid som omfatter felles læring, kan de finne løsninger på overgripende utfordringene.

Nødvendig kunnskap

Kunnskap om hvordan sosial ulikhet i helse og forekomsten av årsakene ser ut lokalt, er viktig fordi det gir drivstoff til de politiske prioriteringene. Kunnskap om årsaksmekanismene som skaper ulikhet i helse, og om hvilke tiltak som kan redusere ulikheten, kan delvis hentes i nasjonale og internasjonale rapporter. Men det er behov for å konkretisere og tilpasse de anbefalte tiltakene til lokale forhold gjennom et tett samarbeid mellom politikkområdene.

Skal forslag til tiltak kunne overleve en hard budsjettprosess, er det en stor fordel å ha kunnskap om kostnadene og effektene. Vi vet stadig mer om dette, men også her er det behov for å tilpasse beregningene til lokale forhold.

Bærekraftig politikk

En bærekraftig politikk skal bygge på informasjon som på en troverdig måte kan knytte resultater til tiltak og kostnader.

Fordi tiltak som påvirker sosial ulikhet i helse, ofte vil høre under flere forskjellige sektorer, vil effekten av tiltak kunne merkes i en annen sektor enn den som implementerte (og investerte i) tiltaket. Dette stiller krav om en felles forståelse av evidens, men også om valide indikatorer som knytter resultatene og tiltakene sammen.

Årsakskjeden og tiden det tar fra et tiltak iverksettes, til det har effekt på helseulikheter, er lang. Det vil derfor være

interessant å måle relevante indikatorer der man raskere kan forvente å se en effekt, for eksempel: Hvor mange barn henger etter språklig ved skolestart? Hvor mange unge fullfører ikke videregående skole? Hvordan er den sosiale fordelingen når man ser på hvor mange som har et for høyt forbruk av tobakk og alkohol? Hvor stor er andelen dødsfall og somatiske sykehusinnleggelses som kunne vært unngått, blant psykisk syke? Hvor stor andel av dem som har lav utdanning og invalidiserende, langvarig sykdom, er i arbeid?





Hvilken organisering krever det?

En sterk helseforvaltning kan gjøre helsepolitikken, og dermed tiltakene mot sosial ulikhet i helse, synlig og faglig velfundert. Dette kan være avgjørende i en tidlig fase av politikktutviklingen. Men denne formen for organisering gjør det ofte vanskelig å skape et varig, bærekraftig eierskap til løsningene i de andre forvaltningene.

En organisasjon som samler flere politikkområder rundt arbeidet med relevante determinanter for sosial ulikhet i helse, har i flere kommuner vist seg å være effektiv. Det viktige er å synliggjøre de ulike politikkområdenes effekt på folkehelse og sosial ulikhet i helse, men for å utnytte potensielle synergieffekter kan det være like viktig å koordinere tiltak på tvers av politikkområder.

Matrise med determinanter og politikkområder

Determinant	Politikkområde				
	Barn og skole	Arbeidsmarked	Sosialpolitikk	Miljø & trafikk	Helsevesen
Barns utvikling					
Bolig-egregasjon					
Arbeidsløshet					
Fysisk aktivitet					
Tobakk og alkohol					



Hvorfor et skandinavisk perspektiv?

Å forebygge sosial ulikhet i helse er et mål i seg selv. Det handler imidlertid også om to av utfordringene som møter de skandinaviske velferdsstatene: å begrense utgifter til kronisk sykdom blant eldre og opprettholde god arbeidsevne i arbeidsstyrken.

Skandinaviske kommuner har flere ting til felles: De har fått et stort medansvar for folkehelsen og for å iverksette effektive tiltak som gir mest mulig (likhet i) helse for pengene. Sam-

tidig har de stor politisk frihet til å utforme politikken og dermed mulighet til å legge til rette for lokal deltakelse i gjennomføringen. Dette skaper en rekke av det forskningen kaller «naturlige eksperimenter», og med dagens gode helsedata har man dermed mange muligheter for å teste og evaluere eksperimentene og ikke minst formidle erfaringer og resultater til andre kommuner. *Disse mulighetene bør utnyttes mye bedre i fremtiden.*

Anbefalinger til det videre arbeidet

Rapporten *Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience* (Diderichsen, Scheele og Little, 2015) gir anbefalinger på følgende 11 områder:

- I. A comprehensive approach
- II. Policies build on the premises of each sector
- III. Support for generic policies
- IV. Knowledge of cost effectiveness
- V. Equity indicators linked to each sector
- VI. Build policymaking skills
- VII. Legislation matters
- VIII. Whole-of-society approach
- IX. Involve all sectors early “on equal terms”
- X. Vertical collaboration and support
- XI. Long-term commitment

Les mere om anbefalingene i rapporten som kan lastes ned her:

www.sst.dk/nordisk

UNIVERSITY OF COPENHAGEN
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

ØSTER FARIMAGSGADE 5
P.O. BOX 2299
1014 KØBENHAVN K

TLF. +45 35 32 79 62
WWW.IFSV.KU.DK