

UTJEVNE HELSEFORSKJELLENE I LØPET AV EN GENERASJON

I 2005 nedsatte WHO en kommisjon som skulle samle og sammenfatte dokumentasjon om egnede tiltak for å oppnå en mer rettferdig fordelt helse i verden, og komme med forslag til strategier for å oppnå dette. Kommisjonen for sosiale helsedeterminanter ble ledet av Professor Sir Michael Marmot, og i 2008 kom den endelige rapporten som viser resultatet av kommisjonens arbeid. Helsedirektoratet mener at denne rapporten er en milepæl i det globale folkehelsearbeidet, og har derfor bestemt seg for å publisere en norsk versjon av rapporten.



Kommisjonen for sosiale helsedeterminanter viser oss hvordan rettferdig fordeling av helse henger sammen med rettferdig fordeling av ressurser i verden – og at dette er noe vi kan gjøre noe med. Rapporten gir således klare føringer på innretningen i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Dette budskapet er sammenfallende med den norske strategien for å utjevne helseforskjeller; Stortingsmelding nr.20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, setter utjevning av sosiale forskjeller i inntekt, oppvekstvilkår, utdanning, arbeid og arbeidsmiljø, helseatferd og helsetjenester som de viktigste målområdene for å oppnå en mer rettferdig fordelt helse.

Videre ønsker Helsedirektoratet med denne oversettelsen å vise at direktoratet føler seg forpliktet til og ønsker å ta aktivt del i det internasjonale arbeidet mot sosiale ulikheter i helse.

Målgruppe

Fagpersoner, politikere, byråkrater, alle

Innholdsfortegnelse

- Del 1: Tilrettelegge for en global tilnærming til en rettferdig fordeling av helse
- Del 2: Dokumentasjon, tiltak, aktører
- Del 3: Levekår i hverdagen
- Del 4: Makt, penger og ressurser
- Del 5: Kunnskap, overvåking og ferdigheter: grunnlaget for handling
- Del 6: Oppbygging av en global bevegelse

Rapporten kan bestilles i Helsedirektoratet, referansenummer IS-0254. Den kan også lastes ned som et pdf-dokument: gå inn på www.helsedirektoratet.no, velg "Publikasjoner". På www.helsebiblioteket.no finnes den i emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse, velg meny-punkt "Sosial ulikhet i helse".

Commission on Social Determinants of Health ber om at forskjellene utjevnes i løpet av en generasjon:

Sosial rettferdighet er et spørsmål om liv og død. Den påvirker menneskers levemåter, og dermed også risikoen for sykdom og tidlig død. Vi ser med glede at den forventede levealderen øker og helsen stadig blir bedre i enkelte deler av verden, samtidig som vi er urolige over at dette ikke skjer andre steder. Et jentebarn som kommer til verden i dag, kan i enkelte land regne med å leve i over 80 år – men under 45 år i andre. I det enkelte land er det dramatiske helseforskjeller som har nær sammenheng med sosiale forhold. Slike forskjeller mellom landene og i det enkelte land burde rett og slett aldri forekomme.

Disse urettferdige helseforskjellene kunne ha vært unngått. De er en følge av vilkårene for menneskers oppvekst, liv, arbeid og aldring, og av de systemer som er innført for å håndtere sykdom. Mennesker lever og dør under betingelser som i sin tur bestemmes av politiske, sosiale og økonomiske krefter.

Den sosiale og økonomiske politikken er helt avgjørende for om et barn kan vokse opp, utvikle seg fullt ut og leve et liv som er rikt og meningsfylt, eller om livet blir forspilt. De helseproblemer som rike og fattige land står overfor, går i økende grad i samme retning. Utviklingen av et samfunn, enten det er rikt eller fattig, kan bedømmes ut fra befolkningens helse, hvordan god helse fordeler seg langs det sosiale spekteret, og i hvilken grad de som har dårlig helse, kan nyte godt av sosial trygghet.

I pakt med tanken om sosial rettferdighet ble Kommissjonen for sosiale helse-determinanter opprettet av Verdens helseorganisasjon (WHO) i 2005 for å samle dokumentasjon om mulige tiltak for å oppnå lik helse for alle og gi impulser til en global bevegelse for å oppnå dette.

Samtidig som Kommissjonen har vært i arbeid, er mange land og organisasjoner blitt partnere i arbeidet med å utforme politikk og programmer som skal gjelde for hele samfunnet, og som kan påvirke de sosiale helse-determinantene og gi en mer rettferdig fordeling av helse. Disse landene og partnerne fører an i en global bevegelse.

Kommissjonen oppfordrer WHO og alle lands myndigheter til å ta føringen i det globale arbeidet med sosiale helse-determinanter, med sikte på å oppnå lik helse for alle. Det er svært viktig at myndighetene, sivilsamfunnet, WHO og andre verdensomspennende organisasjoner nå går sammen om å vedta tiltak som kan gi verdens befolkning et bedre liv. Det er mulig å oppnå en rettferdig fordeling av helse i løpet av en generasjon. Det er det rette å gjøre, og tidspunktet for å gjøre det er nå.

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2009 - 6

Stikkord: Marmotkommissjonen. WHO.



HELSEDIREKTORATETS ÅRLIGE RAPPORT OM ARBEIDET MED Å UTJEVNE SOSIALE HELSEFORSKJELLER – FOLKEHELSEPOLITISK RAPPORT

Denne rapporten er et resultat av arbeidet med å etablere et rapporteringssystem som skal følge utviklingen i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Etableringen av Rapporteringssystemet – sosial ulikhet i helse, er et av hovedtiltakene i Stortingsmelding 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Siden helse produseres og fordeles på mange andre arenaer enn i helsesektoren, vil mange av de viktigste virkemidlene også ligge utenfor vår egen sektor. Arbeidet med å utjevne helseforskjeller fordrer derfor en tverrsektoriell tilnærming. Sammen med en rekke sentrale samfunnssek-

torer skal Helsedirektoratet rapportere og følge utviklingen på områdene inntekt, oppvekst og skole, arbeid, helseatferd, helsetjenester og sosial inkludering. Dette fordi det er ved å rette oppmerksomheten mot de bakenforliggende årsakene – de sosiale helse-determinantene – man kan gjøre noe med de sosiale helseforskjellene.



Rapporten er ment å fungere som en tilbakemelding på den effekt regjeringens fordelingsstrategier og politikk har - sett i et helsefordelingsperspektiv. En slik oppfølging er viktig for videre gjennomføring av tiltak og utforming av nye tiltak for å redusere helseforskjellene.

Rapporten skal utgis årlig fram mot 2017. Årets rapport er den første i sitt slag, og det vil være behov for videreutvikling og justeringer fra år til år. Vi ønsker imidlertid å bruke dette arbeidet til årlig å kunne løfte noen saker eller fagområder som vi anser utgjør en særlig folkehelsepolitisk utfordring. I årets rapport er vi særlig opptatt av å vise hvordan de ulike levevanene henger sammen med sosial bakgrunn. Dette må få konsekvenser for hvordan helsesektoren ved det forebyggende arbeidet bør innrette sin innsats; effektive strukturelle tiltak som treffer hele befolkningen synes å være det beste virkemiddel for å redusere sosiale forskjeller i fysisk aktivitet, ernæring og tobakksbruk.

FORORD FRA HELSEDIREKTØREN

Bakgrunn

I 2007 kom St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Stortingsmeldingen slår fast at det primære målet for den nasjonale folkehelsepolitikken er å oppnå en jevnere sosial fordeling av helsen – og dens påvirkningsfaktorer. Helse og fordelingen av helse skyldes nemlig ikke bare de områder som tradisjonelt har vært omfattet av helsesektoren; det er i folks hverdag og i de levekår man fødes, vokser opp, bor, arbeider og eldes at helsen formes for hver enkelt av oss. For å kunne gjøre noe med de sosiale helseforskjellene må man derfor rette oppmerksomheten mot de bakenforliggende årsakene – de sosiale helse-determinantene.

De sosiale helse-determinantene som produserer og fordeler helse, har fått økt oppmerksomhet også globalt. Høsten 2009 ga Helsedirektoratet ut en norsk oversettelse av Marmot-kommissjonens rapport, «Closing the gap in a generation – Health equity on social determinants of health» (2008). Marmotkommissjonen arbeidet på oppdrag fra Verdens helseorganisasjon med å utrede årsaker til og virkemidler mot sosiale ulikheter i helse. En av hovedanbefalingene til kommissjonen var å etablere systemer for overvåking av helseforskjellene og de sosiale helse-determinantene.

Et av hovedtiltakene i St.meld. nr. 20 var nettopp å etablere et rapporteringssystem som skal gi en systematisk oversikt over utviklingen i arbeidet med å redusere helseforskjeller. Dette skulle gjøres ved å følge utviklingen med et sett indikatorer på innsatsområdene inntekt, oppvekst/utdanning, arbeid, helseatferd, helsetjenester og sosial inkludering.

Denne rapporten er den første leveransen fra dette rapporteringssystemet.

Individ og samfunn

Bruken av strukturelle virkemidler som for eksempel pris, tilgjengelighet og reguleringer har, på folkehelsefeltet som på andre politikkområder, vært oppfattet som begrensninger i individets valgfrihet og ansvar. I enkelte tilfeller kan denne kritikken være berettiget: når myndighetsorganer legger begrensninger og føringer på den enkeltes handlegfrihet av den grunn alene at de mener å vite hva som er best for den enkelte, risikerer vi å få en formynderstat. Slike begrensninger og føringer er imidlertid berettiget når de tjener til å hegne om andre individers frihet. I ethvert samfunn vil den enkeltes handlegfrihet kunne gå utover andres frihet, og ofte vil dette – i fravær av regler, føringer og begrensninger – ramme de svakeste. Norges relativt strenge regulering av pris og tilgjengelighet på alkohol er således ikke først og fremst innført for at hver enkelt bruker skal leve sunnere, men fordi misbruk av alkohol nesten alltid går utover misbrukerens nærmeste. Røykeloven ble ikke innført primært for å få røykerne til å slutte å røyke, men for å sikre alle rett til et røykfritt arbeidsmiljø. Lave fartsgrenser og fartsdumper i veien i boligstrøk begrenser den enkeltes frihet til å kjøre så fort han eller hun vil, men sikrer samtidig barn og andre et tryggere nærmiljø. Innskrenkninger i den enkeltes frihet er berettiget når det tjener til å sikre andres frihet.

Reell individuell valgfrihet forutsetter også kunnskap om hvilke alternativer som finnes og hvilke konsekvenser de har. Ofte legger våre materielle, sosiale, kulturelle og psykososiale omgivelser sterke føringer på hva vi oppfatter som alternativene og hva vi tror de vil føre til. Hvis sunn mat er dyrere enn usunn mat, vil mange måtte velge å spise usunt. Hvis avstanden til nærmeste rekreasjonsområde er lang og vanskelig, vil mange måtte velge å bli hjemme. Og hvis kunnskapen om helsefarene ved snusbruk er dårlig kjent, vil flere velge å snuse enn hva som ellers kunne vært tilfelle. Samfunnet har et ansvar for å legge til rette for at de sunne valgene også blir de enkle valgene.

Sosiale ulikheter i helse oppstår ikke først og fremst fordi noen velger å leve sunt, mens andre velger å leve usunt. De oppstår fordi de samfunnskapte strukturene legger føringer på den enkeltes valgfrihet. Det er åpenbart at et barn født i en materielt og sosialt ressurssterk familie, har andre og langt flere muligheter enn et barn født i en familie som sliter med å få endene til å møtes. Sosiale ulikheter i helse oppstår fordi valgfrihet i seg selv er ulikt fordelt i samfunnet. Denne sjanseulikheten skyldes samfunnskapte strukturer, og strukturelle virkemidler er den mest effektive og rettferdige – og kanskje også den eneste – måten å endre dem på. Så strukturelle virkemidler, når de er berettiget, fører først og fremst til større valgfrihet – for flere.

Tverrsektoriell tilnærming

Siden helse produseres og fordeles på mange andre arenaer enn i helsesektoren, vil mange av de viktigste virkemidlene også ligge utenfor vår egen sektor. Arbeidet med å utjevne helseforskjellene fordrer derfor en tverrsektoriell tilnærming. Helsemyndighetene må i større grad være pådrivere for å ansvarliggjøre andre sektorer og ta initiativ til utstrakt forvaltningssamarbeid. Vi må bidra til å utvikle tverrsektorielle løsninger som bidrar til gode oppvekst- og levekår og et inkluderende og sunt arbeidsliv. Bare slik kan vi legge til rette for sunnere levevaner og fremme trygghet og deltakelse.

Rapporteringssystemet og denne rapporten bygger på et formalisert samarbeid mellom flere sentrale direktorat, departement og fagmiljøer. Det holdes tversgående møter på departementsnivå som følger utviklingen i arbeidet med rapporteringssystemet. Dette gjøres det nærmere rede for i rapporten. Poenget er at vi ikke kan bedre befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg, uten å engasjere og ansvarliggjøre andre samfunnssektorer.

Hvorvidt helsesektoren selv bør ha en ledende rolle i det tverrsektorielle arbeidet, avhenger av den aktuelle problemstillingen. Dette må vurderes

ut fra i hvert fall to forhold:

1) kunnskap om årsaker og effektive tiltak og 2) hvorvidt helsesektoren selv har kontroll over tiltakene som skal settes i verk. Det kan være nyttig å tenke seg tre ulike roller for helsesektoren:

For det første har vi situasjoner hvor helsesektoren selv bør og må lede an arbeidet. Dette er situasjoner hvor sektoren selv har best erfaring og kunnskap om effektive tiltak og hvor sektoren også har kontroll over tiltakene. Et eksempel på dette kan være grupperettet forebyggende arbeid i regi av kommunale forebyggende helsetjenester som helsestasjon og skolehelsetjeneste.

For det andre har vi situasjoner hvor helsesektoren har kunnskap om effektive tiltak, men der den ikke har kontroll over tiltakene. Eksempler på dette er ved innføring av skolefrukt eller økt fysisk aktivitet i skolen. Her bør helsesektoren ha en pådriver- og forhandlerrolle.

For det tredje har vi situasjoner hvor helsesektoren har noe kunnskap og kan vise til uheldige helsemessige konsekvenser av tiltak i andre sektorer, men hvor sektoren selv ikke har kontroll over tiltakene eller vet hvordan tiltak bør utformes. Eksempler på dette kan være sosial inkludering i skole eller arbeidsliv.

Folkehelsepolitiske utfordringer

Denne rapporten er inndelt etter følgende innsatsområder: inntekt, oppvekst, arbeid, helseatferd og helsetjenester. Dette er sentrale påvirkningsfaktorer for helse og fordelingen av helse. I det følgende vil vi fra et folkehelsepolitisk ståsted peke på noen utviklingstrekk vi mener er særlig bekymringsfulle. Vi vil også trekke fram noen trender innenfor vårt eget fagområde – helseatferd – og skissere tiltak vi anser som hensiktsmessige for at hele befolkninger skal kunne gjøre sunne helsevalg.

I Norge ser vi klare sosiale ulikheter i **læring** og fullføring av videregående opplæring. Rapporten viser for eksempel at blant elever på yrkesfaglig utdanning, vil ca. halvparten av de med foreldre med kort utdanning (grunnskole), slutte underveis eller ikke fullføre. Blant de med foreldre med middels lang utdanning (videregående) er denne andelen ca. 30 %. Selv blant de med foreldre med lang utdanning er andelen 20 %. I et langtidsperspektiv er forebygging av frafall fra skolen kanskje en av våre aller største folkehelseutfordringer.

En skolehelsetjeneste med tilstrekkelig kapasitet er et viktig tiltak for å utjevne sosial ulikhet i helse. Tjenesten har for lav kapasitet, og denne rapporten viser at vi ikke har god nok statistikk for å følge utviklingen på området. Et tiltak i Helseforskjellsmeldingen er å styrke tjenesten. Det blir en utfordring i de kommende år å realisere meldingens ambisjoner og utvikle tjenesten både med tanke på innhold og kapasitet.

For de fleste helsetjenester blir kapasitetsproblemer fort synlige gjennom ventelister av trengende pasienter. Når det gjelder **forebyggende og helsefremmende tjenester**, er situasjonen annerledes. Tjenestene henvender seg til alle og til personer i risiko med den hensikt å hindre at problemer oppstår og får utvikle seg. Underbemanning blir derfor ikke synliggjort gjennom tydelige køer av folk med ulike plager. Helsedirektoratet mener derfor at tiden er kommet for å vurdere om det bør fastsettes personellnormer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Ellers vil forebyggende tjenester for barn og unge lett kunne tape ved prioritering innen begrensede ressursrammer.

Å bli utestengt fra **arbeidslivet** innebærer en helse- og livsrisiko. Fra et folkehelsepolitisk ståsted er det avgjørende at vi klarer å opprettholde sysselsettingen i møtet med den globale økonomiske utviklingen. Særlig bekymringsfullt er det at om lag en tredel av ledigmeldte til NAV er unge mennesker i aldersgruppen 20 – 29 år. Til våren vil Helsedirektoratet publisere en rapport som ser på sammenhengen mellom arbeid, helse og sosial ulikhet. Slik ønsker vi å få belyst både de umiddelbare og langsiktige helsemessige konsekvensene av å bli utestengt fra arbeidsmarkedet, og hvordan disse konsekvensene treffer ulike sosiale lag i befolkningen.

I 2008 ble **Kvalifiseringsprogrammet** innført i NAV som et virkemiddel for å hjelpe personer som er, eller står i fare for å bli, langtidsmottakere av sosialhjelp, over i arbeid. Ordningen vil være landsdekkende fra 1. januar 2010. Deltakerne i kvalifiseringsprogrammet tilbys tett individuell oppfølging og individuelt tilpassede tiltak. Kvalifiseringsprogrammet blir ansett som et av hovedtiltakene i bekjempelsen av fattigdom, og i det ligger det også et stort helsepotensiale. Lykkes vi med å bekjempe fattigdom og

sosial eksklusjon gjennom deltagelse, arbeid og aktivitet, vil flere få bedre helse, og det vil bidra til utjevning av de sosiale helseforskjellene.

På enkelte **helseatferdsområder** er utviklingen på rett vei, men vi trenger fortsatt å ha et tydelig fokus på disse områdene og ikke minst på hvordan helseatferd fordeler seg i ulike grupper av befolkningen. De utviklingsstrekk som kommer til syne på disse områdene, må legge viktige premisser for kommende tiltak og strategier.

Når det gjelder **tobakksbruk**, så er røyking blant unge halvert i løpet av de siste fem årene. Likevel er det blant 10.-klassinger om lag fire ganger så mange som røyker blant dem med lavest sosioøkonomisk status sammenlignet med dem med høyest sosioøkonomisk status. I den voksne befolkningen er det om lag tre ganger så mange som røyker blant dem som ikke har utdanning utover ungdomsskolen, sammenliknet med dem med universitets- eller høyskoleutdanning. Røyking er dermed den helseatferdsfaktoren der sammenhengen med sosioøkonomisk status er sterkst, og helserisikoene er også svært godt dokumentert.

Gjennom det siste tiåret har det blitt betydelig færre som røyker i Norge, andelen er redusert med én tredel. Nedgangen kan ses i alle sosiale lag av befolkningen, men forskjellene er fortsatt store. For å oppnå bedre helse i befolkningen må både voksne røykere slutte og unge la være å begynne. Hvis ikke vil vi ikke se bedre resultater i folkehelse før om flere tiår.

Effektive strukturelle virkemidler er vesentlig for å utjevne helseforskjeller, og høye priser er en forutsetning. For å utjevne forskjeller ytterligere, må tilgjengeligheten reduseres, både til tobakksvarer og til områder hvor det kan røykes:

- Tilsynsordning for å sikre overholdelse av aldersgrensen for salg av tobakk. Unge under 18 år får altfor lett tak i tobakksvarer.
- Endringer i regelverket for å gjøre arbeidsplasser helt røykfrie gjennom å fjerne unntak i tobakkskadeloven som tillater røyking blant annet på enkeltrom og røykerom. Røykeforbud på offentlige steder har stor betydning for livskvaliteten til mange.
- Enhetlig regelverk for å hindre bruk av tobakk i barnehager og skoler.

Indikatorerne for kosthold viser at det er store sosiale forskjeller i inntaket av frukt, grønnsaker og sukkerholdig drikke både blant unge og voksne. Andelen spedbarn som fullammes ved 4 måneders alder, øker med økende utdanningsnivå hos mor. Andelen elever i rene barneskoler som deltar i skolefruktordningen, har økt fra 15 % til 27 % i perioden 2005–2008. Det er derfor langt igjen til at alle elever får skolefrukt. Særvogtningen på alkoholfrie drikkevarer (inkludert sukkerholdig brus) økte fra kr 1,52 til kr 1,68 kr per liter i perioden 2002–2008 og til kr 2,71 per liter fra 2008 til 2009.

I løpet av de siste ti årene har det samlede forbruket av frukt og grønnsaker økt. Dette er bra, men utviklingen går sakte, og det er langt igjen til vi er på de nivåene vi ønsker. Omsetningen av sukkerholdig brus minsket først i flere år, men har siden økt igjen de siste årene. Omsetningen av godteri har økt fra ca. 13 til 15 kg per innbygger per år de siste ti årene. For å få endringene i kostholdet til å gå raskere og for å utjevne de sosiale forskjellene i kostholdet, er det nå viktig å styrke tiltakene som angår matvarepriser og skolemat:

- Fritak på moms på nøkkelhullsmerkede matvarer bør vurderes.
- Markedsføring av usunn mat og drikke til barn og unge bør forbyes.
- Gratis fruktordning til alle barn og unge fra barnehage til og med videregående skole bør sikres, og på sikt bør vi utvide dette til et fullstendig mattilbud gjennom dagen.

Indikatorerne på **fysisk aktivitet** viser at det blant voksne er tydelige forskjeller i fysisk aktivitetsnivå etter utdanning, men mindre tydelig i forhold til inntekt. Blant barn og unge er bildet sammensatt. Samtidig ser vi i rapporten at det generelle fysisk aktivitetsnivået i den norske voksne befolkningen er urovekkende lavt i forhold til anbefalingene. Hver femte voksne nordmann er fysisk aktiv minst 30 minutter hver dag, samtidig vet vi at

halvparten av 15-åringer oppfyller anbefalingene om minst 60 minutters daglig fysisk aktivitet for barn og ungdom. Dette er lavt, da aktivitetsbolker ned på 10 minutters varighet kan regnes med.

Vi ser videre i rapporten en alarmerende trend med økning av overvekt og fedme med etterfølgende komplikasjoner som metabolsk syndrom og diabetes type to. Denne trenden kan ikke snus uten krafttak på helseatferdsområdene. Her må det tas i bruk normative, pedagogiske, strukturelle og økonomiske virkemidler over tid. Det må jobbes strukturt i minst en tiårsperiode hvis vi skal kunne snu denne utviklingen.

For å øke det fysiske aktivitetsnivået, må innsatsene økes kraftig på flere områder. Spesielt viktig er:

- Daglig fysisk aktivitet i skolen
- Økt utbygging av gang- og sykkelveier,
- Et bredt spekter av gode lavterskeltilbud i nærmiljøet som alle kan bli med på. Viktige arenaer er skole, arbeidsliv, nærmiljø og fritid. Det vil være naturlig at staten samhandler med privat og frivillig sektor.

I tillegg er det viktig å styrke opplæringen i helse- og levevaner i grunn-, videre- og etterutdanning blant helsepersonell, skole- og barnehagepersonell og andre relevante utdanninger (f.eks. ingeniør og arkitekt).

Til slutt

Helseforskjellsmeldingen legger opp til et ambisiøst løp for å måle og rapportere om utviklingen når det gjelder fordeling av faktorer som påvirker fordeling av helse i samfunnet. En slik oppfølging er viktig for videre gjennomføring av tiltak og identifisering av nye tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller. Dette forutsetter en tverrsektoriell tilnærming og samarbeid. Hele 9 departement og underliggende etater har fulgt med og gitt bidrag og innspill til denne rapporten. Dette har vært en konstruktiv og nyttig prosess, og vi vil gjerne framheve dette samarbeidet som et viktig resultat i seg selv.

Det er første gang en fra helsehold forsøker å lage en slik sammenstilt oversikt over utviklingen. Det er en krevende øvelse å balansere forenkling og presisjon, særlig når tilgang på data er begrenset. Denne rapporten er et første forsøk på å vise utvikling og fordeling av viktige påvirkningsfaktorer for helse – og den er på ingen måte komplett. Rapporteringen må kontinuerlig forbedres.

Bjørn-Inge Larsen
Helsedirektør

Rapporten som har referansenummer IS-1763, kan bestilles i Helsedirektoratet.

Gå inn på www.helsedirektoratet.no, velg publikasjoner. Den kan også lastes ned som pdf-dokument. På www.helsebiblioteket.no finner du rapporten under emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelsearbeid, meny-punkt "Sosial ulikhet i helse".

Referansekode i 'Helsrådet': ULI 2009 - 7

Stikkord: Folkehelsepolitisk rapport. Helsedirektoratet.

HELSE RÅDET

Nytt fra emnebibliotek for samfunnsmedisin og folkehelsearbeid
Helsebiblioteket, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Redaktør: Anders Smith
Telefon 92 89 56 16
Internett: <http://www.helsebiblioteket.no>
e-post: smi@helsebiblioteket.no