

Sosiale miljøfaktorer – intensjoner og innhold
Delutredning i gjennomgangen av miljørettet helsevern

Heftets tittel: Sosiale miljøfaktorer – intensjoner og innhold

Utgitt: 12/2008

Bestillingsnummer: IS-1659

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling miljø og helse
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1659

Innhold

1	Innledning	4
2	Intensjonene bak innføringen av ”sosiale miljøfaktorer” i kommunehelsetjenesteloven	5
2.1	Forhistorien	5
2.2	NOU 1984:28 om helserådstjenesten (Wiik-utvalgets innstilling)	6
2.3	Ot.prp. nr. 40 (1986-1987) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene m.m. (Miljørettet helsevern i kommunene)	8
3	Omfang av og innhold i begrepet sosiale miljøfaktorer	10
3.1	Noen begrepsavklaringer	10
3.1.1	Sosiale faktorer	10
3.1.2	Psykososiale faktorer	11
3.1.3	Sosiale ulikheter i helse	11
3.2	Noen viktige sosiale miljøfaktorer	12
3.2.1	Sosiale levekår og sosial kapital	13
3.2.2	Bomiljø	14
3.2.3	Arbeid og arbeidsmiljø	14
3.2.4	Skole og utdanning	16
3.3	Kommunenes arbeid med sosiale miljøfaktorer	18
4	Oppsummering og konklusjon	21
	Litteratur	22

1 Innledning

St.meld. nr. 16 (2002-2003) varslet et utvalgsarbeid som skulle foreta en bred gjennomgang av miljørettet helsevern, herunder en utdyping av "sosiale miljøfaktorerens betydning for helsen og hvilke implikasjoner det har også for kommunenes arbeid".

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har senere bedt om at gjennomgangen av miljørettet helsevern foregår i to faser, der første fase omfatter bedre dokumentasjon av utfordringer på området og fase to er et utvalgsarbeid med forslag til tiltak for å møte utfordringene som er dokumentert i fase én.

Videre har HOD, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet avtalt at fase én skal inneholde tre delprosjekter: 1) en gjennomgang av de ulike miljøfaktorenes betydning for helsen (kjemiske, fysiske og biologiske), og fordelingen av disse, 2) en evaluering av miljørettet helsevern-forskriften m.v. og 3) en utredning om sosiale miljøfaktorer.

Dette dokumentet handler om del 3) i fase én – sosiale miljøfaktorer.

Begrepet "sosiale miljøfaktorer" ble innført i forbindelse med et nytt kapittel om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven i 1988 (jf. Ot.prp. nr. 40, 1987-88), men det er mye som tyder på at begrepet er lite brukt, lite kjent og/eller ikke prioritert i kommunene. I Helsedirektoratets rapport om *Stoda i det lokale folkehelsearbeidet* (2006) sies det at "Bildet som tegner seg er at hovedtyngden av det lokale er rettet mot risikoreduksjon, og i mindre grad mot sosiale forhold" (s. 5).

Helsedirektoratet har tidligere (i brev til HOD 16.11.2007) pekt på to problemstillinger som bør belyses i en utredning om sosiale miljøfaktorer: 1) en klarlegging av intensjonene med lovendringen da begrepet "sosiale miljøfaktorer" ble innført i lov om helsetjenesten i kommunene, med utgangspunkt i forarbeidene, og 2) en vurdering av hva begrepet sosiale miljøfaktorer/sosiale miljøforhold omfatter, herunder en presentasjon av relevante sosiale miljøfaktorer ut fra kommunehelsetjenestens lokale perspektiv. I det følgende beskrives disse to problemstillingene etter tur.

2 Intensjonene bak innføringen av ”sosiale miljøfaktorer” i kommunehelsetjenesteloven

2.1 Forhistorien

I lov av 16. mai 1860 om Sundhedscommissioner og Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme sygdomme (Sunnhetsloven), het det i § 3

Kommisjonen skal ha sin oppmerksomhet henvendt på stedets sunnhetsforhold og hva derpå kan ha innflytelse så som: renslighet, skadelig stillestående vanns avledning, vannhusers, urinsteders og gjødselsbingers innretning og rensning, oppleggelse av gjødsel eller andre gjenstander som f.eks. ben eller klute, der kan innvirke skadelig på sunnhetsstanden, drikkevannets beskaffenhet, skadelige næringsmidlers forbehandling, boliger, som ved mangel på lys, luft, ved fuktighet, urenslighet eller overfylling med beboere har vist seg å være bestemt skadelig for sunnheten.

Selv om sykdomsbildet i befolkningen den gang var et annet enn i dag, og sterkt preget av infeksjonssykdommer, hadde Sunnhetsloven et klart forebyggende formål som fortsatt har gyldighet. Loven viste seg også av andre grunner å ha lang holdbarhet, og den ble opphevet først med kommunehelsetjenesteloven (1984), endringer i kommunehelsetjenesteloven om miljørettet helsevern (1988) og smittevernloven (1995).

Disse endringene var dels motivert av behovet for endringer i administrative og forvaltningsmessige forhold, dels av endringer i sykdomsbildet og helsens risikofaktorer. Ikke minst stod problemstillinger knyttet til nye miljøproblemer sentralt i forarbeidene. En offentlig utredning om helse- og sosialtjenesten i kommunene fra 1979 (Nyhus-utvalget), uttalte bl.a.

Selv om miljøverntiltak bygges ut i Miljøverndepartementets regi, med bygningsrådene som de lokale organer, vil det på kommuneplanet være nødvendig å beholde den teknisk/hygieniske inspeksjonsvirksomheten som nå utføres i helserådene, som et nødvendig supplement og korrektiv (NOU 1979:28).

Ot.prp. nr. 36 (1980-81) Helse og sosialtjenesten i kommunene, som fulgte opp Nyhus-utvalgets innstilling, viste til at

De moderne miljøproblemer er av en helt annen art enn dem man stod overfor da vi fikk Sundhetsloven i 1860. Den fremtidige helserådstjeneste må tilpasses de endringer som har funnet sted og som man kan regne med i årene som kommer.

Odelstingsproposisjonen om helse- og sosialtjenesten i kommunene konkluderte med – i tråd med anbefalinger fra Nyhus-utvalget og flere av høringsinstansene – at det var behov for en egen utredning på dette området:

For å klargjøre disse forhold og trekke opp retningslinjene for funksjoner og oppgaver for helserådene i framtida vil departementet nedsette et eget utvalg med representasjon fra berørte instanser...

Sosialdepartementet nedsatte et bredt sammensatt utvalg for å utrede den framtidige helserådstjeneste i mai 1981, og utvalget la fram sin utredning – NOU 1984:28 Helserådstjenesten – i juni 1984. Et eget kapittel i denne utredningen var viet "Sosiale miljøfaktorer", og dette området ble dermed eksplisitt foreslått innført som en del av ansvaret i det kommunale forebyggingsarbeidet.

2.2 NOU 1984:28 om helserådstjenesten (Wiik-utvalgets innstilling)

Utredningen om helserådstjenesten, som ble ledet av fylkeslege i Aust-Agder, Johannes Wiik, fikk bl.a. i mandat å "gi en oversikt – med begrunnelser – over andre (nye) oppgaver av tilsvarende art som det vil være rimelig å innlemme i helserådstjenesten i fremtiden." Utvalget oppfattet dette slik at man i tillegg til mer tradisjonelt forebyggingsarbeid også skulle

...vurdere Sunnhetslovens intensjoner ut fra dagens sykdomspanorama og de årsaksfaktorer som er dominerende i denne forbindelse. Det følger av dette at man (...) ikke bare kan begrense seg til det fysiske miljø (NOU 1984:28, s. 32).

I følge Wiik-utvalget dreiet de tradisjonelle helserådstjenestene etter Sunnhetsloven seg for det meste om forhold i det fysiske miljø, som renovasjon, drikkevannshygiene, næringsmiddelhygiene, skadedyr, bolighygiene, skolehygiene, lufthygiene, hygiene i leirplasser og forsamlingslokaler, dyrehold i tettbebyggelse, badevann og støy. Senere kom også kjemiske forgiftninger til. Hovedfokus for det tradisjonelle, forebyggende helsearbeidet var således biologiske, kjemiske, fysikalske og klimatiske forhold.

Wiik-utvalget viste til at det fram mot omkring 1950 hadde skjedd en utvikling i faget hygiene som førte til at sosialmedisinen ble skilt ut som et eget fagfelt. Professor i hygiene ved Universitetet i Oslo, Axel Strøm, argumenterte i en artikkel i bokverket *Nye medisinske framskritt* (1949) for at man i forebyggende arbeid i større grad burde legge vekt på sosialhygien. Strøm definerte sosialmedisin som:

Læren om samfunnsforholdenes innflytelse på befolkningens helsetilstand og de tiltak samfunnet setter i verk for å bevare og bedre folkehelsen (sitert fra NOU 1984:28, s. 60).

To år senere fikk Strøm etter eget initiativ omgjort professoratet sitt fra hygiene til sosialmedisin.

Imidlertid kom det nye fagområdet sosialmedisin i følge Wiik-utvalget i stor grad til å konsentrere seg om individrettede forebyggende tiltak og tiltak rettet mot bestemte grupper. Helsemessig uheldige sosiale forhold ble derfor lokalt verken ivaretatt av sosialmedisinere eller hygienikere og helserådene tok som regel ikke sosiale miljøfaktorer med i sine vurderinger og oppgaver etter sunnhetsloven. Wiik-utvalget så det som "viktig å rette opp denne skjevhet."

Wiik-utvalgets nærmere omtale av sosiale miljøfaktorer vektlegger forhold i nærmiljøet, konsentrert om fem sosiale "systemer" eller "strukturer": *sosialt nettverk* (innstillingens punkt 9.2.2 og 9.3.1), *bomiljø* (punkt 9.2.3 og 9.3.2), *arbeidsmiljø* (punkt 9.2.4 og 9.3.3), *lokalsamfunn* (punkt 9.2.5 og 9.3.4) og *storsamfunn* (punkt 9.2.6).

En generell innledning om *kontakt og tilhørighet* (punkt 9.2.1) handler om forholdet mellom psykisk helse og sosiale relasjoner. Utvalget merker seg at psykiatriske lidelser både kan være en årsak til og en effekt av ensomhet og mangel på sosial kontakt, men at mer sosial kontakt uansett er gunstig for den psykiske helse.

Et avsnitt om *sosialt nettverk* definerer dette som "uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre", som familie, venner arbeidskolleger og naboer. Nettverket blir videre beskrevet som et forum for "sosialt bytte" av "goder" som emosjonell kontakt, kunnskap og erfaringer, materielle ressurser, tjenester og sosial kontroll. Utvalget viser til flere undersøkelser som dokumenterer betydningen av sosiale nettverk for både fysisk helse (dødelighet) og psykisk helse – sistnevnte særlig i form av graden av sårbarhet for ulike risikofaktorer.

Utvalget peker på flere faktorer i *bomiljøet* som kan ha negative helseeffekter: dårlig utviklede sosiale nettverk, manglende mulighet til å påvirke, manglende stabilitet og skjev aldersfordeling. Utvalget merker seg også at både positive og negative miljøfaktorer har en tendens til å hope seg opp i enkelte strøk i de større byene.

Det er særlig to faktorer i *arbeidsmiljøet* som trekkes fram av utvalget som betydningsfulle for helsen: muligheten for selvbestemmelse i arbeidssituasjonen og muligheten for å utfolde evner og interesser gjennom arbeidet. Det er kanskje særlig den første av disse som i følge utvalget burde være av interesse for helsemyndighetene. Utvalget peker også på at arbeidsledighet har klart negative helsekonsekvenser.

Lokalsamfunnet omfatter i følge Wiik-utvalget de fleste funksjoner av betydning for sosialt liv og trivsel, inkludert formelle og uformelle nettverk, bomiljø og arbeidsmiljø. Oppløsningstendenser i lokalsamfunnet – som for eksempel kan skyldes "stor grad av inn- og utflytting, fattigdom, små muligheter for arbeid, sekularisering, kulturell forvirring og rask sosial endring" – har i følge utvalget svært negative konsekvenser for helsen.

Storsamfunnet ligger utenfor helserådstjenestens virkefelt, men utvalget noterer seg at forhold i bomiljø, arbeidsmiljø og lokalsamfunn er avhengig av de underliggende sosiale og økonomiske prosesser i storsamfunnet. Det er derfor en del av helsevesenets ansvar å påpeke de helsemessige konsekvenser av forhold i storsamfunnet.

Wiik-utvalget drøfter også mulige tiltak innenfor de ulike sosiale systemene (punkt 9.3). På området *sosiale nettverk* nevnes for eksempel samtalegrupper i tilknytning til helsestasjon og gruppevirksomhet med utgangspunkt i spesielle psykiatriske risikogrupper – for eksempel nylig fraskilte, enslige og gamle. I forhold til *bomiljø*

framhever utvalget blant annet det forebyggende potensial som ligger i påvirkning av selve planprosessen. Innenfor *arbeidslivet* peker utvalget på bedriftshelsetjenestens ansvar for å følge opp arbeidsmiljølovens krav til det psykososiale miljøet. I forhold til *lokalsamfunnet* blir helsevesenets oppgave å registrere og påvise de helsemessige konsekvenser av sosial- og allmennpolitikken.

Som konklusjon på drøftingen av sosiale miljøfaktorer peker utvalget på at helsemyndighetene i for liten grad har deltatt i samfunnsplanleggingen generelt, og spesielt at de samme myndigheter har vært tilbakeholdne med å påpeke helseskadelige forhold som skyldes årsaker utenfor helsesektoren.

2.3 Ot.prp. nr. 40 (1986-1987) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene m.m. (Miljørettet helsevern i kommunene)

Wiik-utvalgets innstilling ble fulgt opp i Ot.prp. nr. 40 (1986-87) Om lov om endring i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (Miljørettet helsevern i kommunene). Hovedinnholdet i denne lovproposisjonen var et nytt kapittel 4a om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven. Samtidig ble begrepet "helserådstjeneste" erstattet med begrepet "miljørettet helsevern" og to nye ledd føyd til i lovens innledende bestemmelser (§ 1-4).

Den første tilføyelsen i lovens innledning var langt på vei en videreføring av sunnhetslovens formålsparagraf: "Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen." I motsetning til sunnhetsloven, regner kommunehelsetjenesteloven ikke opp eksempler på faktorer som kan virke inn på helsetilstanden i kommunen. Det er rimelig å se dette på bakgrunn av at slike faktorer erfaringsmessig skifter over tid, og en eksemplifisering vil, i strid med bestemmelsens intensjon, fort virke utdatert og begrensende.

Den andre tilføyelsen i kommunehelsetjenestelovens innledende bestemmelser, gir helsetjenesten en samarbeidsplikt med andre forvaltningsorganer: "Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid" (§1-4, annet ledd). Loven angir også, noe mer fleksibelt, hvilke former et slikt samarbeid kan ta: "Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet..." (samme sted).

I det nye kapitlet om miljørettet helsevern er det særlig definisjonen av miljørettet helsevern som har interesse her: "Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer" (§ 4a-1, første ledd). I departementets merknader til denne formuleringen legges det vekt på at definisjonen også omfatter *sosiale* miljøfaktorer:

Definisjonen angir at det er miljøfaktorenes innvirkning på helsen som er det sentrale i miljørettet helsevern. I denne sammenheng er også menneskene rundt individet å anse som en miljøfaktor, jfr. at miljørettet helsevern også omfatter sosiale

miljøfaktorer og at helsetjenestens formål etter § 1-2 bl.a. omfatter trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold (Ot.prp. nr. 40, 1986-87, s. 66).

Videre understreker departementet nødvendigheten av at helsetjenesten har et dynamisk forhold til hva som er helsens påvirkningsfaktorer:

Videre er det lagt opp til at bestemmelsen skal kunne fange opp utviklingen etter hvert som nye miljørelaterte helseproblemer oppstår (samme sted).

Utover disse nokså generelle merknadene, står det i Ot.prp. nr. 40 (1986-87) relativt lite om begrepet "sosiale miljøfaktorer". Proposisjonens punkt 5.6.3, som handler om begrepet, slår fast at sosiale miljøfaktorer er viktige for "dagens sykdomspanorama" – mentale lidelser og mistilpasning er nevnt som eksempler, men det nevnes også at "nyere forskning viser at sosial kontakt mer generelt er av betydning for dødeligheten", under en indirekte henvisning til amerikansk forskning på sosial kapital. For øvrig ramser departementet opp de samme områdene som Wiik-utvalget hadde beskrevet: kontakt, tilhørighet, sosialt nettverk, bomiljø, arbeidsmiljø, lokalsamfunn og storsamfunn. På bakgrunn av tidligere nevnte merknader om at begrepet om helsens påvirkningsfaktorer må være dynamisk, er det ikke rimelig å anse denne listen som uttømmende.

Avslutningsvis under punkt 5.6.3 om sosiale miljøfaktorer, peker departementet på at helsetjenestens rolle på en del av de aktuelle påvirkningsområdene er noe begrenset:

Departementet mener det kan være grunn til å understreke at helsetjenesten ikke skal være ansvarlig for tiltak innen sosialsektoren. Men som ved alle sykdommer må helsetjenesten ha et ansvar for å analysere sykdomsårsakene hos de pasienter som oppsøker helsetjenesten, og gi sine informasjoner videre til den som er ansvarlig for tiltak som kan redusere/fjerne disse årsaksfaktorer (samme sted).

Det er i Ot.prp. nr. 40 (1986-87) ikke sagt noe om det i høringen av Wiik-utvalgets innstilling kom fram noen kommentarer om sosiale miljøfaktorer.

Ot.prp. nr. 40 (1986-87) er en relativt knapp proposisjon som sier relativt lite om hva som skal forstås med begrepet "sosiale miljøfaktorer". Dette må blant annet forstås på bakgrunn av departementets uttalte syn på sosiale miljøfaktorer som et nødvendigvis dynamisk begrep, som må kunne fange opp utviklingen etter hvert som nye helseproblemer og -risikoer oppstår. På den annen side regner departementet opp nokså detaljerte lister over andre deler av det miljørettede helsevern, og særlig i forbindelse med den såkalte "omgivelsehygiene", som defineres i en 17 punkts liste i avsnitt 5.1.1 (Ot.prp. nr. 40, 1986-87, s. 23-24). Dette kan ha bidratt til at arbeidet med miljørettet helsevern i kommunene i praksis har rettet mer oppmerksomhet mot slike fysiske, kjemiske og biologiske omgivelsesfaktorer som departementet konkret regner opp, enn mot de vagere formulerte sosiale miljøfaktorene. Dette har i så fall ikke vært departementets intensjon.

3 Omfang av og innhold i begrepet sosiale miljøfaktorer

3.1 Noen begrepsavklaringer

Noen av problemene med et konstruktivt og målrettet arbeid med sosiale miljøfaktorer i kommunene, kan skyldes at begrepet oppfattes som uklart og dårlig avgrenset mot en rekke andre beslektede eller overlappende begreper – som "sosiale faktorer", "psykososiale faktorer" og "sosiale ulikheter i helse". I det følgende gjøres et forsøk på noen begrepsavklaringer, blant annet med henvisning til forarbeidenes intensjoner.

3.1.1 Sosiale faktorer

Det kan diskuteres om "sosiale faktorer" er et annet og mer omfattende begrep enn "sosiale miljøfaktorer". Én mulig forståelse av sosiale *miljø*faktorer kunne for eksempel være at det fokuserer på individets umiddelbare sosiale nærmiljø – nabolag, arbeidsplass, skolemiljø osv. – og ikke på de videre sosioøkonomiske betingelsene som til dels er bestemt utenfor og "ovenfor" lokalsamfunnet. Med en slik begrepsforståelse ville for eksempel mobbing i skolen være falle inn under kommunens arbeid med sosiale miljøfaktorer, mens store inntektsforskjeller i kommunen ikke ville gjøre det. På dette området er forarbeidenes intensjoner imidlertid helt eksplisitte: sosiale miljøfaktorer skal forstås vidt og også inkludere det Wiik-utvalget kalle storsamfunnet. Wiik-utvalget skisserer en årsaksforståelse ikke ulik den som finnes i St.meld. nr. 20 (2006-2007), der bakenforliggende sosiale og økonomiske strukturer virker bestemmende for mer lokale betingelser:

Forholdene i bomiljø, arbeidsmiljø og lokalsamfunn er selvfølgelig avhengig av de underliggende sosiale og økonomiske prosesser i storsamfunnet. I samsvar med det som er anført tidligere, vil faktorer som grad av geografisk og sosial mobilitet, hastighet i urbaniseringsprosessen, grad av økonomisk og sosial segregasjon på boligmarkedet, sysselsettingsnivået og grad av medbestemmelsesrett, være av vesentlig betydning for det sosiale miljø og den psykiske helse (NOU 1984:28, s. 147).

Samtidig peker Wiik-utvalget på at oppgavene for det kommunale miljørettede helsevern på disse områdene nødvendigvis må bli av en litt annen art enn i arbeidet med lokale miljøfaktorer:

Det må understrekes her at det ikke er helsevesenets oppgave å treffe de valg som her skal gjøres. Men helsevesenet må påpeke de helsemessige konsekvenser og disse må ved en politisk avgjørelse veies mot andre verdier ut fra en helhetsvurdering. Man kan også planlegge tiltak for å redusere ulempene eller bygge opp apparat (tjenester) for å møte problemet, hvis man av forskjellige årsaker ikke kan endre på strukturen i det samfunn som utvikler seg (samme sted).

Siden Ot.prp. nr. 40 (1986-87) inkluderer "storsamfunnet" blant faktorer som arbeidet med sosiale miljøfaktorer "vil måtte berøre" (s. 42), må man anta at departementet sluttet seg til Wiik-utvalgets vide forståelse av begrepet.

3.1.2 Psykososiale faktorer

Begrepet "sosiale miljøfaktorer" har ofte vært nært assosiert med psykisk helse og psykososiale helsedeterminanter. Det er lett å forstå at en slik kopling gjøres, også på bakgrunn av forarbeidene. Wiik-utvalget viser hovedsakelig til psykisk helse i sitt kapittel om sosiale miljøfaktorer. Innledningsvis heter det for eksempel:

I det følgende skal vi se litt nærmere på hvordan sosiale systemer på ulike nivåer virker inn på den psykiske helse, og da kanskje nettopp gjennom en påvirkning av mulighetene for kontakt, selvrealisering og selvbestemmelse (NOU 1984:28, s. 143).

Også Ot.prp. nr. 40 (1986-87) viser den samme tendensen til først og fremst å vise til konsekvenser av sosiale miljøfaktorer for *psykisk* helse:

En beskrivelse av årsaker vil måtte berøre kontakt, tilhørighet, sosialt nettverk, bomiljø, arbeidsmiljø, lokalsamfunn og storsamfunn. Bakgrunnen for dette er at sosiale strukturer virker inn på den psykiske helse (Ot.prp. nr. 40, 1986-87, s. 42).

På den annen side viser både Wiik-utvalget og proposisjonen til konkrete eksempler på at sosiale miljøfaktorer kan ha betydning også for fysisk helse. I sin omtale av sosiale nettverk, skriver Wiik-utvalget blant annet at:

En rekke undersøkelser i de senere år har påvist betydningen av det sosiale nettverk for så vel fysisk som psykisk helse. Når det gjelder fysisk helse er det velkjent at dødeligheten er betydelig øket de første par årene etter ektefelles død. Nyere forskning viser imidlertid at sosial kontakt mer generelt er av betydning for dødeligheten (NOU 1984:28, s. 144, utheving i originalen).

Også lovproposisjonen viser til slike sammenhenger:

En rekke undersøkelser i de senere år har vist betydningen av sosiale miljøfaktorer også når det gjelder fysisk helse (Ot.prp. nr. 40, 1986-87, s. 42).

Det er derfor rimelig å konkludere med at det ikke har vært lovgivers intensjon å assosiere begrepet sosiale miljøfaktorer sterkere – langt mindre utelukkende – med psykiske helsekonsekvenser enn med fysiske. I det hele tatt kan skillet mellom psykiske og fysiske helsekonsekvenser av sosiale miljøfaktorer virke kunstig i denne sammenhengen, og kanskje i sterkere grad nå enn da Wiik-utvalget skrev sin innstilling.

3.1.3 Sosiale ulikheter i helse

Da Wiik-utvalget leverte sin innstilling, var det i Norge liten oppmerksomhet omkring sosiale ulikheter i helse – systematiske helseforskjeller mellom sosioøkonomiske

grupper i befolkningen. Utvalget forholdt seg derfor ikke eksplisitt til slike forskjeller, selv om mange av de helsedeterminanter de pekte på som viktige – kanskje særlig på området sosiale miljøfaktorer – senere også har vært pekt på som betydningsfulle for sosiale ulikheter i helse. Det er imidlertid ikke nødvendigvis slik at sosiale miljøfaktorer også forårsaker sosiale ulikheter i helse. Ofte vil det i praksis være slik, siden mange sosiale miljøfaktorene også er sosialt skjevfordelt. Men man kan også tenke seg sosiale miljøfaktorer som ikke er systematisk skjevfordelt langs sosioøkonomiske dimensjoner. En sosial miljøfaktor er derfor ikke nødvendigvis også en årsak til sosiale ulikheter i helse, og årsaker til sosiale ulikheter i helse er ikke nødvendigvis sosiale miljøfaktorer. Forskjeller i fysiske arbeidsmiljøbelastninger er for eksempel én viktig forklaring på sosiale ulikheter i helse, men det er ikke rimelig å kalle dem sosiale miljøfaktorer (i motsetning til for eksempel forskjeller i *psykososialt* arbeidsmiljø).

For øvrig er det verdt å merke seg at begrepene ”sosiale miljøfaktorer” og ”sosiale ulikheter i helse” refererer til ulike deler av en årsakskjede; det første handler om påvirkningsfaktorer, det siste om endepunkter.

3.2 Noen viktige sosiale miljøfaktorer

Miljørettet helsevern som *begrep* omfatter mye, og en opplisting av viktige påvirkningsfaktorer vil kunne virke svært omfattende. Imidlertid må *oppgaven miljørettet helsevern* som er lagt til kommunen ved kommunehelsetjenesteloven, avgrenses etter relevans for det lokale nivået. Det er ikke mulig eller ønskelig å gå inn i en eksakt avklaring her. Aktuelle innsatsområder i den enkelte kommune må avgrenses til det lokale utgangspunktet ved den lovpålagte oppgaven. Dette betyr ikke at for eksempel forhold ved storsamfunnet ikke er av relevans, men perspektivet er lokalt. Det lokale ansvar blir å påpeke sosiale drivkrefter i storsamfunnet som har konsekvenser for helsen lokalt. Dette kan bidra til endring av politikk sentralt eller i andre sektorer, eller være et grunnlag for tiltak for å redusere konsekvensene av negativ påvirkning.

Det er alltid en fare ved å stille opp lister over viktige sentrale miljøfaktorer at de skal virke begrensende og uttømmende på et område som må og bør være under konstant utvikling. Dette kan ha vært en grunn til at det daværende Sosialdepartementet var såpass varsom med å gi begrepet sosiale miljøfaktorer et mer konkret innhold. På den annen side risikerer man at begrepet ikke får *noe* innhold og dermed heller ikke noen praktisk betydning dersom man ikke gir noen føringer eller eksempler. I det følgende skal vi derfor beskrive noen grupper av sosiale miljøfaktorer som vil kunne være av betydning for det lokale miljørettede helsevern. Listen, som til dels baserer seg på lovforarbeidene, og dels supplerer dem med områder vi mener det i dag er naturlig å inkludere, bør ikke oppfattes som endelig eller uttømmende. I grove trekk har vi valgt å følge Wiik-utvalgets inndeling, med et par viktige unntak. For det første har Wiik-utvalget ikke med *utdanning og skole*. Dette er et helsedeterminantsområde som har fått høy relevans i senere forskning og samfunnsdebatt, og vi mener derfor det bør framheves. For det andre har vi ikke tatt med ”lokalsamfunn” og ”storsamfunn” som egne kategorier, siden vi mener disse, i motsetning til de andre kategoriene, impliserer ulike perspektiver snarere enn egentlige helsedeterminantsområder.

I beskrivelsene nedenfor, som til dels bygger på Helsedirektoratets 2008 (kapittel 2), er det for øvrig lagt vekt på å oppdatere Wiik-utvalgets beskrivelser med den faglige utvikling som har skjedd de senere år.

3.2.1 Sosiale levekår og sosial kapital

En viktig gruppe sosiale miljøfaktorer er de sosiale og psykososiale ressursene den enkelte rår over. Slike faktorer ble beskrevet av Wiik-utvalget under overskriftene "Kontakt og tilhørighet" og "Sosialt nettverk".

Begrepet sosial kapital forsøker å fange opp en del slike ressurser på en måte som skal gjøre dem kvantifiserbare og tilgjengelige for forskning og, for den saks skyld, forebyggende helsearbeid. I begrepet sosial kapital inngår faktorer som tillit, sosiale normer og deres håndheving, sosiale nettverk preget av gjensidighet, og engasjement for fellesskapets beste (Norges forskningsråd 2005). Man kan snakke om sosial kapital på ulike nivåer: individ, lokalsamfunn eller organisasjon, nasjon eller storsamfunn. Det er også vanlig å skille mellom ulike typer av sosial kapital: sterke bånd – som finnes mellom personer med lik bakgrunn og sosial identitet; svakere broer – mellom personer med ulik sosial bakgrunn; og stiger – til personer som befinner seg høyere oppe i rang- eller statussystemer. I følge teorien om sosial kapital er bånd viktige for å klare seg, broer viktige for å komme videre og stiger viktige for å klatre (van der Wel et.al. 2006).

Sammenhengene mellom sosial kapital og helse er mangeartede og går til dels begge veier. En mye diskutert teori – den såkalte inntektsulikhetshypotesen – knytter sosial kapital til størrelsen på inntektsforskjellene i et samfunn: jo større inntektsforskjeller, dess mindre sosial kapital. Inntektsulikhet i seg selv vil så fall være uheldig for folkehelsen, og et samfunn med store inntektsulikheter vil ha dårligere gjennomsnittshelse enn et samfunn med små inntektsforskjeller. For Norges del finnes det forskningsresultater som kan tyde på at teorien har noe for seg. En sammenlikning av dødelighet og inntektsulikhet i norske bostedsregioner på 1990-tallet viste at særlig lavere inntektsgrupper har lavere dødelighet i regioner der inntektsulikheten er relativt lav (Elstad, Dahl og Hofoss 2005). Hvorvidt dette skyldes høyere sosial kapital eller andre faktorer, for eksempel høyere prioritering av kollektive velferdstiltak i egalitære samfunn, er uvisst. Siden inntektsfordelingspolitikken i stor grad er bestemt på nasjonalt nivå, vil det lokale miljørettede helseverns oppgave på dette område i første rekke være å påpeke eventuelle helsekonsekvenser av store inntektsforskjeller.

I Norge har det vært gjort relativt få forsøk på å studere helseeffekter av sosial kapital spesielt. En studie fra Oslo fant en relativt sterk sammenheng mellom sosial kapital (målt som generell tillit/mistillit og deltakelse i frivillige organisasjoner) og selvrapportert helse, men sammenhengen kunne langt på vei statistisk forklares av kontekstuelle faktorer som inntekts- og utdanningsnivå og inntektsulikhet (van der Wel 2007). Også studier fra andre land kan tyde på at sammenhengen mellom inntektsulikhet og helse er "formidlet" av sosial kapital (Kawachi et.al. 1997).

Mer generelt finnes det en stor mengde forskning, både nasjonalt og internasjonalt, som beskriver ulike psykososiale risikofaktorer for uhelse. En oversikt finnes i Dalgard og medarbeidere 2006, som bl.a. konkluderer med at følgende risikofaktorer

knyttet til sosiale nettverk synes å være av særlig betydning:

- sosial isolasjon
- manglende sosial deltakelse
- manglende sosial støtte
- dårlig fungerende familieliv
- overgrep og vold

Helsetjenesten i kommunene vil være den nærmeste til å observere de negative helsemessige konsekvenser av slike sosiale miljøfaktorer, selv om virkemidlene ofte vil være forankret i andre sektorer, og til dels også på andre forvaltningsnivåer.

3.2.2 Bomiljø

Bomiljøet som sosial miljøfaktor (her distinkt fra det fysiske bomiljø) er forholdsvis utførlig beskrevet i Wiik-utvalgets innstilling. Wiik-utvalget peker på at bomiljøet er en arena der de fleste av de faktorer som er beskrevet i det foregående punktet har aktualitet som helsedeterminanter. Utvalget er også inne på en geografisk dimensjon ved bomiljø, for eksempel den tendens til geografisk segregering en ser i store byer (Trondheim og Bergen er nevnt i innstillingen; senere forskning har vel fremhevet Oslo som et enda klarere eksempel på geografisk segregering). Denne koplingen mellom *helse og sted* har i senere forskning vært gjenstand for atskillig oppmerksomhet, og nye statistiske metoder (såkalte flernivå-studier) har gjort det mulig å luke ut de selvstendige effekter faktorer i nærmiljøet har på individets helse – i tillegg til individuelle risikofaktorer. For eksempel kan man med denne metodikken studere hvilken effekt utdanningsnivået i nabolaget har på den enkeltes helse, kontrollert for helseeffektene av den enkeltes helse. En norsk studie av kreftdødelighet og -overlevelse på 1990-tallet, viste at flere faktorer i nærmiljøet påvirket dødeligheten, selv når en tok hensyn til individuelle faktorer. Således var det en fordel å bo i et område med generelt høyt utdanningsnivå *uavhengig* av hvor lang utdanning pasienten selv hadde (Kravdal 2004). Ovenfor refererte vi til en studie som viste tilsvarende, ”stedlige” effekter av inntektsulikhet på generell dødelighet.

Det er grunn til å tro at flernivå-studier i årene framover vil være et viktig verktøy i forskning på helseeffekter av bosted og bomiljø, og derfor implisitt gi mulig innhold og retning til det lokale arbeid med miljørettet helsevern.

3.2.3 Arbeid og arbeidsmiljø

Arbeid som helsedeterminant kan betraktes langs to dimensjoner. Den ene dimensjonen omhandler forhold på arbeidsplassen og arbeidsmiljøets betydning for helse. Den andre dimensjonen omhandler grad av arbeidslivstilknytning. Wiik-utvalgets beskrivelse av arbeidsmiljøet som sosial miljøfaktor konsentrerer seg om den første dimensjonen, og har for så vidt stadig høy aktualitet. Vi vil her imidlertid også inkludere den andre dimensjonen, siden personer med svak eller ingen tilknytning til arbeidslivet har gjennomgående dårligere helse enn den øvrige befolkning. Denne dimensjonen vil være et eksempel på en sosial miljøfaktor som bare delvis er under lokal kontroll, og der det miljørettede helseverns rolle ofte vil måtte begrense seg til å påpeke helsemessige konsekvenser av beslutninger og trender på ”høyere” forvaltningsnivåer.

Arbeidsmiljø

Når arbeid er årsak til nedsatt helse betyr det at jobbforhold på en eller annen måte er knyttet til lidelsen. I den forbindelse snakker man om mekanisk og/eller psykososial eksponering. Det er godt dokumentert at psykologiske, sosiale og organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet har stor betydning for helse. Arbeidstilsynet mottar årlig rapportering på arbeidsrelatert sykefravær, og mener det er god grunn til å hevde at mange mennesker har varige helseplager på grunn av arbeidsmiljø. Det er særlig belastningslidelser og psykiske lidelser som kan knyttes til forhold på arbeidsplassen. Fremdeles eksisterer de "tradisjonelle" fysiske-kjemiske problemene, men det er de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene som utgjør den største utfordringen i arbeidet med å forebygge arbeidsrelatert sykdom og ekskludering (Arbeidstilsynet, 2004).

Dette har sammenheng med utviklingen av det moderne arbeidsliv som kjennetegnes av økt globalisering som igjen fører til økende konkurranse og omstillingstakt. Videre har den teknologiske utviklingen bidratt til nye arbeidsformer og et mer individualiserende arbeidsliv. Disse faktorene kan gi opphav til nye type belastninger enn det man tradisjonelt har forbundet med arbeidsrelaterte helseproblemer.

Det finnes flere studier som tar for seg det psykososiale arbeidsmiljøet, og kjennetegnet ved det moderne arbeidsliv som direkte påvirker vår helse. Denne type studier tar gjerne utgangspunkt i to type modeller: "krav/kontroll-modellen" (demand-control) og "innsats/belønning-modellen" (effort-reward). I følge krav/kontroll-modellen, som ble lansert i 1979 av Karasek (se Siegrist og Theorell, 2006), vil arbeidstakere oppleve negativt stress dersom de kravene som stilles til utførelse av en arbeidsoppgave ikke motsvares av tilstrekkelig opplevd kontroll hos den som utfører oppgaven. Senere forskning har lagt til sosial støtte (social support) som en tredje dimensjon i denne modellen; god sosial støtte på arbeidsplassen kan fungere som en buffer mot stress som følger av lav autonomi og kontroll og høye jobbkraav. I 1986 lanserte Siegrist (se samme sted) "innsats-belønning-modellen", som er fundert på ideen om sosial gjensidighet eller mellompersonlige bytteforhold. Sosial gjensidighet (social reciprocity) er utgangspunktet for (arbeids-) kontrakter som beskriver forpliktelser eller handlinger som skal utføres mot en rimelig gjenytelse eller belønning. Ubalanse mellom det man yter og det man forventer å få igjen av for eksempel lønn, karrieremuligheter, anerkjennelse – frambringer negativt stress.

Vi vet for lite om hvordan ulike faktorer i arbeidslivet mer spesifikt påvirker helse, fravær, arbeidsevne og motivasjon. De fleste epidemiologiske studier på dette feltet viser en sterk korrelasjon mellom sykdomsforekomst og spesielle kjennetegn ved et arbeidsforhold – for eksempel lav kontroll og type II-diabetes, jobbusikkerhet og hjerteinfarkt, skiftarbeid og plager i mage-tarmsystemet (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2004). Det er behov for studier som ser nærmere på eventuelle kausale sammenhenger og mekanismene bak denne korrelasjonen. Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) er i ferd med å gjennomføre en prospektiv, longitudinell undersøkelse som kan gi oss større innsikt om de faktorer som direkte påvirker helse.

Arbeidslivstilknytning

Det å stå utenfor arbeidslivet har vist seg å ha store konsekvenser for helse og dødelighet. Det er gjennomført undersøkelser i Norge som kan tyde på at en tilværelse som trygdet fører til en raskere forringelse av helsen. Man har sett på helsemessige konsekvenser i form av økt dødelighet etter nedbemanning og overgang til uførepensjon og funnet signifikante sammenhenger (Rege m.fl. 2005).

En tilværelse utenfor arbeidslivet vil i de fleste tilfeller innebære en forringelse av vår psykiske helse – som følge av udekkede psykososiale behov og økonomiske bekymringer. Det er videre dokumentert at arbeid og arbeidsrettede tiltak kan bidra til tilfriskning og økt livskvalitet hos mennesker med en psykisk lidelse. En forskningsoppsummering på feltet arbeid og psykisk helse viser blant annet en sterk sammenheng mellom selvopplevd dårlig livskvalitet blant personer med stemningslidelser og mangel på sysselsetting (Schafft 2005).

Personer med lav inntekt og kort utdanning er overrepresentert blant langtidssyke, yrkeshemmede og mottakere av uføreytelser. Forskning på sykefravær og overgang til trygdeytelser gir en klar indikasjon på at ekskluderingsmekanismene i arbeidslivet er sosialt skjevfordelt. En nyere undersøkelse har sett på sammenhengen mellom sykefravær og sosial posisjon blant unge voksne. Undersøkelsen gjaldt sykefravær av lengre varighet på grunn av muskelskjelettsykdom, og man fant en sterk sammenheng mellom sosial posisjon og fraværslisiko. Og det var ikke bare sosial posisjon i voksen alder som spilte inn, men også ulikhet i sosiale oppvekstvilkår (Kristensen, Bjerkedal og Irgens 2006). Det er imidlertid også slik at det å stå utenfor arbeidslivet i seg selv medfører en forringelse i helsetilstanden. Dette kan dermed ramme langt flere enn de mest marginaliserte gruppene. En brittisk undersøkelse viser at de som har vært arbeidsledige og så kommer i arbeid igjen kan rapporterte om bedre selvtilitt og bedre fysisk og psykisk helse (Waddell og Burton 2004). Den svenske folkehelseundersøkelsen fra 2007 viser en klar sammenheng mellom det å være utenfor arbeidslivet og høy grad av selvrapportert psykiske og psykosomatiske plager (Paulsson, K., 2007).

En svak arbeidslivstilknytning og langvarig ekskludering fra arbeidslivet er hovedårsaken til fattigdom. Flere studier kan dokumentere at fattigdom har store helsemessige konsekvenser. Ved å kartlegge funksjonsevnen blant langtidsmottakere av sosialhjelp kom det fram at denne gruppen rapporterte om dårligere fysisk og psykisk helse enn mottagere av uførepensjon (van der Wel m.fl. 2006).

3.2.4 Skole og utdanning

Skolen og utdanningssystemet er ikke nevnt som sosial miljøfaktor i Wiik-utvalgets innstilling, og vi vil derfor behandle det noe mer utførlig enn de øvrige kategoriene her. Tradisjonelt har norske helsemyndigheter vært mest opptatt av skolen som arena for forebyggende helsearbeid, ved å få inn tiltak som fysisk aktivitet, frukt og anti-røykeprogrammer i skolen. Spørsmålet er om vi fra helsehold har hatt nok oppmerksomhet skolen som en sosial læringsarena – en inkluderende skole der barn får lære og utvikle seg til - som det står i opplæringsloven - "gagnlege og sjølvstendige menneske" som blir i stand til å mestre de utfordringer som måtte

dukke opp i en stadig mer kompleks tilværelse, i arbeid, samfunnsliv og fritid (opplæringsloven §1-2). Dette er etter Helsedirektoratets syn en av de viktigste kategoriene av sosiale miljøfaktorer, der perspektivet dels er lokalt, dels nasjonalt.

Helse, særlig i den voksne delen av befolkningen, henger statistisk sett nært sammen med lengden på personers utdanning. Spørsmålet er hva som er forklaringen på disse klare statistiske sammenhengene. Det er mulig å skille mellom tre hovedtyper av forklaringer på dette fenomenet hvorav de to første omhandler at utdanning er årsak til helse.

Den første hovedtypen av forklaringer dreier seg om hvordan utdanning påvirker de levekår menneskene lever under gjennom livsløpet og dermed bestemmer hvilke helsebelastende eller helsefremmende forhold personen utsettes for. Eller vi kan si at betydningen av utdanning formidles gjennom faktorer som ligger i en årsakskjede mellom utdanning og helse som utspiller seg over tid. På den måten er utdanning en indirekte årsak til helse. Utdanning har for eksempel stor innflytelse på yrkeskarrieren. Både helserelatert livsstil og arbeidsforhold trer også fram som mellomliggende forklaringsfaktorer. Disse faktorene, og andre uheldige helseforhold som lavere levestandard og stressende livshendelser, har en statistisk tendens til å henge sammen med kortere utdanning, noe som kan gi forsterkede negative helseeffekter.

Den andre hovedtypen av forklaringer handler om at utdanning bidrar til å utvikle psykologiske ressurser som påvirker individets mulighet for helse. Dette innebærer en mer direkte effekt av utdanning på helse gjennom personlige og psykologiske egenskaper. Utdanning er en form for menneskelig kapital som er varig og som gir evne til å søke etter informasjon, vurdere og syntetisere informasjonen og utvikle nye ideer og anvende viten på en formålstjenlig måte uavhengig av fagdisiplin. Individets mestringsressurser styrkes. Flere studier finner at utdanning varierer med følelsen av å ha kontroll. En norsk undersøkelse fra 2002 (Dalgard m.fl. 2007) fant at deler av utdanningseffekten for mental helse formidles gjennom opplevelsen av kontroll, også etter justering for sosial støtte, inntekt og yrkesaktivitet. En amerikansk studie viste en egen effekt at opplevd kontroll som formidlende faktorer selv når en kontrollerte for arbeidsaktivitet, inntekt og økonomiske problemer, sosial støtte og helserelatert livsstil (Ross & Wu 1995). Når det gjelder hvordan disse psykologiske ressursene virker peker noen positive læringserfaringer gjennom utdanningen styrker individets mestringsressurser slik at de håndterer stress på en bedre måte. Helse handler mye om overskudd til å mestre hverdagens krav. Psykologiske ressurser og følelse av kontroll kan også bidra til å opprettholde en balanse i kroppens fysiologiske og hormonelle systemer som igjen motvirker oppkomst av sykdomstilstander. Studier peker altså på at psykologiske ressurser som utvikles i skolen påvirker helse. Men det er også studier som finner begrenset sammenheng mellom utdanning og psykologiske ressurser.

En tredje forklaring på sammenhengen mellom utdanning og voksnes helse er at sammenhengen ikke er en reell årsakssammenheng, men at helserelaterte forhold i barndommen påvirker både voksnes helse og utdanningsforløpet personen får. Flere studier har prøvd å finne ut om sosial ulikhet i helse blant voksne først og fremst skyldes forhold i deres eget voksne livsløp eller om variasjoner i omstendigheter allerede som barn bestemte helseulikhetene i mange tiår fremover. En del studier

viser som hovedmønster at den sosiale ulikheten som voksne utsettes for har en selvstendig og betydningsfull effekt for voksnes helse. Parallelt med dette innvirker forhold fra barndommen. Helsetilstanden som voksen variere direkte med familiebakgrunn og oppvekstvilkår. En omfattende studie fra England og Wales (Chandola m.fl. 2006) fant en årsakssammenheng mellom utdanning og helse, men først og fremst som en indirekte effekt som ble formidlet gjennom følelsen av kontroll, helserelatert livsstil og egen sosial klasse som 33-åring. Dessuten hadde sykdom og skolefravær i 16-årsalderen selvstendige effekter på helse som 42-åring. Studien fant også at utdanning var relatert både til fars sosiale klasse og til resultatene på evnetester i 7-årsalderen. Også andre studier viser samvariasjon mellom evnetester og utdanningskarriere. Men prestasjonene på IQ-tester er i seg selv delvis resultatet av utdanning og intellektuell stimulering, noe som bidrar til denne samvariasjonen (se Elstad 2008 for referanser). En rekke omstendigheter i tidlig barndom kan ha et direkte samband med helse i voksenlivet. Men ingen av de studiene som finner slike sammenhenger opphever forskningsfunnene om at utdanning har en egen årsaksforbindelse til senere helse og helseulikheter blant voksne. Noen kilder til voksnes helse etableres i tidlig alder, andre formes av utdanningsnivået. Men utdanningen i seg selv og hva den bringer med seg, gir uansett et vesentlig bidrag til de prosessene som produserer helse utover i livsløpet.

Sammenhengene mellom utdanning og helse reiser spørsmålet om poenget er å sørge for lengst mulig utdanning i befolkningen. Forskere som har sett på dette finner at det særlig er betydningen av å fullføre et helt utdanningsløp som synes å gi helsegevinst. For de som allerede har nådd høyt i utdanningshierarkiet, er det ikke nødvendigvis mye å hente på mer utdanning. Effekten av økt utdanning ser ut til å være størst blant de med kortest utdanning. Særlig synes det å ha en negativ effekt på helse å falle ut av skolen før et minimumsløp er fullført (drop-out).

Foruten å være en kilde til helse i voksenlivet, er skolen barn og unges arbeidsplass og en faktor av betydning for barn og unges psykosomatiske helse. Når det gjelder tenåringer viser studier at skolerelaterte forhold var av større betydning for deres subjektive velvære enn bakgrunnsvariable som familierelasjoner, foreldrenes helse og egen helse. Vi snakker her om faktorer som opplevd stress med skolearbeidet, materielle aspekter ved skolen og klasserommet, bråk/uro i klassen, følelse av skoletilpasning, opplevd mobbing, støtte fra lærere og følelse av respekt og rettferdighet på skolen.

Utdanning, skole og skolemiljø har etter direktoratets syn vært undervurdert som sosial miljøfaktor. I det videre arbeid med å styrke det lokale miljørettede helsevern generelt, og arbeidet med sosiale miljøfaktorer spesielt, bør dette området få en langt mer framtreddende plass.

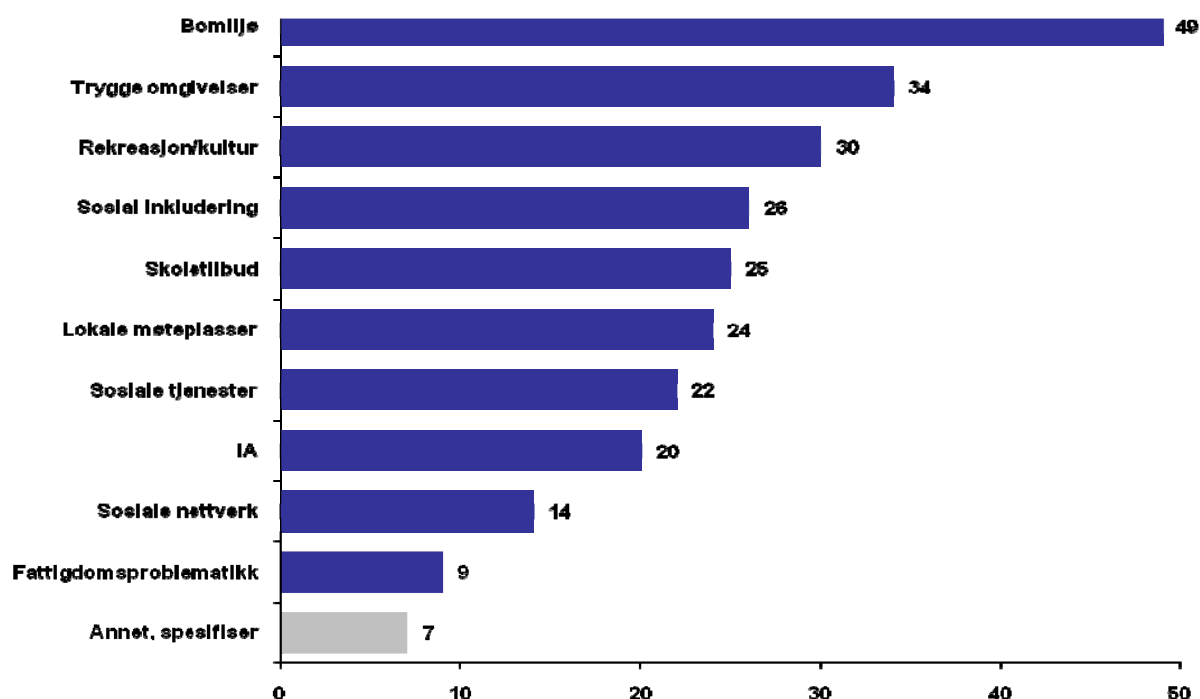
3.3 Kommunenes arbeid med sosiale miljøfaktorer

I forbindelse med gjennomgangen av miljørettet helseverntjenesten i landets kommuner, ble "sosiale miljøfaktorer" tatt med som et av fokusområdene i spørreundersøkelsen. Under følger en sammenstilling av kommunenes svar. Det foreligger egen rapport fra undersøkelsen, og det vises til denne.

Spørsmål: Helsedirektoratet er i denne undersøkelsen spesielt opptatt av

begrepet "sosiale miljøfaktorer". Hvilke tema har miljørettet helseverntjenesten bidratt med helsehensyn inn i?

De temaene miljørettet helseverntjenesten har bidratt med helsehensyn inn i, er i prioritert rekkefølge:



For de fleste temaene rapporterer miljørettet helseverntjenester som er organisert internt i kommunen litt høyere aktivitet innen sosiale miljøfaktorer enn tjenestene som er interkommunalt organisert.

Kommunene ble også spurt hvordan miljørettet helseverntjenesten hadde gitt innspill til de ulike temaene. For nesten alle temaene var innspill gjennom kommuneplanleggingen (for eksempel i planforum) og arealplanleggingen for øvrig framhevet som den viktigste arenaen for slike innspill. Gjennomføring av bomiljøundersøkelser ble også framhevet som viktige tiltak, både i forhold til bomiljø og fattigdomsbekjempelse. I forhold til bomiljø ble også oppfølging av personer uten boevne framhevet som et vanlig tiltak.

I arbeidet med trygge omgivelser er miljørettet helseverntjenesten i de største kommunene mer involvert enn i de små. Her framhever mange kommuner arbeid med trafiksikkerhet, nesten like mange nevner arbeid med Trygge lokalsamfunn.

Også i forhold til rekreasjon og kulturtilbud er miljørettet helseverntjenesten i de største kommunene mer involvert enn i de små. Det er planer og tiltak for fysisk aktivitet som framheves som spesielt for dette temaet, i tillegg til arbeid med

friområder og grøntstruktur generelt. Arbeid med integrering av flyktninger og innvandrere samt oppfølging av miljørettet helsevern i asylmottak ble framhevet som viktigste tiltak for sosial inkludering av utsatte grupper. Arbeid med ernæring, over- og undervekt ble også nevnt av flere.

Når det gjelder arbeid med skoletilbudet i kommunen, er miljørettet helsevern i barnehager og skoler det som hyppigst nevnes som aktuelt. Noen nevner også tiltak i forhold til størrelse på skole og klasser, samt lengde på reiseveg til skolen. Arbeid for utsatte grupper og mot mobbing er også tema miljørettet helseverntjenesten har bidratt inn i. Særlig de største kommunene rapporterer at miljørettet helseverntjenesten har bidratt inn i arbeidet med å skape gode lokale møteplasser. Her nevnes en rekke lokale initiativ der tjenesten deltar.

Det er særlig i de små kommunene miljørettet helseverntjenesten har bidratt inn mot sosiale tjenester og barnevernstjenester og i arbeidet med inkluderende arbeidsliv (IA). Når det gjelder sosiale tjenester og barnevern nevnes enkeltsaker som aktuelle, i IA-arbeidet er det aktivt samarbeid med NAV som nevnes, sammen med kommunen som IA-bedrift selv. Også folkehelseprosjekter som "Aktiv på dagtid" nevnes.

Når det gjelder sosiale nettverk, nevnes samarbeid med psykisk helsevern, samt arbeid med helse i plan som de viktigste tiltakene. Det er ikke entydig i hvilke kommuner (organisering, geografi, størrelse) miljørettet helseverntjenesten arbeider med sosiale nettverk. Fattigdomsproblematikk er først og fremst et tema for miljørettet helseverntjenesten i de største kommunene. Her nevnes plansaker oftest; hvordan dårlige bomiljø forsterker sosiale svakheter. Andre tema som nevnes er bistand inn mot foreldreforebyggende kurs, arbeidstrening for utsatte grupper, Grønn barneby og lavterskeltilbud for fysisk aktivitet.

Spørsmål: Bidrar kommunen ved sin miljørettede helseverntjeneste aktivt til å forhindre sosiale helseforskjeller?

I de aller største kommunene svarer bare 42 prosent at miljørettet helseverntjenesten bidrar aktivt til å forhindre sosiale helseforskjeller, mens 25 prosent svarer "Vanskelig å uttale seg om". Blant bydelene i Oslo svarer 47 prosent at de bidrar aktivt, men 40 prosent svarer "Vanskelig å uttale seg om". Samlet svarer hele 58 prosent "Vanskelig å uttale seg om" på dette spørsmålet.

Spørsmål: Har kommunen fattet vedtak om retting eller andre former for sanksjoner (etter kapittel 4a i kommunehelsetjenesteloven) på grunnlag av det kommunen oppfatter som sosiale miljøfaktorer?

Bare 7 prosent av kommunene, dvs. 25 kommuner, har fattet vedtak om retting eller andre sanksjoner begrunnet i sosiale miljøfaktorer. Flest kommuner som har fattet vedtak finner vi i Sogn og Fjordane (5), Oslo (4), Finnmark og Rogaland (3).

Helsedirektoratets anbefaling med bakgrunn i denne undersøkelsen: Dersom "sosiale miljøfaktorer" fortsatt skal inngå i definisjonen "miljørettet helsevern" og ivaretas gjennom denne tjenesten, vil det måtte innebære en tydeliggjøring av rolle og oppgaver, samt styrking/utvikling av kompetansen innen miljørettet helseverntjenesten i kommunene.

4 Oppsummering og konklusjon

Gjennomgangen ovenfor er én av flere mulige måter å gruppere noen sosiale miljøfaktorer på, basert dels på forarbeidene til kapitlet om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven, og dels på dagens kunnskapsbilde. Som tidligere påpekt, er det viktig at denne grupperingen ikke oppfattes som verken fullstendig eller endelig. Det må være en oppgave for det kommunale miljørettede helsevern å vurdere hvilke faktorer som er av betydning på et gitt sted til en gitt tid.

Derimot bør dette lokale arbeidet ikke begrenses av hvilke virkemidler som helsesektoren lokalt selv råder over. Det er en klar forutsetning i forarbeidene at tjenesten skal ha som oppgave også å påpeke konsekvenser av beslutninger og utvikling i andre sektorer og på andre samfunnsnivåer.

Som nevnt innledningsvis har det lenge vært planer om et utvalgsarbeid som skal utrede tiltak for å møte de utfordringer det miljørettede helsevern står overfor. En viktig vurdering for et slikt utvalgsarbeid må være hvilke verktøy og virkemidler tjenestene lokalt trenger for å kunne utføre sine lovpålagte oppgaver på området. Arbeidet med sosiale miljøfaktorer er et krevende og utfordrende arbeid som lett vil nedprioriteres i situasjoner med tilsynelatende mer akutte og konkrete utfordringer. Dette er kanskje noe av grunnen til at det lokale arbeid til nå ikke har hatt tilstrekkelig oppmerksomhet mot det sosiale.

En framtidig utredning bør derfor til dels dreie seg om hvilke sosiale miljøfaktorer som framstår som sentrale i dag, dels om hvilken rolle tjenestene lokalt kan spille på de ulike områdene, og dels om hvordan vi på sentralt nivå kan understøtte det lokale arbeidet.

Litteratur

- Chandola T, Clarke P, Morris N, Blane D (2006): "Pathways between education and health: a causal modelling approach". *Journal of the Royal Statistical Society Series A* 169(2):337–59.
- Dalgard OS, Mykletun A, Rognerud R, Johansen R, Zahl PH. (2007): "Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway". *BMC Psychiatry* 2007;7(20): 9 s.
- Elstad, Jon Ivar (2008):
Folkehelseinstituttet (2007): *Sosial ulikhet i helse: en faktarapport*. Oslo;
Folkehelseinstituttet (Rapport 2007:1)
- Helsedirektoratet (2006): *Stoda i det lokale folkehelsearbeidet. Rapport basert på rapporter fra fylkesmenn og fylkeskommuner for 2006 (IS-1508)*. Oslo: Helsedirektoratet
- Kogstad, R. E. (2002): *Miljørettet helsevern – Folkehelse, forebygging og samfunn***
- Kristensen P, Bjerkedal T, Irgens LM. (2006): "Early life determinants of musculoskeletal sickness absence in a cohort of Norwegians born in 1967–1976". *Social Science and Medicine* 64(3):646–55.
- Norges forskningsråd (2005): *Sosial kapital: Klargjøring av ulike perspektiver – Kunnskapsstatus, funn og forskningsbehov – Forslag til en videre satsing på forskning om sosial kapital i Norge*. Innstilling fra et utredningsutvalg oppnevnt av Norges forskningsråd
- NOU 1979:28 *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet – oppgave- og ansvarsfordeling, finansieringsordning*. Oslo: Universitetsforlaget
- NOU 1984:28 *Helserådstjenesten – oversikt over helsetilstanden og miljørettet helsevern i kommunene*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ot.prp. nr. 36 (1980-81) *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*
- Ot.prp. nr. 40 (1986-87) om *lov om endring i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene m.m. (Miljørettet helsevern i kommunene)*
- Paulsson K (2007): *Resultat från den nationella folkhälsoenkäten 2007: psykisk hälsa*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
- Putnam, Robert (2000): *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster
- Rege M, Telle K, Votruba M. (2005): The effect of plant downsizing on disability pension utilization. Oslo: Statistisk Sentralbyrå (Discussion paper no. 435)
- Ross CE, Wu CL (1995): "The links between education and health". *American Sociological Review* 60(5):719–45.
- Schafft A. (2005): *Skandinavisk faglitteratur om arbeid og psykisk helse*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet (AFI-notat 2005:6)
- Siegrist J, Theorell T. (2006): "Socio-economic position and health: the role of work and employment." I: Siegrist J, Marmot M, eds, *Social inequalities in health: new evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Statens arbeidsmiljøinstitutt (2004): *Arbeidsforhold av betydning for helse*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami)
- St.meld. nr. 16 (2002-2003) om *resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Det kongelige helsedepartement

St.meld. nr. 20 (2006-2007) om *nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.

Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

van der Wel K, Dahl E, Løyland B, Naper SO, Slagsvold M. (2006): *Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp*. Oslo: Høgskolen i Oslo (HIO-rapport nr. 2006:29)

Waddell G, Burton AK (2004): *Concepts or rehabilitation for the management of common health problems*. London: The Stationary Office



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

