

Helsedirektoratets ekspertgruppe – sosial ulikhet i helse:

Handlingsprinsipper for å takle sosial ulikhet i helse

Vedtatt 24. november 2005



Utgitt: 12/2008 1. opplag: 500
Bestillingsnummer: IS-1654

Utgitt av Helsedirektoratet
Postboks 7000 St Olavs plass
0130 Oslo
Tlf: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.helsedir.no

Hefтет kan bestilles hos Helsedirektoratet v/Trykksakekspedisjonen
E-post: trykksak@helsedir.no, telefon: 24 16 33 68, faks: 24 16 33 69

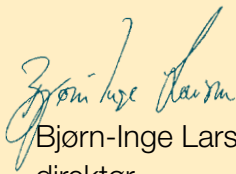
Design: Tank
Forsideillustrasjon: Cecilie Moseng

Forord

Helsedirektoratet befinner seg i skjæringspunktet mellom fag og politikk. Det er et mål for oss å omsette fageksperters kunnskap og råd til handling. Det er få områder der dette er viktigere – og vanskeligere – enn på området sosiale ulikheter i helse. Et av de fremste tiltakene i vår handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, Gradientutfordringen (2005) var derfor å knytte til oss en ekspertgruppe på feltet: ni forskere fra ulike fagdisipliner og -miljøer som alle hadde forsket på – om enn med nokså ulike innfallsvinkler – sosiale ulikheter i helse. En av de første utfordringene vi ga Ekspertgruppen var å utforme et sett med handlingsprinsipper som en politikk for å redusere helseforskjeller etter deres mening burde ta utgangspunkt i. Denne publikasjonen er ekspertgruppens svar på utfordringen.

Handlingsprinsippene ble til gjennom diskusjoner i Ekspertgruppen på – og mellom – fire møter i 2005. De ble vedtatt i sin endelige form på Ekspertgruppens møte 24. november 2005. I desember samme år tok Helse- og omsorgsministeren initiativ til en prosess som etter hvert skulle munne ut i *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (St.meld. nr. 20, 2006–2007). Ekspertgruppens handlingsprinsipper ble retningsgivende for dette arbeidet, og den endelige strategien tar i stor grad hensyn til Ekspertgruppens råd. Handlingsprinsippene har derfor allerede hatt betydning for politikkkutforming på nasjonalt nivå. Ved å gi dem ut som en offentlig tilgjengelig publikasjon, er det vårt håp at de skal få en betydning på også på andre beslutningsnivåer og i andre fora.

Ekspertgruppens handlingsprinsipper er ikke enestående i internasjonal sammenheng. De har en forløper for eksempel i WHO-publikasjonen *The concepts and principles for equity and health*, skrevet av den britiske helseulikehetseksperten Margaret Whitehead. Det som kanskje er enestående med vår ekspertgruppes handlingsprinsipper, er den konsensusprosess som ligger til grunn for dem. Når ni forskere fra forskjellige fagtradisjoner og forskjellige institusjoner samler seg om et felles sett med politiske råd, mener vi det er grunn til å lytte.



Bjørn-Inge Larsen
direktør

Handlingsprinsipper for å takle sosial ulikhet i helse

Innledning

Ekspertgruppa mener at sosial ulikhet i helse er et samfunnsmessig problem som påkaller oppmerksomhet og handling fra myndighetene, store organisasjoner og den brede allmennhet.

Sosial ulikhet i helse, dvs. at helsa gjennomgående er dårligere blant personer med lav utdanning, yrkesklasse eller inntekt, er et moralsk, demokratisk problem fordi det innebærer en dyp urettferdighet i et samfunn som bekjenner seg til sosial likhet og rettferdighet: Sosial ulikhet i helse innebærer et brudd med prinsippet om sjanselikheter. Sosial ulikhet i helse er et folkehelseproblem: Befolkningens helsepotensial utnyttes ikke fullt ut. Det er fire-fem leveår å vinne blant dem med lav utdanning, og langt flere friske leveår. Sosial ulikhet i helse betyr at menneskers livssjanser i dobbelt forstand er redusert. Mennesker med lav sosial status opplever korte liv med dårlige levekår. Sosial ulikhet i helse er et alvorlig problem for sysselsetting, verdiskapning og offentlige utgifter, og dermed også for den norske velferdsstatens økonomiske fundament. Det er et alvorlig sosialpolitisk problem. Diverse former for uhelse er en viktig – kanskje den viktigste – faktor bak sosial eksklusjon i Norge. Uhelse forhindrer således et aktivt, skapende, produktivt og sosialt deltakende liv. Sosial ulikhet i helse er et velferdsproblem i og med at personer med helseproblemer og lav sosial status har langt dårligere forutsetninger for subjektivt velvære, generell tilfredshet og livskvalitet.

1. Det er et mål å redusere sosial ulikhet i helse. Dette må skje uten at gjennomsnittshelsa, eller helsa til høyere sosioøkonomiske grupper blir dårligere. Målene om reduksjon må kvantifiseres og milepæler må tidfestes.

Forklaring og begrunnelse: For at handlingsprinsippene skal bli mer enn tomme ord, er det nødvendig at politikere og offentlige beslutningstakere forplikter seg til å følge opp med politikk og tiltak som virker. En kvantifisering og tidfesting av målsettingene er derfor en nødvendig, om enn ikke en tilstrekkelig betingelse for en vellykket politikk. Hvilke kvantifiserbare mål som skal settes er et politisk spørsmål. Det vil blant annet avhenge av hvilke folkehelseperspektiver som legges til grunn (se punkt 5 nedenfor).

2. Politikken for å redusere sosial ulikhet i helse må være kunnskapsbasert. Situasjonen må overvåkes, politikk og tiltak må evalueres, og det må gjennomføres helsekonsekvensutredninger av viktige beslutninger fattet i og utenfor helsetjenesten. Når eksisterende kunnskap er mangelfull, bør det

settes i verk tiltak som antas å ha positiv effekt og som med liten sannsynlighet vil ha negative effekter. Slike tiltak må evalueres særlig grundig.

Forklaring og begrunnelse: Forskningsbasert kunnskap er nødvendig for å vite i hvilken retning utviklingen går, og om politikk og tiltak virker som tiltenkt. Metodene for å generere forskningsbasert kunnskap bør favne vidt – fra kvalitative studier, via analyser av kvantitative observasjonsdata og komparative analyser, til randomiserte effektevalueringer av konkrete tiltak. Avhengig av hvilke mål som blir valgt, er det nødvendig å utvikle relevante måleindikatorer slik at utviklingen kan følges over tid. I dag foreligger forholdsvis lite solid forskningsbasert kunnskap om hva slags tiltak som bidrar til å redusere sosial ulikhet i helse, spesielt i Norge. Dette faktum er intet argument for ikke å foreta seg noe. En mer hensiktsmessig strategi er å handle proaktivt, men å sørge for at tiltak med en sannsynlig positiv virkning blir særlig grundig evaluert.

3. Strategier for å redusere sosial ulikhet i helse tar utgangspunkt i «gradienten». Dette innebærer å legge vekt på universelt orienterte befolkningsstrategier. I tillegg kan det være nødvendig å iverksette spesielle, målrettede tiltak rettet mot vanskeligstilte grupper.

Forklaring og begrunnelse: Ulikhet i helse er i hovedsak et resultat av strukturelle forhold og valg foretatt under rammebetingelser som ligger utenfor enkeltindividers kontroll. Derfor må det satses på universelle tiltak som tar sikte på å endre de strukturelle betingelsene, men også på målrettede og grupperettede tiltak. Tiltak overfor enkeltindivider er ikke tilstrekkelig. Slike tiltak endrer ikke rammebetingelsene, og feilaktig utformet kan de virke stigmatiserende. Arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse må bygge på respekt for enkeltindividers normer og verdier.

4. For å oppnå målsettingen om å redusere sosial ulikhet i helse, på kort og på lang sikt, bør direkte tiltak rettet mot helseproblemer kombineres med indirekte tiltak rettet mot å minimere strukturelle årsaker til helseproblemer.

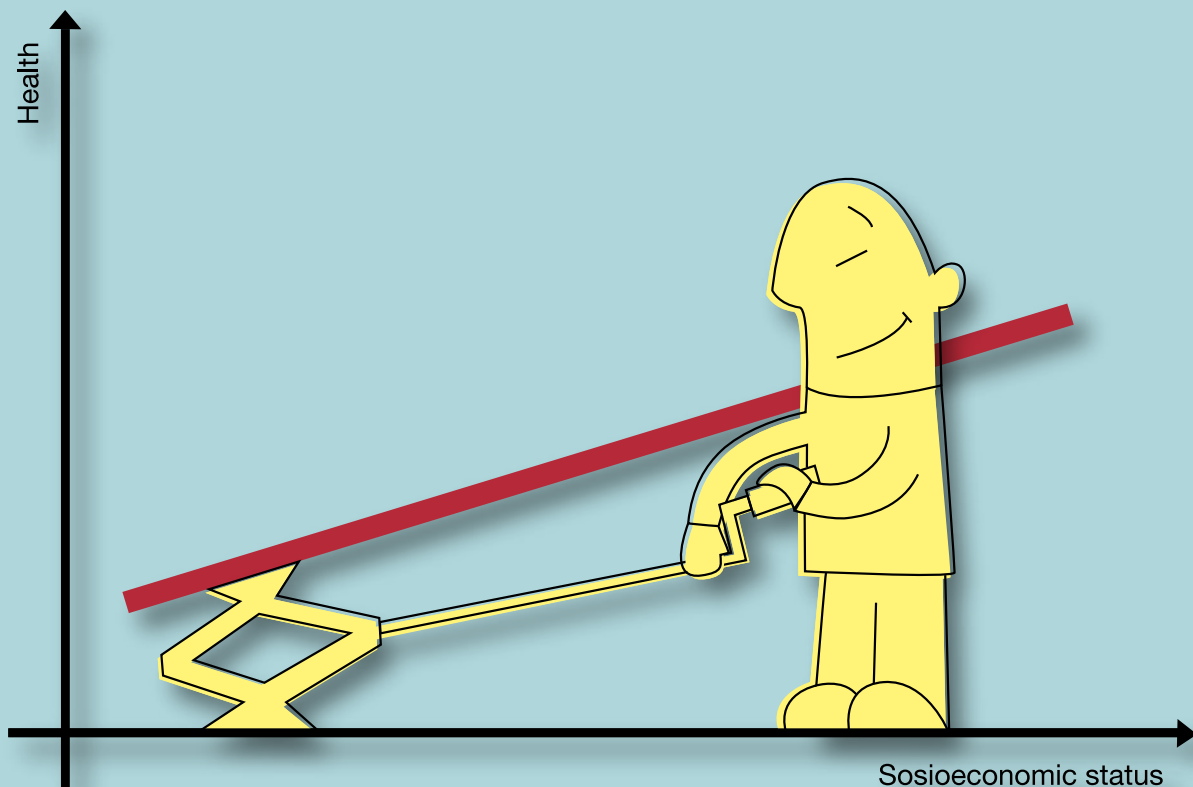
Forklaring og begrunnelse: Mange av dagens tiltak i helse- og sosialpolitikken retter seg mot mennesker som allerede har helseproblemer. Slike direkte «reparerende» tiltak er fortsatt viktige og nødvendige. Imidlertid er det også nødvendig å iverksette indirekte, forbyggende tiltak rettet mot strukturelle årsaker til helseproblemer, og tiltak rettet mot faktorer som tidlig i livet skaper helseproblemer.

5. Strategier for å redusere sosial ulikhet i helse bør være omfattende og koordinerte. Dette innebærer å kombinere flere folkehelseperspektiver, og å samordne tiltak på tvers av samfunnssektorer og mellom administrative nivåer.

Forklaring og begrunnelse: En omfattende og koordinert politikk bygger på en erkjennelse av at mange ulike faktorer på mange nivåer påvirker sosial ulikhet i helse. Dette må også gjenspeiles i politikken, noe som vil stille store krav til at tiltak og politikk som iverksettes i flere sektorer og nivåer blir samordnet effektivt. Vi kan skille mellom fem folkehelseperspektiver: risikoperspektivet (for eksempel tiltak for et sunnere kosthold), beskyttelses/friskperspektivet (for eksempel tiltak for å bedre sosiale nettverk), sykdomsperspektivet (for eksempel tiltak for å redusere forekomsten av hjerte- og karsykdom), målgruppeperspektivet (for eksempel tiltak innrettet mot vanskeligstilte grupper), og endelig arenaperspektivet (for eksempel tiltak iverksatt i skolen eller på arbeidsplassen). Det er fordeler og ulemper ved alle perspektivene. Av denne grunn og fordi vi står overfor et komplekst problem, bør alle anvendes.

6. En politikk for å redusere sosial ulikhet i helse betyr å legge stor vekt på å redusere uheldige sosiale konsekvenser av sykdom og svekket helse, som tap av arbeid, spesielt i yrkesgrupper med lavere sosioøkonomisk status.

Forklaring og begrunnelse: Forskning tyder på at utstøting og utestengning fra arbeidsmarkedet av personer med helseproblemer fra lavere sosiale lag er sterk i Norge. Selv om Norge har en politikk og et stort virkemiddelapparat for å avhjelpe dette problemet, herunder et etablert trepartssamarbeid mellom stat, arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene (Inkluderende Arbeidsliv), er det for liten bevissthet om de sosiale ulikhetene i disse helsesrelaterte eksklusjonsprosessene.



The Norwegian Directorate of Health's expert panel – social inequality in health:

Principles of action to tackle social inequality in health

Adopted on 24 November 2005



HelseDirektoratet

Norwegian Directorate of Health

Published: 12/2008 500 copies

Order number: IS-1654E

Published by Norwegian Directorate of Health

P.O. Box 7000 St Olavs plass

N-0130 Oslo

Telephone: +47 810 200 50

Fax: +47 24 16 30 01

www.helsedir.no

This publication may be ordered from

Norwegian Directorate of Health, Trykksakekspedisjonen

E-mail: trykksak@helsedir.no

Telephone: +47 24 16 33 68 Fax: +47 24 16 33 69

Design: Tank

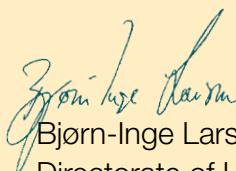
Cover illustration: Cecilie Moseng

Preface

The Norwegian Directorate of Health occupies a position in the interface between policy and science. Our goal is to translate the knowledge and advice of specialists into action. There are few areas where this is as important, and as difficult, as that of social inequality in health. In 2005 the Directorate adopted an action plan against social inequality in health, «The Challenge of the Gradient», and one of its main measures was to appoint a panel of experts in the field. The panel consisted of nine researchers from a variety of disciplines and institutions who had studied social inequality in health from a variety of different angles. The first challenge we gave the panel was to draw up a set of principles of action as a basis for a policy to reduce such inequalities. This publication presents the result.

The discussions between the experts on the panel took place in, and between, four meetings in 2005, and the principles were adopted in their final form at a meeting on 24 November 2005. The following month the Minister of Health and Care Services initiated a process that resulted in a white paper entitled *National strategy to reduce social inequalities in health* (Report No. 20 (2006–2007) to the Storting). The process was guided by the Principles of Action, and the final strategy was based largely on the panel's recommendations. Thus the Principles of Action have already influenced national policy. By publishing them the Directorate hopes they will be used profitably at other decision-making levels and in other forums.

At an international level the Principles of Action are not unique. One of the forerunners was *The Concepts and Principles for Equity and Health* by the British expert Margaret Whitehead, which was published by the World Health Organization in 1992. What does appear to be unique about the present set of principles is that they are the result of consensus among the experts on the panel. When nine researchers from different institutions and with different disciplinary approaches manage to agree on a set of policy recommendations, we feel it is worth listening to them.



Bjørn-Inge Larsen
Directorate of Health

Principles of action to tackle social inequality in health

Introduction

The expert panel believes that social inequality in health is a social problem that requires attention and action from the authorities, large organisations and the general public.

Social inequality in health, i.e. the fact that people with low educational attainment, professional status or income generally have poorer than average health, is an ethical and a democratic problem because it testifies to a deep injustice in a society that professes to be based on social equality and justice: social inequality in health means the principle of equal opportunities is not working. Social inequality in health is a public health issue: the health potential of the population is not being fully exploited. The life expectancy of people with poor educational attainment can be increased by four–five years, and the number of years of good health they enjoy can be increased significantly. Social inequality in health means that people's opportunities in life are reduced in two senses: people with low social status have shorter lives, spent in poorer living conditions. Social inequality in health poses a serious problem for employment, value creation and public expenditure, and thus also for the economic foundation on which the Norwegian welfare state is built. It is also a serious socio-political problem. Various types of poor health are an important – perhaps the most important – factor behind social exclusion in Norway. Poor health thus prevents an active, creative, productive and socially participatory life. Social inequality in health is a welfare problem since people with health problems and low social status are much less likely to experience subjective wellbeing, general satisfaction and quality of life.

1. It is a defined goal to reduce social inequality in health. This must be achieved without any deterioration of the average level of health or the health of the higher socioeconomic groups. The targets for reducing inequality must be quantified, and time limits must be defined for milestones.

Purpose and rationale: To ensure that the principles of action are put into practice, politicians and public decision-makers must commit to following up the principles with policies and measures that work. Quantifying targets and setting time limits for the defined goals are therefore necessary, but not the only, prerequisites for a successful policy. Deciding which quantifiable targets to set is a political issue. It will depend on a number of matters, including the underlying public health perspectives (see section 5 below).

2. Policies adopted to reduce social inequality in health must be knowledge based. The situation must be monitored, policies and measures must be evaluated, and health impact assessments must be carried out for important decisions made within and outside the health service. If existing knowledge is inadequate, measures should be initiated that are expected to have a positive effect and that are very unlikely to have negative consequences. These kinds of measures must be evaluated especially thoroughly.

Purpose and rationale: Research-based knowledge is necessary to ascertain trends and whether policies and measures are having the intended effects. A broad spectrum of methods must be used to generate research-based knowledge – from qualitative studies, via analyses of quantitative empirical data and comparative analyses, to randomised impact assessments of concrete measures and schemes. Depending on the targets chosen, it may be necessary to design relevant performance indicators to enable developments to be tracked over time. At present there is relatively little robust research-based knowledge about the kinds of measures that help reduce social inequality in health, especially in Norway. However, this is no reason not to take action. A more pertinent strategy is to be proactive, always making sure that measures that are expected to have a positive effect are evaluated especially thoroughly.

3. Strategies to reduce social inequality in health are anchored in “the gradient”. This means giving priority to universally oriented population strategies. It may also be necessary to initiate special, target-oriented measures aimed at disadvantaged groups.

Purpose and rationale: Inequality in health is primarily a result of structural factors and choices made within framework conditions that are beyond the individual’s control. This is why universal measures must be used that aim to change the structural conditions, in addition to target-oriented and group-oriented measures. Measures aimed at individuals are not sufficient. These kinds of measures do not alter the basic parameters, and if poorly designed can stigmatise the recipients. Efforts to reduce social inequality in health must build on respect for the individuals’ norms and values.

4. To achieve the objective of reducing social inequality in health, in the short term and in the long term, direct measures aimed at specific health problems should be combined with indirect measures aimed at minimising the structural causes of health problems.

Purpose and rationale: Many of the current health and social policy schemes are for people who already have health problems. Direct remedial measures of this type remain important and necessary. However, it is also essential to implement indirect, preventative measures aimed at the underlying structural causes of health problems and measures aimed at factors that can create health problems early on in life.

5. Strategies to reduce social inequality in health should to be comprehensive and coordinated. This means combining a number of different public health perspectives and coordinating measures across social sectors and administrative levels.

Purpose and rationale: A comprehensive, coordinated policy is built on recognition of the fact that many different factors on many levels affect social inequality in health. This must also be reflected in the policy, entailing major requirements for effective coordination of schemes and policies implemented in different sectors and on different levels. We can distinguish between five public health perspectives: the risk perspective (for example, measures to promote a healthier diet); the protection / good health perspective (for example, measures to improve social networks); the disease perspective (for example, measures to reduce the prevalence of cardiovascular disease); the target-group perspective (for example, measures aimed at disadvantaged groups); and finally the arena perspective (for example, measures implemented in schools or at the workplace). Each of the perspectives has its advantages and disadvantages. For this reason, and because this is a highly complex issue, all five perspectives should be used.

6. A policy to reduce social inequality in health means attaching importance to reducing unfortunate social consequences of disease and impaired health, such as loss of work, especially in occupational groups with lower socioeconomic status.

Purpose and rationale: Research suggests that there is a strong trend towards ejection and exclusion from the employment market of people with health problems from lower social strata in Norway. Although Norway has a policy and system designed to counteract this problem, including an established tripartite collaboration between the state, employees and the employer organisations (the Inclusive Working Life Agreement), there is insufficient awareness about the social inequalities in these health-related exclusion processes.