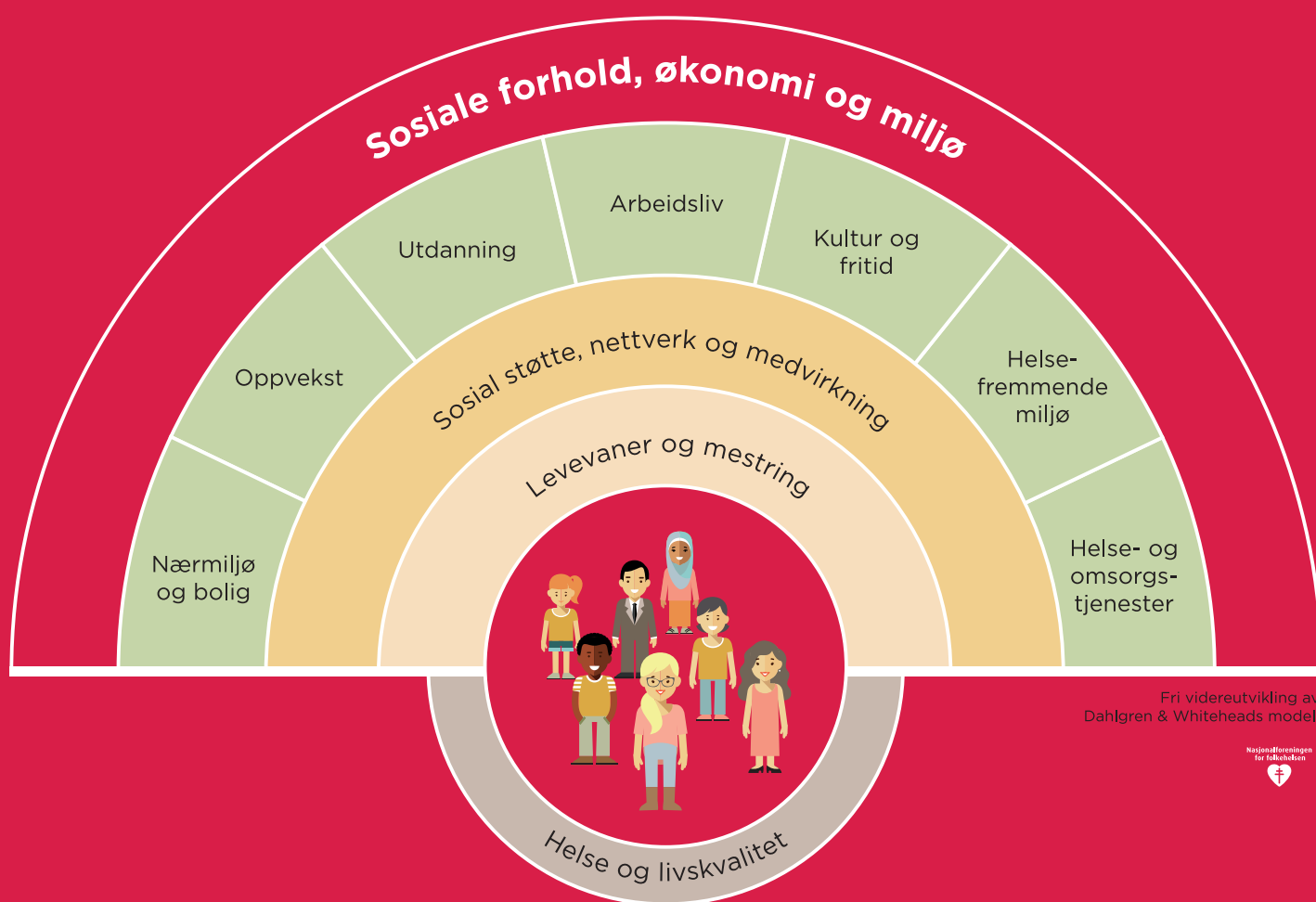




Sosial ulikhet tar liv

– faglige og folkehelsepolitiske vurderinger



Fri videreutvikling av
Dahlgren & Whiteheads modell





Utgitt: 9/2022

Utgitt av Nasjonalforeningen for folkehelsen,
Postadresse: Pb. 7139 Majorstuen, 0307 Oslo
Besøksadresse: Oscars gate 36B, 0258 Oslo
Tlf: 23 12 00 00, E-post: post@nasjonalforeningen.no,

Forfattere:

Espen Dahl, professor ved institutt for sosialfag, OsloMet
Jon Ivar Elstad, forsker ved velferdsforskningsinstituttet, NOVA, OsloMet

Kontaktpersoner:

Tone P. Torgersen, tone.poulsson.torgersen@nasjonalforeningen.no
Camilla Øksenvåg, camilla.oksenvag@nasjonalforeningen.no
Stian F. Alvestad, stian.alvestad@nasjonalforeningen.no

Grafisk produksjon: ETN Grafisk

Forord.....	5
Sammendrag.....	6
Sosial ulikhet tar liv – faglige og folkehelsepolitiske vurderinger	8
Formål.....	9
Bakgrunn	9
Forklaringsmodeller og mekanismene bak sosial ulikhet i helse.	10
Litt om politikken på feltet.	12
Utdanningsforskjellene i tapte leveår i 2020	13
Determinanter og innsatsområder	17
Mål og behovet for empiriske indikatorer	20
Vedlegg	22
Vedlegg 1. Nærmere om metoden for de empiriske beregningene.	23
Vedlegg 2. Hvordan vurdere årsaker til sosial ulikhet i helse?	25
Litteratur.....	28

FORORD

Sosial ulikhet tar liv. Problemet er gjennomgripende i vårt samfunn. Helse, livskvalitet og død følger sosial status som en trapp gjennom hele samfunnet enten vi måler sosial status som inntekt eller utdanning. Det er et folkehelseproblem. Det er et samfunnsøkonomisk problem. Det truer den tilliten som er avgjørende for at vi som samfunn skal kunne håndtere kriser og, ikke minst, det er dypt urettferdig. Mennesker med færre livssjanser og dårlige levekår opplever mer sykdom og for tidlig død.

Nasjonalforeningen for folkehelsen er pådriver for å redusere sosial ulikhet i helse i Norge. Derfor har vi stilt krav om at regjeringen må utvikle en forpliktende strategi for å redusere helseforskjellene. Regjeringen har nå lovet at en lik strategi skal komme med folkehelsemeldingen som legges fram for Stortinget våren 2023.

Vi ba derfor to av Norges fremste forskere på sosial ulikhet i helse Espen Dahl og Jon Ivar Elstad om et notat hvor de presenterer størrelsen på problemet, innsatsområder som en norsk strategi må omfatte for å få effekt, og en vurdering av hvordan vi kan følge gjennomføring av strategien over tid. Vi vil framheve tre sentrale budskap fra Dahl og Elstad:

Problemet er enormt stort. Hele 170 000 leveår kunne vært vunnet bare på ett år dersom vi ikke hadde hatt sosial ulikhet i helse. De viser et potensiale for at 40 prosent av tapte leveår i befolkningen kan spares om vi utjevner sosiale helseforskjeller.

Løsningen ligger i en bred og koordinert strategi med stor vekt på tidlig innsats og universelle tiltak. Det er behov for innsats på områdene barns tidlige utvikling, skole og utdanning, arbeidsmarked og arbeidsmiljø, inntekt og fattigdom, bolig og lokalsamfunn, helseatferd og helsetjenester, samt deltakelse, demokrati og inkludering.

Oppfølgingen må skje gjennom å måle at en faktisk gjennomfører det som ligger i strategier og planer. Det er behov for politisk forpliktende indikatorer som måler sosial fordeling innenfor alle innsatsområdene. For at utviklingen skal kunne gå i riktig retning er det nødvendig å vurdere fordelings effekter av tiltak i alle sektorer. Såkalte fordelingsbriller må tas på for å vurdere om tiltak og politikk kan bidra til minskende ulikhet i de samfunnsforhold som påvirker ulikhetene i helse.

Med denne rapporten viser Nasjonalforeningen for folkehelsen at vi har kunnskap nok til å redusere sosial ulikhet i helse. Det vi trenger er politisk vilje og reell kraft til å gjennomføre strategier og tiltak. Det er ikke et mål at alle skal leve like liv, men vi må som samfunn gjøre alt vi kan for at alle skal få de samme livssjansene når vi skal forme våre liv etter egne ønsker og ambisjoner.

Nasjonalforeningen for folkehelsen takker med dette Jon Ivar Elstad og Espen Dahl for deres arbeid med rapporten. Elstad og Dahl er ansvarlig for rapportens faglige innhold.



Mina Gerhardsen, generalsekretær

SAMMENDRAG

I gjennomsnitt er folkehelsen i Norge god, men sykkelighet og typisk levealder varierer sterkt med plasseringen i den sosiale lagdelingen. Risikoen for å dø før vanlig pensjonsalder er for eksempel betydelig høyere blant dem med lav utdanning enn for dem med høy utdanning. Liknende variasjoner viser seg om innbyggerne blir gruppert etter inntekt, formue eller etter hva slags yrke de har. Et iøynefallende trekk er at skillene ikke først og fremst går mellom de dårligst stilte og befolkningen ellers. Ulikhetene danner en *gradient*: De gjennomsnittlige sykdomsbyrdene øker steg for steg for hvert trinn «nedover» på samfunnsstigen.

Nye beregninger av *tapte leveår*, presentert i denne rapporten, illustrerer disse helseforskjellene. I 2020 førte dødsfall til at menn med grunnskole mistet 21 prosent av sine «potensielle» leveår, dvs. år som ville blitt levd om for tidlige dødsfall hadde blitt unngått. For menn med videregående skole var tapet på 13 prosent, mens tapet var 8 prosent blant menn med kort postgymnasial utdanning – og «bare» 6 prosent blant menn med lang utdanning på universitets- og høyskolenivå. Blant kvinnene var utdanningsforskjellene i tapte leveår om lag like store som blant mennene.

Et hypotetisk tankeeksperiment viser hvor mange leveår som ville blitt *vunnet* om alle utdanningsnivåer hadde hatt samme *lave* risiko for for tidlige dødsfall som de med lang høyere utdanning. I så fall ville grunnskoleutdannede menn og kvinner til sammen spart om lag 85 000 leveår i 2020. De med videregående skole ville fått om lag 76 000 flere leveår, og økningen for de med kort universitets- eller høyskole- utdanning ville vært på 13 000 leveår. Om ulikhetene i dødsrisiko hadde blitt jevnet ut så alle er på samme nivå som gruppen som lever lengst, dvs. «nivellert oppover» til nivået blant de høyest utdannede, ville altså den norske befolkningen vunnet om lag 174 000 ekstra leveår, bare i løpet av ett eneste år.

Forutsetningen for en slik leveårsgevinst er en fullstendig utjevning av de sosiale helseforskjellene, noe som selvsagt ikke er realistisk på kort sikt. Likevel forteller tankeeksperimentet at de sosiale helseulikhetene er en stor utfordring for helsepolitikken. De innebærer at de som sliter med færre ressurser og en ugunstig plassering på samfunnsstigen i tillegg rammes av større sykdomsbyrder og høyere dødsrisiko. En annen viktig konsekvens er at folkehelsen *generelt* blir betydelig dårligere enn den ville vært om helseulikhetene hadde vært mindre.

Skadevirkningene av de sosiale helseulikhetene, både for de som rammes spesielt og for den allmenne folkehelsen, har vært kjent i lang tid. Forskning viser at årsakene er komplekse, men den dominerende forklaringen legger vekt på *sosiale helsedeterminanter (SHD)*. Dette *SHD-perspektivet* framhever at sosiale ulikheter i helse framfor alt skyldes at samfunnsskapte omstendigheter med helsemessig betydning er ulikt fordelt mellom ulike samfunnsgrupper. Også i det norske samfunnet, der likhetsidealet står sterkt, er ulikhetene i oppvekstmiljø, boligenes kvalitet, arbeidsforhold, den materielle levestandarden og den psykososiale tryggheten medvirkende til den sosiale ulikheten i sykdommer og dødsrisiko. Usunn livsstil og tendensen til at svekket helse fører til inntektsbortfall kan i tillegg bidra, men SDH-perspektivet understreker at den skjeve fordelingen i samfunnet av de sosiale helsedeterminantene er den *fundamentale* grunnen til sosial ulikhet i helse.

I seinere tiår har sosial ulikhet i helse vært et sentralt tema for helsepolitikken i mange europeiske land. I Norge ble en «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller» lagt fram i 2007. Stortingsmeldingen bygde i stor grad på SDH-perspektivet ved å framheve inntekt, oppvekst og arbeid som viktige innsatsområder, men den la også vekt på helseatferd og helsetjenester. I årene deretter kom mange tiltak i folkehelsearbeidet, både fra sentralt hold og i kommunene. Nye stortingsmeldinger i 2015 og 2019 har også tatt for seg de sosiale helseulikhetene, men med et mindre tydelig SDH-perspektiv og mer vekt på individuelle helsevaner og på situasjonen for marginaliserte grupper med særskilte helseutfordringer.

Erfaringene så langt er imidlertid at den markante sosiale ulikheten i helse i Norge *ikke* har blitt redusert i seinere år. Tvert imot viser statistiske analyser flere tegn på *økende* helseulikheter på enkelte områder.

Dette tilsier at tiltakene for å minske helseulikhetene må fornyes og forsterkes. Denne rapporten drøfter noen forslag og alternativer for kommende års helsepolitikk. Marginaliserte gruppers helseforhold og tiltak for å bedre befolkningens helsevaner må utvilsomt vektlegges i helsepolitikken, men en ensidig innretting på disse problemområdene vil ikke redusere helseulikhetene i særlig grad. Som nevnt over framtrer den sosiale ulikheten i helse som en *sosial gradient* der ikke bare de verst stilte, men også brede samfunnslag, blir rammet. Derfor bør SDH-perspektivet stå sentralt, og politikken må ta sikte på å minske ulikhetene i de sentrale sosiale determinantene som har stor betydning for individenes helse. I folkehelsepolitikken både i Norden og i Storbritannia regnes blant annet barns tidlige utvikling, skole og utdanning, arbeidsmarked og arbeidsmiljø, inntekt og fattigdom, bolig og lokalsamfunn, og helseatferd og helsetjenester som slike sentrale helsedeterminanter. Å minske den sosiale ulikheten på slike samfunnsområder er utfordrende, men samtidig uunngåelig om siktemålet er å legge grunnlag for en vesentlig og langsiktig reduksjon av helseulikhetene.

Dette vil blant annet innebære at politikk, tiltak og samfunnsendringer må ses i et fordelingsperspektiv. «Fordelingsbrillene» må bli tatt i bruk for å vurdere om tiltak og politikk kan bidra til minskende ulikhet i de sosiale determinantene. Ofte vil det bety at *universelle* tiltak er å foretrekke, ettersom de kan gi samme tilgang og samme muligheter, uansett egen plassering i den sosiale lagdelingen. Vekten på universelle tiltak utelukker likevel ikke at spesielt målrettede tiltak for særlig utsatte grupper kan være nødvendige.

Samtidig som tiltak blir iverksatt, må vi ha gode mål for å bedømme hvilken retning utviklingen tar. Både Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå publiserer data om tilstand og endring for en del av de sosiale helsedeterminantene. Dette arbeidet må videreutvikles, blant annet med et skarpere fokus på ulikhet og fordelinger, og knyttes tettere opp mot de helsepolitiske tiltakene.

Sosial ulikhet tar liv

– faglige og
folkehelsepolitiske
vurderinger



FORMÅL

Dette notatet er utarbeidet på oppdrag fra Nasjonalforeningen for folkehelsen. Formålet er todelt. Det første er å gi en oppdatert empirisk analyse av tapte leveår i Norge og hvordan de varierer mellom fire utdanningskategorier. Det andre formålet er å plassere funnene fra analysen inn i en faglig og politisk kontekst, og avslutningsvis å vurdere utvalgte sider ved gårsdagens og dagens politikk på området.

BAKGRUNN

Sosial ulikhet i helse kjennetegnes ved at helsetilstanden jevnt over er markant dårligere i lavere sosiale lag enn blant bedrestilte. Dette er både et rettferdighetsproblem og et folkehelseproblem. Sosiale ulikheter i helse er funnet i alle land der de er blitt studert. Ulikhetene framtrer i alle livsfaser, for menn og kvinner, og for de aller fleste indikatorer på sosial eller sosioøkonomisk posisjon, som for eksempel sosial klasse, utdanning og inntekt. De finnes for nær sagt alle helseindikatorer, fra harde helseutfall som død og dødsårsaker, til myke og subjektive helsemål som selvvurdert helse.

Slike helseulikheter synes å vedvare, og de har også i en del tilfelle økt i seinere år. I alle de nordiske landene, som ofte ansees som de mest egalitære i verden med de mest velutviklede velferdsstatene, har forskjellene mellom utdanningsgruppene i forventet levealder økt de siste tiårene (Mackenbach 2019).

Et iøynefallende trekk er at helseforskjellene tar form av en *gradient*. For hvert nivå «oppover» i den sosiale lagdelingen er gjennomsnittlig helse bedre enn for nivået under. Med stigende sosioøkonomisk status ser vi at helsetilstanden, jevnt over, blir gradvis bedre, steg for steg. Det er altså ikke bare de dårligst stilte, de fattige og marginaliserte, de sårbare og utsatte, som har dårligere helse enn de bedrestilte. Gradientfenomenet innebærer at helseulikhetene «skjærer» systematisk gjennom hele samfunnet, fra lave plasseringer i samfunnshierarkiet til mellomkategoriene og dernest til de høyeste sosiale lagene. Dette har vært et tema for vitenskapelige drøftinger, men har også viktige helse- og sosialpolitiske implikasjoner. Gradientfenomenet har betydning for valgene mellom en målrettet, selektiv politikk eller en mer universell politikk som favner alle. Disse valgene angår spørsmålet om politikken for å redusere ulikhet i helse vil være effektiv, og de angår også spørsmålet om effektiviteten for folkehelsearbeidet helt generelt (Dahl mfl. 2014).

Bakgrunnen for de sosiale helseulikhetene er kompleks, men en dominerende forståelse vektlegger *sosiale helsedeterminanter* – det såkalte SHD-perspektivet. Rio-deklarasjonen, vedtatt i 2011 av Verdens Helseorganisasjon og underskrevet også av Norge, beskriver perspektivet slik: “*Health inequities arise from the societal conditions in which people are born, grow, live, work and age, referred to as social determinants of health. These include early years’ experiences, education, economic status, employment and decent work, housing and environment, and effective systems of preventing and treating ill health*” (WHO 2011). Perspektivet innebærer en livsløpstilnærming som framholder at helse i alle livsfaser, fra fødsel til død, formes av *sosiale* forhold som oppvekstmiljøet, levekårene, yrkesdeltakelsen og arbeidsforholdene, osv. Det dreier seg altså om *sosiale* årsaker til helse og ulikheter i helse.

FORKLARINGSMODELLER OG MEKANISMENE BAK SOSIAL ULIKHET I HELSE

De sosiale årsakene til helse og helseulikheter kan virke gjennom ulike typer mekanismer. Forskningen bruker flere typer modeller for å forklare eksistensen og utviklingen av de sosiale helseulikhetene. Her følger en kort oversikt over noen av disse forklaringsmodellene.

Materielle faktorer: Utgangspunktet er at ulike sosiale grupper er ulikt eksponert for materielle risikofaktorer for sykdom og død. Eksempler er støy, forurensninger, fysisk hardt arbeid og dårlig arbeidsmiljø.

Helsevaner: Fire typer vaner løftes gjerne fram: tobakksrøyking, fysisk aktivitet, kost- og spisevaner, og alkoholkonsum- og mønster. Forekomsten av flere av disse helsevanene, spesielt røykingen, følger plassering i den sosiale lagdelingen, og kan dermed bidra til å forklare sosiale helseulikheter i utvalgte helseutfall. Hvorfor helsevaner har en spesiell sosial fordeling, kan ha flere forklaringer. For eksempel kan røyking redusere sosialt stress som kan forekomme hyppigere i lavere enn i høyre sosiale lag. Omfanget av sosiale forskjeller i helsevaner varierer mellom land, og dette henger blant annet sammen med hvor langt de enkelte land er kommet i røykeepidemien (Dahl mfl. 2014).

Psykososiale mekanismer fokuserer på stressopplevelse, stressmestring og stressorer i omgivelsene og hvordan de kan utløse eller forverre sykdomstilstander. Flere modeller fokuserer på stress i arbeidslivet. En av dem er krav/kontrollmodellen som antar at jobber som kombinerer høye krav med lav grad av kontroll er særlig stressende. En annen modell setter sammenhengen mellom arbeidsinnsats og belønning i sentrum. Modellen antar at arbeidstakere som anstrenger seg mye, men belønnes lite, vil oppleve mye stress og dermed ha høyere risiko for å utvikle sykdom.

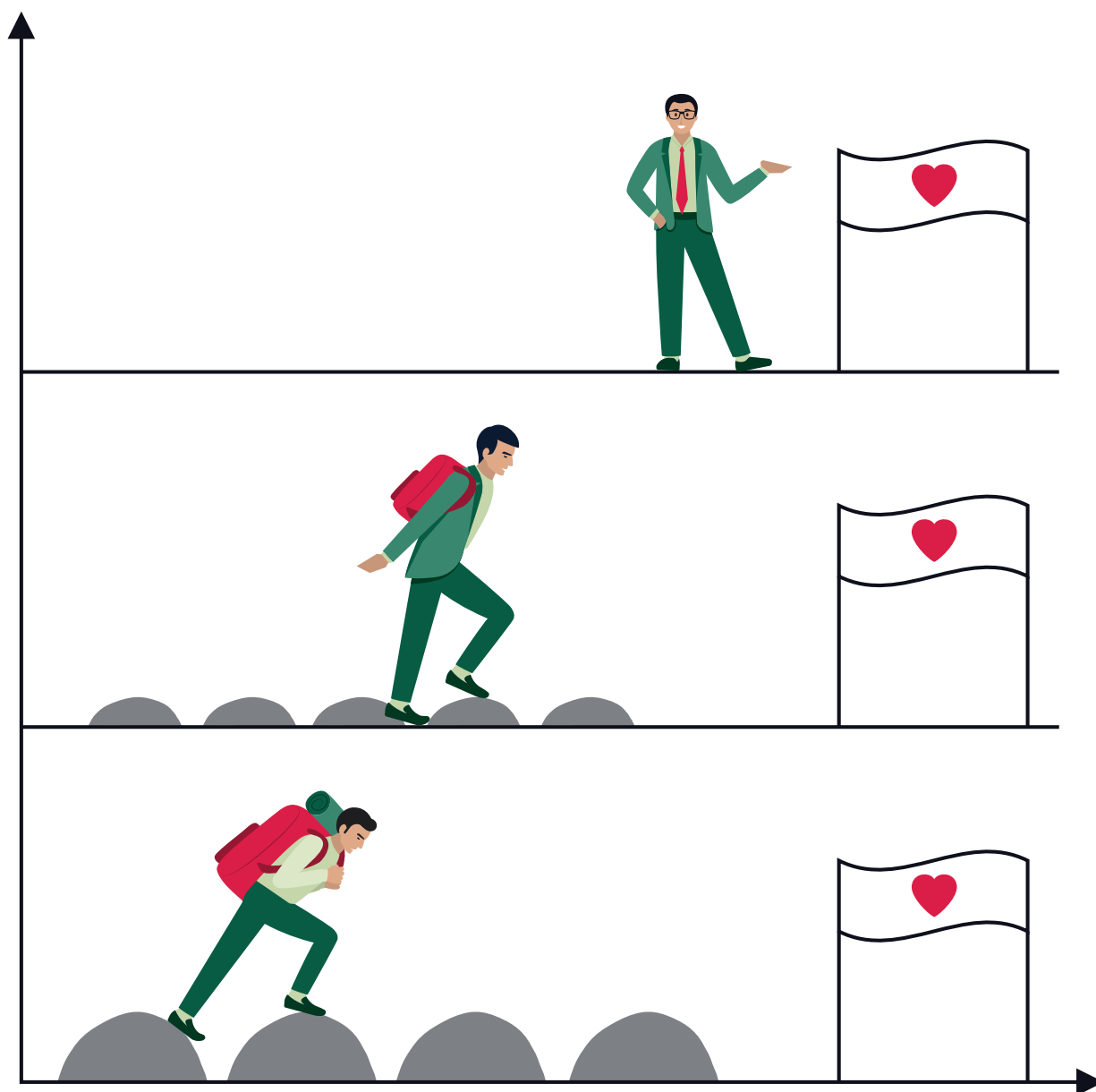
Teorien om fundamentale årsaker framhever at de som er posisjonert høyt i det sosioøkonomiske hierarkiet vil nær sagt til alle tider og i alle samfunn ha bedre tilgang på ressurser som er helsemessig gunstig. Slike ressurser finnes på mange områder (økonomiske tilganger, sosiale nettverk, mv.) og de kan bedre mulighetene til å unngå, forebygge og håndtere mange typer faktorer som øker sykdomsrisikoen.

Teorier om helserelatert sosial mobilitet (seleksjon) antar at helse påvirker sosial posisjon, for eksempel ved at sykdom leder til avgang fra arbeidslivet og dermed til lavere inntekt, eller ved at helsevansker i ung alder fører til avbrutt utdanning, svak tilknytning til arbeidsmarkedet og små og skiftende inntekter. I slike modeller betraktes helse som årsaken til en sosial posisjon, men samtidig vil seleksjonen drives fram av sosiale prosesser. Eksempelvis vil sannsynligheten for at en kronisk syk forlater arbeidslivet avhenge av blant annet tilgjengeligheten av helsetjenester, hvordan arbeidsbetingelser og arbeidslivets krav er utformet, størrelsen på trygdeytelser og muligheten for rehabilitering og arbeidsrettede tiltak.

Livsløpsmodeller studerer, ideelt sett, hele livsløpet fra fødsel til død, og slike modeller prøver å integrere innsikter fra medisinsk forskning med kunnskap fra samfunnsvitenskapene.

Akkumulasjon dreier seg om at risikofylte omstendigheter «hoper seg opp» hos noen, mens fordelaktige omstendigheter «hoper seg opp» hos andre. Denne mekanismen er kalt Matteuseffekten, jf. Matteus-evangeliet 25.29: «For den som har, han skal få, og det i overflod. Men den som ikke har, skal bli fratatt selv det han har.» Slike modeller åpner for at helserelatert seleksjon opererer i noen livsfaser, mens i andre livsfaser dreier mekanismene seg om hvordan sosiale omstendigheter påvirker helseutviklingen.

Kontekstuelle forklaringer: Den siste modellen vi omtaler her er opptatt av hvordan egenskaper ved nabolag, kommuner, fylker eller land kan ha helsekonsekvenser, bidra til å frambringe sosiale helseulikheter og ha ulikhetsgenererende effekter som kommer i tillegg til dem vi har nevnt foran. Et eksempel er at inntektsulikheten i et geografisk eller administrativt område skaper store opplevde sosiale avstander mellom folk. Dette bidrar til å svekke den sosiale kapitalen, som i sin tur har uheldige helsemessige konsekvenser.



Figur 1 - fritt etter Elisabeth Mosengs illustrasjon i St. Meld. nr. 20 (2006-2007) - Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

LITT OM POLITIKKEN PÅ FELTET

I 2007 ble en 10-års strategi for å bekjempe sosial ulikhet i helse lansert (St.meld. nr. 20 (2006–2007)). Strategien ble avsluttet i 2017. Strategien har flere bemerkelsesverdige sider, blant annet at den, muligens som den eneste i verden, rettet søkelyset mot gradienten og ikke bare mot de dårligst stilte og «gapet» resten av befolkningen.

Et annet særdrag var at den tok til orde for universelle løsninger i kombinasjon med målrettede tiltak for særlig utsatte grupper. Den rettet seg videre mot grunnleggende sosiale helsedeterminanter som inntekt, sysselsetting, arbeidsforhold og oppvekstsvilkår – det som gjerne kalles «oppstrøms»-faktorer. Strategien er blitt omtalt som en av de mest ambisiøse i Europa (van der Wel mfl. 2016).

I 2015 kom en ny stortingsmelding om folkehelse: «Mestring og Muligheter» (St. meld. 19, 2015). De prioriterte områdene var psykisk helse, sunn livsstil, aktive eldre, barn og unge, og tverrsektorielt folkehelsearbeid. Målet om å redusere ulikhet i helse ble stadfestet, og reduserte dødelighetsforskjeller ble sett på som et middel for å øke levealderen i befolkningen generelt. Det var imidlertid vanskelig å se hvordan målene skulle bli omsatt i konkret politikk og virkemidler. I den grad stortingsmeldingen tok for seg politikk for å redusere helseulikhet, var det ikke gradienten som fikk oppmerksomhet, men de dårligst stilte, for eksempel fattige barnefamilier. For øvrig var søkelyset på helsevaner og ikke de sosiale helsedeterminantene – begrepet sosiale helsedeterminanter ble knapt nevnt i denne stortingsmeldingen.

I 2019 fulgte en stortingsmelding om sosiale og økonomiske ulikheter mer generelt (Meld. St. 13, 2019). Et eget kapittel behandler sosiale helseulikheter. Det gjentas at «Flere leveår med god helse og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen er nasjonale mål.....» (s. 12). Det hevdes videre at «de beste resultatene oppnås når kunnskap om bedre levevaner knyttet til fysisk aktivitet, kosthold og røykekutt også fører til at befolkningen endrer atferd» (s.12). Helseatferdsforklaringen tillegges altså stor vekt i denne meldingen. For øvrig vises det til den kommende folkehelsemeldingen.

*Dødsfall som skjer «for tidlig»,
kan ses på som tap av leveår som
kunne ha blitt levd, altså som tap av
«potensielle» leveår.*

Senere i 2019 kom den varslede nye folkehelsemeldingen. Her framheves tre områder som ønskes styrket: «– tidleg innsats for barn og unge – førebygging av einsemd – mindre sosial ulikskap i helse» (Meld. St. 19, 2019, s. 8). Målet om å redusere ulikhet i helse har igjen fått en sentral plass, men det er vanskelig å spore noen videreutvikling av politikken for å nærme seg dette målet. Både målrettet innsats og like muligheter for alle løftes fram, men som konkret problemgruppe nevnes kun barn i familier med vedvarende lavinntekt, jfr. følgende sitat: «Men det er sosiale forskjellar, og det gir seg utslag i sosiale helseforskjellar i alle aldersgrupper. Ei hovudutfordring er at mange barn lever i familiar med vedvarande låg inntekt. Regjeringa vil forsterke innsatsen for å redusere dei sosiale forskjellane, både gjennom målretta tiltak og ved å skape like moglegheiter og gode livsvilkår for alle, uavhengig av kjønn, alder, funksjonsnedsetjing, etnisitet, religion og livssyn, og seksuell orientering og kjønnsidentitet.» (Meld. St. 19, 2019, s.9).

Gradientperspektivet mangler altså i meldingen, og «sosiale forskjeller» knyttes i liten grad til sosioøkonomiske posisjoner, men i stor grad til alder, kjønn, funksjonsnedsetting, seksuell orientering, mm. Med andre ord synes meldingen å være mer opptatt av identitetspolitikk enn av politikk for sosial utjevning.

Alt i alt gir de nyere regjeringsdokumentene mange dekkende empiriske beskrivelser av de sosiale ulikhetene i helse, dødelighet og levealder, og det erkjennes at disse helseulikhetene er et problem. Det er imidlertid vanskelig å se noen strategiske grep eller forslag til kraftfulle tiltak som kunne motvirke de sosiale helseforskjellene. På bakgrunn av vedvarende og til dels økende sosiale og økonomiske ulikheter i Norge (Halvorsen og Stjernø 2021), er dette skuffende. I plattformen for den nåværende regjeringen varsles det imidlertid at det skal lages «en strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller og bekjempelse av ensomhet» (Hurdalsplattformen 2021, s.58). Dette kan være et betimelig og lovende signal.

UTDANNINGSFORSKJELLENE I TAPTE LEVEÅR I 2020

Internasjonale undersøkelser viser at de sosiale helseulikhetene i Norge ikke er mindre enn ellers i Europa (Mackenbach 2019). Ulikhetene har blitt dokumentert mange ganger, for eksempel i Folkehelseinstituttets rapporter om hvordan helsetilstanden varierer mellom de ulike utdanningsnivåene (FHI, 2018). I dette avsnittet legger vi fram en oppdatert dokumentasjon av utdanningsforskjellene i dødelighet i Norge, basert på de nyeste tilgjengelige tallene fra Statistisk sentralbyrå.

Dødelighetsforskjellene kan analyseres på flere måter. Folkehelseinstituttet pleier å beskrive dem med aldersstandardiserte dødelighetsrater eller med beregninger av forventet levealder (FHI, 2022). I analysen vi presenterer her, har vi undersøkt hvordan dødsfallene i 2020 førte til *tapte leveår* for ulike utdanningsgrupper.

Bak begrepet tapte leveår ligger den helsepolitiske målsettingen om at flest mulig bør få leve et langt liv. Det er forstemmende om en 30-åring dør, men også når en 50-åring eller 60-åring går bort, må vi regne det som «for tidlig» dødsfall. De aller fleste lever lenger i dagens Norge. Dødsfall som skjer «for tidlig», kan ses på som tap av leveår som kunne ha blitt levd, altså som tap av «*potensielle*» leveår. Om vi regner minst 80 år som ønsket livslengde, kan vi si at et dødsfall som 45-åring representerer 35 tapte leveår, mens et dødsfall som 75-åring betyr fem tapte leveår. Et dødsfall som skjer i ung alder vil altså føre til et større tap av leveår enn et dødsfall som gammel, i tråd med hvordan vi vanligvis føler: Et dødsfall som ung er langt vanskeligere å akseptere enn et dødsfall i høy alder.

Tallet på tapte leveår for et bestemt dødsfall blir konkret målt som forskjellen mellom en *referansealder* og den avdødes alder da han eller hun døde. Referansealderen kan bestemmes på flere måter. I vår analyse er referansealderen definert som hvor gammel den avdøde kunne *forvente* å bli om han eller hun hadde levd like lenge som *gjennomsnittet* blant andre på samme alder (se Vedlegg 1). Folkehelseinstituttets statistikker viser for eksempel at 35-årige menn ville i gjennomsnitt bli 82,1 år, gitt dødelighetsmønsteret i Norge i 2019 (FHI, 2021). Den *faktiske* levealderen vil selvsagt variere fra person til person, men gjennomsnittstall er nyttig for analyser av store befolkningsgrupper. Et dødsfall for en 35-årig mann regner vi derfor som 47,1 tapte (potensielle) leveår, altså forskjellen mellom forventet levealder (82,1 år) og faktisk levealder (35 år). På samme vis vil et dødsfall for en 75-årig kvinne regnes som 13,7 tapte leveår, siden hennes forventede levealder i 2019 var 88,7 år.

Vi bruker opplysninger hentet fra *microdata.no*, en database forvaltet av Statistisk sentralbyrå, der forskere har tilgang til informasjon om blant annet fødselsår, dødsfall og utdanning for hele befolkningen (informasjonen er gitt slik at ingen enkeltpersoner kan identifiseres). *Vi spør: Hvor mange tapte leveår førte dødsfallene i 2020 til – for befolkningen som helhet og for ulike utdanningsgrupper?* Siden vi undersøker utdanningsforskjeller, utelater vi aldersgruppene under 30 år fra analysene, siden mange i 20-årsalderen vil fortsatt være under utdanning. Analyseutvalget består derfor av alle registrerte innbyggere per 1. januar 2020, som dessuten var født i 1990 eller tidligere. Utvalget spenner dermed over alle voksne aldersgrupper fra rundt starten av 30-årsalderen til godt over 100 år.

Tabell 1. Tapte leveår i 2020, fire utdanningsgrupper, født 1990 eller tidligere

	GRUNNSKOLE	VIDEREGÅENDE	HØYSKOLE- UNIVERSITET, LAVERE TRINN	HØYSKOLE- UNIVERSITET, HØYERE TRINN	ALLE
Menn					
Antall potensielle leveår i 2020*	349 966	764 816	347 969	207 009	1 669 760
Antall døde i 2020	6597	9253	2410	1190	19 450
Antall tapte leveår	73 728	102 114	28 641	12 463	216 946
Tapte leveår i % av potensielle leveår	21,1	13,4	8,2	6,0	13,0
Kvinner					
Antall potensielle leveår i 2020*	363 362	644 723	508 848	183 953	1 700 886
Antall døde i 2020	8918	8710	2291	307	20 226
Antall tapte leveår	71 651	80 860	28 451	5296	186 258
Tapte leveår i % av potensielle leveår	19,7	12,5	5,6	2,9	11,0

*Antall potensielle leveår i 2020 = antall bosatte pr. 1.1. 2020, fratrukket de som emigrerte i 2020.

Utvalget består av vel 1,7 millioner kvinner og nesten like mange menn, i alt nesten 3,4 millioner (Tabell 1). Med andre ord hadde utvalget om lag 3,4 millioner *potensielle leveår* i 2020. Så mange år ville personene i utvalget ha levd *til sammen* dette året såfremt alle var i live ved årets slutt. Imidlertid døde nesten 19 500 av mennene og vel 20 200 av kvinnene – nær 40 000 i alt i 2020. Disse nesten 40 000 dødsfallene medførte omtrent 403 000 tapte leveår (om lag 217 000 blant mennene og 186 000 for kvinnene). Tallet på tapte leveår er naturligvis mye høyere enn antallet dødsfall, siden ett enkelt dødsfall kunne ofte stå for 5, 10 eller enda flere tapte leveår om dødsfallet inntraff lenge før referansealderen var nådd.

Tabell 1 viser at mennene alt i alt mistet 13,0 prosent av sine potensielle leveår, mens kvinnene mistet 11,0 prosent. Prosentandelen varierte sterkt med utdanningsnivået. Menn med lang utdanning fra høyskole eller universitet (høyere trinn) mistet «bare» 6,0 prosent av sine potensielle leveår. Tapet blant menn uten utdanning etter grunnskolen var over tre ganger så stort: 21,1 prosent. Også de midlere utdanningsnivåene hadde et større tap enn de høyest utdannede: 8,2 prosent blant menn med kort høyskole- eller universitetsutdanning, og 13,4 prosent blant menn med videregående. Utdanningsforskjellene var også store blant kvinnene. Bare 2,9 prosent av de potensielle leveårene gikk tapt for de høyest utdannede, mot 5,6 prosent blant kvinnene med kortere høyskole- eller universitetsutdanning, 12,5 prosent blant de med videregående, og 19,7 prosent blant kvinnene med lavest utdanning.

Tallene illustrerer de markante utdanningsforskjellene i hvordan dødsfall førte til tap av potensielle leveår i 2020. De viser dessuten den sosiale *gradienten*, dvs. den stegvise forverringen for hvert trinn «nedover» på utdanningsstigen. Riktignok tar ikke tallene i Tabell 1 hensyn til hvordan aldersfordelingen varierer mellom utdanningsgruppene, men ulikhetene er praktisk talt like store også når vi tar høyde for slike aldersforskjeller (se Vedlegg 1).

Hva betyr disse ulikhetene i tap av leveår for de forskjellige utdanningsnivåene, og dessuten for tapet av leveår for befolkningen som helhet?

Spørsmålet kan belyses på følgende måte. Vi tenker oss at de sosiale helseforskjellene er blitt utjevnet slik at risikoen for å dø for tidlig er *like lav* i de tre lavere utdanningsnivåene som blant de med lang høyskole- eller universitetsutdanning. Vi tenker oss altså en dramatisk «nivellering oppover», slik at de med grunnskole, videregående og kort høyskole/universitet har fått redusert sin dødsrisiko såpass mye at den ikke lenger er forskjellig fra risikoen blant de høyest utdannede. Hvor mange leveår ville i så fall blitt vunnet?

Vi har følgelig beregnet tapet av leveår for de tre lavere utdanningsgruppene, gitt at risikoen for dødsfall i 30-årsalderen, 40-årsalderen, osv. var den samme som for dem med lang høyskole- eller universitetsutdanning. Alt annet (som størrelsen på utdanningsgruppene og aldersfordelingen i dem) tenker vi er uendret. Beregningene er gjort separat for menn og kvinner. Tabell 2 viser resultatet. For grunnskoleutdannede menn ville tapet av leveår blitt redusert fra 73 728 til 27 961. De ville altså ha vunnet 45 767 leveår, i løpet av 2020, om en slik dramatisk forbedring i dødsrisikoen hadde inntruffet. For menn med videregående ville gevinsten vært nesten like stor – 43 678, og for menn med kort høyskole/universitet ville gevinsten vært 7184 ekstra leveår. For de høyest utdannede ville det naturligvis ikke blitt noen endring siden risikoen for for tidlig død er den samme som før.

Tabell 2 viser videre at kvinnene i utvalget hadde vunnet 77 747 leveår, særlig på grunn av gevinsten blant dem med grunnskole (39 095 leveår), og dessuten ville også mange leveår vært vunnet for kvinnene med videregående som høyeste utdanning (32 626 leveår).

Alt i alt ville tallet på tapte leveår blitt redusert fra 216 946 til 120 317 blant mennene, og fra 186 258 til 108 511 blant kvinnene. Den anslåtte gevinsten for begge kjønn til sammen vil følgelig være på om lag 174 000 leveår.

Beregningene vist i Tabell 2 er hypotetiske. De forutsetter en radikal utjevning «oppad» av risikoen for for tidlige dødsfall. Det er urealistisk på kort sikt. Tankeeksperimentet er likevel opplysende på flere måter. Det illustrerer for det første de store skadevirkningene av den sosiale ulikheten i helse for generell folkehelse. *Om alle utdanningsnivåer hadde hatt samme lave risiko for for tidlige dødsfall som de høyest utdannede, ville anslagsvis 174 000 leveår blitt vunnet for befolkningen som helhet – bare i løpet av året 2020.* Redusert sosial ulikhet i helse har følgelig et stort potensial for generelle folkehelseforbedringer.

For det andre illustrerer tallene at sosial ulikhet i helse ikke bare angår de som er lavt plassert i de sosiale hierarkiene. En fundamental «nivellering oppover» av risikoen for for tidlig død kunne gitt en gevinst på nesten 85 000 leveår (menn: 45 767, kvinner 39 095) for dem uten utdanning utover grunnskolen, og *dessuten* en gevinst på om lag 76 000 leveår blant dem med videregående skole, og *i tillegg* en gevinst på vel 13 000 leveår for dem med kortere høyskole- eller universitetsutdanning. Den sosiale ulikheten i helse er et problem for samfunnet som helhet og ikke et problem som bare vedrører de med lav sosial status.

Tabell 2. Hypotetiske beregninger: Hvor mange leveår kunne vært vunnet om alle utdanningsgrupper hadde samme risiko for for tidlig død som de høyest utdannede?

	GRUNNSKOLE	VIDEREGÅENDE	HØYSKOLE- UNIVERSITET, LAVERE TRINN	HØYSKOLE- UNIVERSITET, HØYERE TRINN	ALLE
Menn					
Faktisk tap av leveår i 2020 pga dødsfall (jf. Tabell 1)	73 728	102 114	28 641	12 463	216 946
Beregnet tap av leveår gitt risiko for for tidlig død samme som for høyest utdannede*	27 961	58 436	21 457	12 463	120 317
Antall leveår vunnet	45 767	43 678	7184	0	96 629
Kvinner					
Faktisk tap av leveår i 2020 pga dødsfall (jf. Tabell 1)	71 651	80 860	28 451	5296	186 258
Beregnet tap av leveår gitt risiko for for tidlig død samme som for høyest utdannede*	32 556	48 234	22 426	5296	108 511
Antall leveår vunnet	39 095	32 626	6025	0	77 747

**Antall tapte leveår om risikoen for tap av leveår var den samme blant de tre lavere utdanningsgruppene som observert blant de høyest utdannede (se Vedlegg 1).*

Med mindre variasjoner er det de samme determinantene som er identifisert i Norge, Sverige og Danmark, og dessuten i England.

DETERMINANTER OG INNSATSOMRÅDER

Det foreligger en rekke faglig begrunnede forslag til tiltak og politikk for å redusere de sosiale ulikhetene i helse. Disse er lagt fram på global basis (CSDH 2008), for Europa (WHO 2014), for en rekke enkeltland som England (Marmot mfl. 2010), Danmark (Sundhetsstyrelsen 2011, 2020a, 2020b), Sverige (SOU 2017:47) og for Norge (Dahl mfl. 2014, Arntzen mfl. 2019). Disse arbeidene har til felles at de tar utgangspunkt i de sosiale determinantene og sorterer tiltakene etter disse. Den ferskeste rapporten kommer fra Danmark og inneholder blant annet en nyttig samlet gjennomgang og sammenlikning av tiltak som er foreslått i flere land (Sundhetsstyrelsen 2020b).

Internasjonal forskning og policyutvikling knyttet til ulikhet i helse har rettet søkelyset mot samfunnsmessige og sosiale forhold som påvirker risikoen for å bli syk, og dessuten konsekvensene av sykdom, både i form av dødsfall og i form av å miste tilknytningen til arbeidslivet. Med mindre variasjoner er det de samme determinantene som er identifisert i Norge, Sverige og Danmark, og dessuten i England. Det dreier seg ofte om de følgende områdene og deres tilknyttede sektorer: Barns tidlige utvikling, skole og utdanning, arbeidsmarked, arbeidsmiljø, inntekt, fattigdom og forsørgelse, bolig og lokalsamfunn, helseatferd, helsevesen, utsatte/marginaliserte grupper, deltaking, demokrati og inkludering.

Under hver av disse kan det spesifiseres en rekke enkelttiltak som har til hensikt å styrke ressursen, bedre muligheter og redusere belastninger og påkjenninger, spesielt med henblikk på de som i utgangspunktet er dårligere stilt (se forslag i Tabell 3).

I tillegg til slike determinanter og tiltak, kan det være verdt å vurdere noen mer generelle anbefalinger for en politikk som skal bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse.

Bruk fordelingsbrillene: Britiske helseforskere framhever at vi bør studere samfunnsforhold og vurdere politikk og tiltak gjennom «the equity lens». I tråd med dette er det anbefalt at sosial ulikhet i helse bør være et overordnet perspektiv som systematisk anlegges i alt som gjøres i myndighetenes daglige virke og reformvirksomhet, organisasjonsendringer, tjenesteinnovasjon og implementering av tiltak, i alle relevante sektorer. Vi noterer at i siste folkehelsemelding fra 2019 er det pekt på akkurat dette: «For alle tiltak bør ein spørje om dei kan få utilsikta konsekvensar og føre til auka sosiale helseforskjellar» (Folkehelsemelding s. 142).

Samarbeid på tvers: Sosial ulikhet i helse skyldes mange faktorer som gjenspeiles i de sosiale determinantene. Komplekse problemer krever komplekse løsninger. En politikk som kombinerer tiltak på mange områder – tiltakspakker – er sannsynligvis gunstig.

Tabell 3. Eksempler på innsatsområder og spesifikke tiltak i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2020b).

SOSIAL DETERMINANT	ALLE	GRUPPE	INDIVID	ANBEFALT
A: Barns tidlige utvikling				
Redusere barnefattigdom	x			D,E,N,S,W
Forsterke implementering av svangerskapsomsorg og helsestasjonstjenesten	x		x	D,N,S
Sikre full vaksinasjonsdekning blant barn	x			S
Oppgradere kvalitet og kompetanser i daginstitusjoner i utsatte områder	x	x		D,E,N,S,W
Øke tilbud om støttende foreldregrupper og -utdanning	x			S
B: Skolegang og utdanning				
Utvikle en mer motiverende skole med mer praktisk læring				
symptomer	x			D,N,S
Identifisere barn med høyt fravær/nedsatt kognitiv utvikling/psykiske				D,N,S
Øke antall tilbud om voksenopplæring	x			D,E,N,S
C: Boligsegregering				
Blande eierformer og fordeling av allmenne boliger	x			D,S
Skape byfornyelse med kombinasjon av fysisk og sosial innsats				D,S,W
Allokere ressurser etter behov til daginstitusjoner og skoler	x			D,E,S
Øke sosial kapital i utsatte lokalsamfunn	x			E,W
D: Inntekt og fattigdom				
Styrke trygd/sosialhjelp i takt med lønninger	x			N,S,S,W
Øke progressivitet i beskatning	x			N,E
Redusere økonomiske insitamenter i arbeidsmarkedspolitikk	x			E,N,S,W
Fastsette minimumsinntekt for sunn livsstil	x			D,S
E: Langvarig arbeidsledighet				
Utvikle aktiv arbeidsmarkedspolitikk, særlig for folk med kort utdanning	x			D,E,S,W
Forbedre ansettelsestrygghet	x			E,N,S,W
Øke antall arbeidsplasser i utkantsområder og utsatte bydeler		x		E,W
Kombinere sysselsettingsinnsats med helsefaglig innsats			x	D,S
F: Sosialt sårbare				
Sikre adgang til boligmarkedet for sosialt sårbare og psykisk syke		x		D,E,S,W
Sikre at sosialt sårbare har en fast lege og/eller sosialsykepleier		x		D
G: Fysisk miljø				
Øke avgifter på bilkjøring og senke prisen på kollektivtrafikk	x			E,N
Fysisk planlegging for fysisk aktivitet, særlig i utsatte områder	x			D,S,E
H: Arbeidsmiljø				
Redusere tunge løft, bøyde stillinger, ensidige gjentatte bevegelser	x			D
Øke innflytelse og utviklingsmuligheter i jobben	x			D
Styrke implementering av arbeidsmiljøinnsatser	x			D,N,S
I: Helseatferd				
Øke avgifter på tobakk og alkohol	x			D,E,N,S,W
Øke prisene på fett, salt, sukker og senke prisen på frukt og grønt	x			D,E,N,W
Redusere antall utsalgsteder og kortere åpningstider for salg av alkohol	x			D,S,N
Håndheve aldersgrenser for alkohol og tobakk	x			D,E
Lovfeste innhold av salt i halv- og helfabrikata	x			D,E
Stoppe markedsføring og sponing av tobakk, alkohol og usunn mat	x			D
Få fysisk aktivitet inn på timeplanen i skolen > 1 time/dag	x			D,S
Sørge for et gratis, sunt skolemåltid til alle barn hver dag		x		N
Sikre oppsøkende rådgivning om røykeslutt		x		D,N
Sikre oppsøkende og vedvarende behandling av (høyt blodtrykk og kolesterol)				D

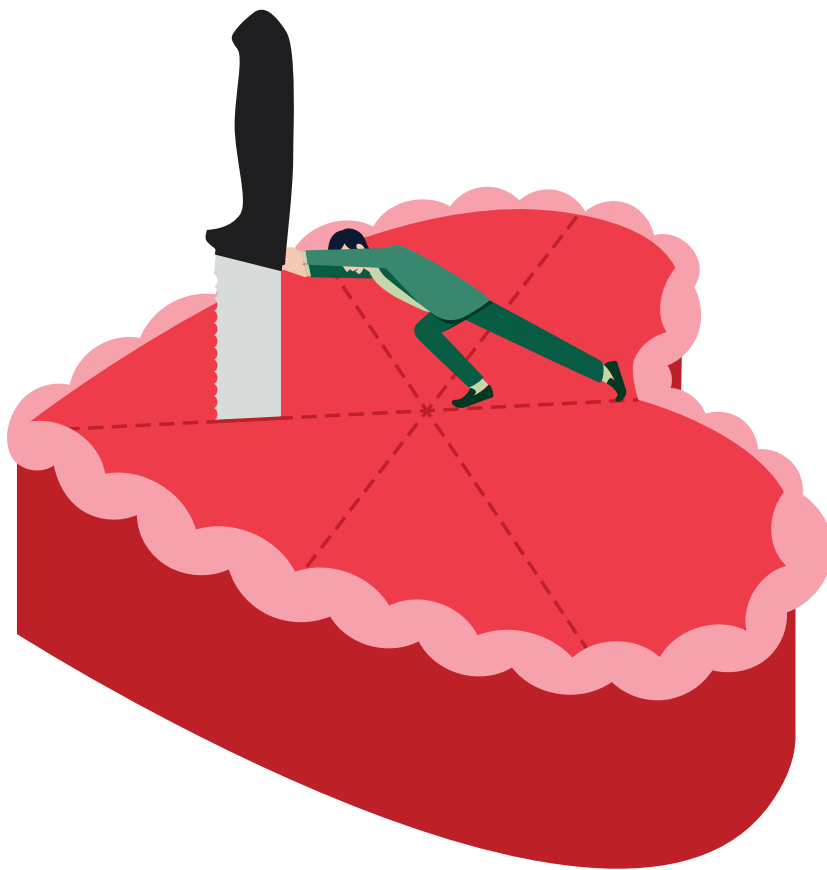
Teksten er oversatt fra dansk av Nasjonalforeningen. Eventuelle unøyaktigheter står for Nasjonalforeningen for folkehelsen sin regning. Kolonnen «Anbefalt» henviser til hvilke land som har anbefalt de aktuelle tiltakene (D = Danmark, E = England, N = Norge, S = Sverige, W = Verdens helseorganisasjon).

Tidlig innsats: Forskning viser at slike tiltak kan ventes å være særlig effektive. Dette fordrer langsiktig planlegging og utholdenhet for den som vil arbeide for å redusere de sosiale ulikhetene i helse. Vi anbefaler at tiltak settes inn tidlig i livet og følges opp over tid.

Tilrettelegging for «gode» valg: Mye folkehelsepolitikk handler om å få folk til å treffe de rette valgene. Ved å påvirke handlingsbetingelsene – for eksempel ved å regulere hva som er lov og ikke lov, hva som er lett eller vanskelig, dyrt eller billig – kan myndigheten legge til rette for at folk kan treffe handlingsvalg som er gunstige for å redusere helseulikhetene.

Universell eller selektiv/måltrettet strategi: Universelle tiltak som omfatter alle vil være en mest effektiv folkehelsepolitikk. Fordi helseulikhetene ikke bare angår «gapet», altså forskjellen mellom topp og bunn i det sosiale hierarkiet, men kutter tvers gjennom den sosiale strukturen og dermed gjelder alle, vil tiltak som omfatter alle være mest formålstjenlig. Det vil mest effektivt bidra til å utjevne helseulikhet, men er også effektivt til å skape mest mulig folkehelse. Beregningene presentert over av hvor mange tapte leveår som kunne blitt spart om dødsfallsrisikoen for alle utdanningsgrupper var blitt «nivellert oppover» til dødsfallsrisikoen blant de med lang høyskole- eller universitetsutdanning, viser dette tydelig. Basert på slike forutsetninger ville en slik utjevning føre til at de lavt utdannede (menn og kvinner med grunnskole som høyeste utdanning) ville vunnet om lag 85 000 leveår (i 2020), men i tillegg ville kvinner og menn med videregående skole eller kort høyskole- eller universitetsutdanning vunnet om lag 89 000 leveår. Med andre ord: En universell politikk som lykkes med helseforbedringer i hele samfunnshierarkiet (også midlere utdanningsnivåer) vil alt i alt gi langt større helsegevinster for folkehelsen enn en politikk som bare retter fokuset på de nedre og verst stilte samfunnslagene. En vellykket måltrettet strategi vil gi en gevinst på om lag 85 000 vunne leveår. En vellykket universell strategi vil gi en gevinst som er mer enn dobbelt så stor, det vil si 174 000 leveår (85 000 leveår + 89 000 leveår). Men vi vil tilføye at det å velge en universell strategi ikke er til hinder for at selektive, spesielt tilpassete tiltak kan komme i tillegg. Prinsipielt er det altså åpenbare fordeler med en universell tilnærming. Hvor realistisk det er å virkeliggjøre den ene eller den andre strategien er imidlertid et spørsmål vi skal la ligge her.

En universell politikk som lykkes med helseforbedringer i hele samfunnshierarkiet (også midlere utdanningsnivåer) vil alt i alt gi langt større helsegevinster for folkehelsen enn en politikk som bare retter fokuset på de nedre og verst stilte samfunnslagene.



Figur 2 - fritt etter Elisabeth Mosengs illustrasjon i St. Meld. nr. 20 (2006-2007) - Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

MÅL OG BEHOVET FOR EMPIRISKE INDIKATORER

Nasjonale indikatorer. En forutsetning for å kunne vurdere utviklingens retning er at man har empiriske indikatorer som kan måle endringer over tid, og som aller helst er sensitive for politiske reformer og tiltak. På denne måten kan en få kunnskap om politikken virker som ønsket. Ideelt sett burde indikatorene dekke alle relevante sosiale helsedeterminanter (nevnt ovenfor), og måle deres sosiale og sosioøkonomiske fordelinger, for eksempel etter inntekt eller utdanning.

Tidligere ble indikatorene over de sosiale helsedeterminantene presentert i de såkalte folkehelse rapportene utgitt av Helsedirektoratet. Disse ble kritisert for ikke å ivareta fordelingsdimensjonen på en tilfredsstillende måte (Dahl mfl. 2014). Den siste folkehelsemeldinga, som ble utgitt i 2019, signaliserer at fordelingsperspektivet skal skjerpes. Regjeringa skriver at den vil: «videreføre sektorrapporteringa om status i det nasjonale folkehelsearbeidet og styrkje fordelingsperspektivet i indikatorrapporteringa» (Meld. St. 13 2019, s.62).

Folkehelse rapportene er i dag omdøpt til sektorrapporter om folkehelse. Den siste kom i 2021. Er kritikken mot indikatorene som ble satt fram tidligere fremdeles gyldig for 2021, eller er fordelingsperspektivet nå styrket, slik regjeringen tok til orde for? En gjennomgang av sektorrapporten fra 2021 viser at det har vært utført et omfattende arbeid med å samle statistisk informasjon om tilstanden til en lang rekke sosiale helsedeterminanter (Helsedirektoratet 2021). Eksempler på determinantområder er økonomiske levekår, sosial støtte, deltakelse og medvirkning, trygge og helsefremmende miljøer, oppvekst og arbeidsliv.

Mange av determinantene er målt og framstilt som andeler, for eksempel andel som aldri deltar i aktiviteter i klubb mv. (s 26).

Dersom andeler blir framstilt alene, forteller det lite om den sosiale fordelingen, men knyttes det til en sosial eller økonomisk dimensjon, som utdanning eller inntekt, blir den verdifull også i et ulikhets- og fordelingsperspektiv. Dette gjøres ofte i kapittel 2 (s.16-39) om sosial støtte, deltakelse og medvirkning. I så måte vil dette tilfredsstillende et kriterium om at indikatorene skal være relevante for en politikk for å utjevne sosiale helseforskjeller. At de samme andelene ganske systematisk også analyseres etter grad av tilfredshet med livet savner begrunnelse og er klart mindre relevant i et ulikhets- og fordelingsperspektiv.

Det er videre mange eksempler på at det er gjort koplinger mellom posisjon i den sosiale lagdelingen og de sosiale determinantene i rapporten, men det er også mange eksempler på at det mangler. I kapittel 3 (s.40-76) om trygge og helsefremmende miljøer er det for eksempel som regel ikke gjort. Her er det fremdeles mange indikatorer som kun er presentert som andeler uten å være relatert til noen sosial dimensjon.

Kort sagt ser det ut til at det fremdeles gjenstår en del arbeid med utviklingen av nasjonale indikatorer og med å knytte dem til en eller flere sosiale fordelingsdimensjoner. Dette er viktig dersom de skal ha verdi i et helseulikehetsperspektiv og være til nytte i å overvåke utviklingen og til å vurdere hvordan politikken mot sosial og helsemessig ulikhet virker.

Lokale indikatorer. Ikke bare nasjonal politikk på området er viktig. Etter at Folkehelseloven av 2012 påla kommunene et stort ansvar for folkehelsepolitikken, ser det ut til å ha skjedd en positiv utvikling der, blant annet med ansettelse av kommunale folkehelsekoordinatorene (Bekken mfl. 2017, Fosse og Helgesen 2015, Helgesen mfl. 2017). Folkehelseloven pålegger kommunene å følge med på utvikling av de sosiale determinantene for helse og fordelingen av dem. Gitt de nasjonale informasjonssystemene som finnes i dag er imidlertid mulighetene for å følge opp dette på en detaljert måte vanskelig. Grunnen er at gode og detaljerte levekårs- og helsedata, ikke minst om fordelingsdimensjonen, ikke finnes for mange kommuner.

Fortjenestefullt nok utgir Folkehelseinstituttet jevnlig oppdatert informasjon om levekår og helse. I statistikkbanken til Norgeshelse finnes et vell av levekårs- og helseinformasjon. En vesentlig mangel er at fylke er laveste administrative nivå. Dersom kommuner skal holde seg oppdatert og monitorere sin levekårs- og helsetilstand er denne ellers så viktige informasjonskilden til liten hjelp.

Videre gir Folkehelseinstituttets folkehelseprofiler rutinemessig og systematisk informasjon om helse og flere sosiale determinanter. 34 indikatorer dekker befolkning og levekår, miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Fordelingsperspektivet er imidlertid lite framtreddende. I all hovedsak er det prosenter som presenteres. Et unntak er utdanningsforskjeller i levealder². Kommunene må altså i stor grad hente inn av egne data over fordelingen av sentrale helsedeterminanter dersom de ønsker å få slike oversikter.

Bekken mfl. (2017) peker på at dersom kommunene skal kunne aksle et større ansvar for befolkningens helse, dens sosiale fordeling og de sosiale determinantene, er det behov for mer, bedre og mer relevante data på kommunenivå. En rapport fra Riksrevisjonen (2016) dokumenterte denne mangelen på relevante data og peker på at Folkehelseinstituttet har ansvaret for å forsyne kommuner med slike data, men at instituttet ikke har lovhjemmel til å koble relevante data fra ulike nasjonale registre. Vi står dermed i den paradoksale situasjonen at Folkehelseinstituttet mangler lovhjemmel til å utføre en av sine lovpålagte oppgaver (Bekken mfl. 2017: 60). I denne sammenheng synes det å være et åpenbart behov for at sentrale myndigheter rydder opp slik at også kommunene får tilgang til data som gjør det mulig å utvikle indikatorer, inkludert data om sosiale fordelinger, som er relevante for den norske folkehelsepolitikken som i stor grad har sosial ulikhet i helse for øye.

¹ <https://www.norgeshelse.no/norgeshelse/>

² <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>



Vedlegg



VEDLEGG 1. NÆRMERE OM METODEN FOR DE EMPIRISKE BEREGNINGENE

Folkehelseinstituttets nettsider dokumenterer utdanningsforskjellene i dødelighet med beregninger av forventet levealder og aldersstandardisert dødelighet (FHI, 2022), mens vi bruker en tredje metode og beregner omfanget av tapte leveår (engelsk: PYLL = «potential years of life lost»). De tre målemetodene gir alle det noenlunde samme bildet av ulikhetene. Grunnen til at vi har valgt å analysere tapte leveår, er både for å supplere tidligere funn og fordi denne metoden framstiller ulikhetene på en lett forståelig måte som særlig reflekterer at dødsfall som ung voksen er et større helseproblem for befolkningen enn dødsfall i langt framskreden alder.

Metoden forutsetter valg av en referansealder (Wikipedia, 2022). Den kan bestemmes normativt (for eksempel ved å regne 75 år som en rimelig livslengde) eller ved bruk av empiriske data. Den internasjonale studien *Global Burden of Disease - GBD* (WHO, 2013) og dens norske versjon (Øverland et al., 2018) har for eksempel brukt de laveste observerte dødelighetsratene i verden, begge kjønn samlet, for å velge referansealder. Vår analyse anvender samme framgangsmåte som i en tidligere norsk studie (Brustugun et al., 2014). Vi definerer referansealderen i tråd med Folkehelseinstituttets beregninger av forventet gjenstående levetid i Norge i 2019, separat for menn og kvinner (FHI, 2022). Vedleggstabell 1 viser hva dette innebærer for tallet på tapte leveår for dødsfall på ulike alderstrinn.

Vedleggstabell 1. Antall leveår tapt ved dødsfall på ulike alderstrinn

DØDSALDER	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+
Menn	47,1	37,5	28,2	19,5	11,9	6,0	4,0
Kvinner	50,2	40,4	30,9	21,9	13,7	7,2	4,7

Alle dødsfall som skjer etter at referansealderen er nådd, settes til null tapte leveår – de «godskrives» ikke gruppens samlede tall på tapte leveår. Beregningene av tapte leveår tar ikke hensyn til når på året en person er født og når i 2020 personen eventuelt døde. Denne potensielle unøyaktigheten vil nøytraliseres av at fødsler og dødsfall ikke er særskilt ujevnt fordelt gjennom året. Merk at tallet for gruppens potensielle leveår i 2020 (som tilsvarer antall innbyggere i de valgte aldersgruppene ved starten av 2020) er fratrasket de ca. 14 000 individene som emigrerte i 2020.

Utdanningsklassifiseringen følger hovedgruppene i norsk utdanningsstatistikk (Barrabés and Østli, 2016: 8): Grunnskole (opptil 10.klassetrinn), videregående (11.-14.klassetrinn), universitet og høyskole lavere trinn (14-17 år), og lang høyere utdanning, dvs. universitet og høyskole høyere trinn (18 år og mer). De som manglet utdanningsopplysninger (2,9 prosent) er tatt ut av analyseutvalget.

For enkelhets skyld er andelen tapte leveår (i prosent av tallet på potensielle leveår) i Tabell 1 beregnet uten å ta hensyn til aldersfordelingen i de ulike utdanningsgrupperingen. På grunn av utdanningseksposisjonen var de lavt utdannede noe eldre enn de høyt utdannede (andelen 50+ år blant menn var for eksempel 60,2% blant grunnskoleutdannede og 48,4% blant dem med lang høyskole/universitets-utdanning). Ettersom generell dødsrisiko og derfor risikoen for tap av leveår er mye høyere blant eldre enn blant yngre, vil sammenligninger som ikke tar aldersforskjellene i betraktning ha en viss tendens til å overvurdere utdanningsforskjellene, i den forstand at den tilsynelatende «effekten» av utdanning i noen grad representerer aldersforskjeller. I praksis spiller dette liten rolle. *Uten* aldersjustering var leveårstapet 21,1% blant mennene med grunnskole og 6,0% blant mennene med lang høyskole/universitet. Med aldersjustering (omregning slik at andelen individer i hver 10-årsgruppe er eksakt den samme i alle utdanningsnivåer) var leveårstapet blant grunnskoleutdannede menn 20,0%, mot 7,2% blant menn med den høyeste utdanningen. Bildet som blir gitt i Tabell 1 er altså riktig og dekkende, selv om aldersulikhetene ikke er tatt hensyn til.

Beregningene av antallet leveår som ville blitt spart (dvs. vunnet) etter en hypotetisk total «nivellering oppad» av risikoen for for tidlig død (Tabell 2), er gjort ved å beregne antall tapte leveår for henholdsvis menn og kvinner i hver 10-årsgruppe. For menn med lang høyskole/universitet, for eksempel, var tallet på tapte leveår pr. 1000 potensielle leveår blant annet 11,9 for aldersgruppen 30-39 år, 37,2 for alder 50-59, og 343,0 for alder 80-89. De tilsvarende tallene for kvinner med høyere utdanning var henholdsvis 9,2, 42,4 og 294,2. Disse koeffisienten for de «øverste» i utdanningshierarkiet er brukt for å beregne tallet på tapte leveår, separat for menn og kvinner, i de tre lavere utdanningsnivåene. Beregningene er gjort med det opprinnelige antallet og den opprinnelige aldersfordelingen i hver utdanningsgruppe.

VEDLEGG 2. HVORDAN VURDERE ÅRSAKER TIL SOSIAL ULIKHET I HELSE?

Det er liten tvil om hva forskningen viser av ulikhetsmønstre, men som kjent er det forskjell på statistiske sammenhenger, selv om de er aldri så robuste, og årsakssammenhenger. Perspektivet om helsens sosial determinanter retter søkelyset mot sosiale forhold som påvirker folks helse, og at slike påvirkninger skjer gjennom livet fra fødsel (eller til og med før) til død. Dette perspektivet på sosial ulikhet i helse har vært toneangivende i flere tiår, men dette betyr ikke at perspektivet ikke har vært utfordret.

Vi vil trekke fram problematiseringer fra to hold. Tradisjonelle analyser av observasjonsdata tar ikke høyde for nyere forskning om genes betydning. Dette er kort sagt en blindvei (Elstad 2008, Kelly-Irving mfl. 2022). En annen innvending kommer fra forskere, ofte økonomer, som slutter seg til det kontrafaktiske årsakssparadigmet og det alene. Nylig har en nestor innen ulikhet i helseforskningen, nederlenderen Johan Mackenbach (2019), tatt til orde for at de årsaksforståelsene bak mye forskning om sosial ulikhet i helse er «overraskende lite robust» og '...at this stage of advancing knowledge we cannot claim that all or most of the associations between socioeconomic position and health are due to a causal effect of socioeconomic position on health'. (s. 62).

Han peker på at det sjelden er utført randomiserte, kontrollerte studier (RCT) på feltet, og at funn gjort med økonometriske metoder som etterlikner RCT studier ikke bekrefter funn som er gjort med mer tradisjonelle metoder, som lineær regresjon. Derfor mangler vi robust kunnskap som gjør at vi kan trekke årsaksslutninger med tilfredsstillende grad av sikkerhet. Han, og flere med han, sår tvil om forskningsresultater framkommet med vanlige statistiske metoder er egnet til å fastslå at sosiale forhold påvirker helse. Alternative forklaringer er at det er bakenforliggende forhold som skaper korrelasjonen mellom sosial posisjon og helse, eller omvendt kausalitet, altså at helse påvirker posisjon i den sosiale strukturen.

Vi vil redegjøre for vårt syn på spørsmålet om årsaksforståelse og metodevalg i det følgende. Metastudier av undersøkelser gjort med kontrafaktiske metoder viser ofte, men ikke alltid, at sosiale forhold påvirker helse (Kelly-Irving mfl., 2022). Likevel er ikke denne typen empiri alene avgjørende for vår vurdering. Viktigere i så måte er et mer prinsipielt syn på kunnskap, om årsaksforståelse og årsaksforskning og hva den forteller oss og hva den ikke kan fortelle oss. Vi har kritiske innvendinger dels til fortolkningene av hva de empiriske undersøkelsene viser, og dels til metodenes forhold til sentrale teorier og begreper på feltet.

Den kontrafaktiske tilnærmingen etablerer årsakssammenhenger gjennom (kvasi-)eksperimentelle metoder og estimerer effekten ved å sammenligne responsen til de eksponerte med responsen til en kontrollgruppe. RCT har gjerne status som gullstandarden, men på dette feltet er RCT ofte hverken mulig eller ønskelig. Vi må heller ikke glemme at den eksterne validiteten til en RCT alltid er diskutabel, dvs. i hvilken grad resultatene fra en RCT som er frambrakt under kontrollerte betingelser kan generaliseres og gjøres gjeldende i virkelighetens verden. Ved å benytte statistiske metoder som gjør tiltaksgruppa så lik som mulig med kontrollgruppa, kommer en nærmere å kunne tilskrive årsaken til en slik forskjell til intervensjonen/behandlingen.

For de spørsmålene vi stiller i helseulikhetsforskning, og perspektivene og teoriene som diskuteres, er det kontrafaktiske paradigmet om kausalitet begrenset. Det kontrafaktiske paradigmet retter oppmerksomheten mot virkningene av årsaker, snarere enn mot årsaker til virkningene. Et eksempel kan tydeliggjøre dette skillet: spørsmålet 'hvorfor økte helseulikhetene i Europa etter 1980?' er et årsaksspørsmål, mens spørsmålet «hva er effekten på helseforskjeller av endringer i inntektsulikhet» er et spørsmål om virkningen av en årsak. Årsakene er mer eller mindre tatt for gitte under det kontrafaktiske paradigmet, men i helseulikhetsforskning er hovedinteressen først og fremst knyttet til årsakene. Hvorfor eksisterer ulikhet i helse i de rike og egalitære velferdsstatene? Hvorfor øker utdanningsforskjellene i forventet levealder i alle nordiske land? Den kontrafaktiske vektleggingen av effekter fremfor årsaker er dårlig egnet til å besvare slike spørsmål.

En annen innvending kommer fra en samfunnsvitenskapelig tilnærming til sosial ulikhet i helse som er opptatt av sosiale handlinger; mennesker forsøker innafor gitte strukturelle rammer å handle målrettet og fornuftig. Sentrale talsmenn for paradigmet tilkjenner imidlertid ikke de som utsettes for intervensjonen, altså årsaken, som tar sikte på å endre atferd, egen «agency». Det er bare handlingsevnen til den som manipulerer intervensjonen som tilkjennes en status som aktivt handlende aktør (Holland 1986). En samfunnsvitenskapelig tilnærming vil i motsetning til et slikt syn anerkjenne handlingspotensialet til den som utsettes for tiltaket og dessuten kunne betrakte sosial handling som selve årsaksmekanismen. Å forstå et sosialt fenomen betyr å gjøre rede for hvordan meningsfull sosial handling produserer, gjennom tilsiktede og utilsiktede konsekvenser, sosiale mønstre – her helseulikheter. Viktigheten av dette kan illustreres ved alle forsøkene i helseulikhetsforskningen på å forstå helseatferd, for eksempel røykevaner, i ulike sosioøkonomiske grupper.

Et tredje problem er at paradigmet legger avgjørende vekt på metoden, det randomiserte kontrollerte forsøket (RCT), eller dets etterlikninger. Paradigmet er empiristisk siden kausalitet kun utledes fra observasjon. Metoden tillater å kunne fastslå en årsakssammenheng, men uten å forstå årsaksprosessen. At kausalitet kan utledes på en teorifri måte blir faktisk sett på som en styrke ved tilnærmingen (Holland 1986). Metodens røtter til naturvitenskapen betyr at aktørene blir objektiverte. Dette er problematisk for samfunnsvitenskapene, og dermed for helseulikhetsforskningen, som ofte ser kausalitet som en egenskap ved individuelle aktører med bevissthet og handlingsevne, og ikke en intervensjon som skal manipuleres. Dette generative synet på kausalitet, 'causation as production', som understreker at sosial handling har fordeler fremfor en kontrafaktisk tilnærming dersom målet er å forklare og forstå et komplekst og flerdimensjonalt fenomen som helseulikheter.

Faktisk kan 'årsakssammenheng som produksjon' sees på som et annet begrep om årsakssammenheng enn 'årsakssammenheng som kontrafaktisitet' og gir en annen mening til en påstand om at 'A forårsaker B'. Her kommer mekanismebegrepet inn for å forstå og forklare hvordan helseulikheter oppstår. For å avsløre disse mekanismene er det nødvendig å åpne opp «den svarte boksen» for å identifisere de menneskelige handlinger som utspiller seg på innsiden. Sist, men ikke minst er det kontrafaktiske paradigmet utfordrende i et livsløpsperspektiv, beskrevet ovenfor, som mange helseulikhetsforskere sverger til. Dette innebærer et dynamisk og ofte langsiktig syn der helse påvirker sosial posisjon i en livsfase, og hvor sosial posisjon påvirker helse i en senere livsfase, og så videre. Dette betyr at sosial mobilitet, eller helserelatert sosial seleksjon (se omtale ovenfor), settes i sentrum for utforskningen. Men ved å anvende metoder som randomiserer individene så langt råd er, glipper slike potensielle seleksjonsprosesser helt ut av syne. En helt sentral problemstilling i livsløpsforskningen lar seg derfor ikke studere med kontrafaktiske metoder som søker å eliminere slike seleksjonsprosesser (Blossfeld 2017).

De beste litteraturgjennomgangene av de økonometriske bidragene til forskningen på sosial ulikhet i helse erkjenner flere av svakhetene ved kontrafaktiske metoder i et livsløpsperspektiv. I en omfattende oppsummering av den empiriske litteraturen om inntekt og helse skriver for eksempel O'Donnel mfl. (2013): *«At least in high income countries (...) in which the burden of disease is mostly chronic, economic circumstances are likely to exert a toll on health, if at all, over a lifetime (...) The empirical strategies that have been employed – fixed effects and instrumenting with transitory financial shocks – are incapable of identifying the long run effects that may be operating.»* Dette leder forfatterne til følgende konklusjon (s.94): *«We are hesitant to conclude that lack of evidence of an impact of wealth on adult physical health in much of the developed world means that there is no effect.»*

Kelly-Irving m.fl. 2022 har i en fersk artikkel diskutert tendenser til å så tvil om årsakene til ulikhet i helse, og spesielt bruken av kontrafaktiske metoder, og til at vi ikke med sikkerhet kan si at sosiale forhold har kausale effekter på helse. De argumenterer for at det bærer galt av sted å kun basere politikken på funn som er framkommet ved bruk av kontrafaktiske metoder, og at en sunnere tilnærming er å bygge på vitenskapelige funn som er frambrakt av en rekke forskjellige forskningsdesign og metoder for datainnsamling. Den ferske rapporten fra Danmark som har foretatt en systematisk oversikt over "hva som virker" presenterer forslag til en lang rekke tiltak under et stort antall determinanter inntar et slikt syn på metodemangfold (Sundhedsstyrelsen, 2020b). Vi støtter et slikt metodepluralistisk syn.



Litteratur



- Arntzen, A. m.fl. (2019) 29 recommendations to combat social inequalities in health. The Norwegian Council on Social Inequalities in Health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47: 598–605s://doi.org/10.1177/1403494819851364
- Barrabés N and Østli GK (2016) *Norsk standard for utdanningsgruppering 2016. Revidert 2000 Dokumentasjon. Oppdatert 2016. Notater 2016/30*. Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Bekken W, Dahl E, van der Wel K. (2017) Tackling health inequality at the local level: Some critical reflections on the future of Norwegian policies. *Scand J Public Health*. 45 (Suppl 18): 56–61.
- Blossfeld H-P. (2017) Evidence of causation - the contribution of life course research. Part I: Dominant models of causal inference and their limitations in life course research. In: Scott RJ and Buchmann M (eds) *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, pp. 1–20.
- Bratsberg, Bernt, Markussen, S. mfl. (2020) Hvem tar støytet? Arbeidsmarkedet under Koronakrisen. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/416435?_ts=1711ab33788.
- Brustugun OT, Moller B and Helland A (2014) Years of life lost as a measure of cancer burden on a national level. *British Journal of Cancer* 111(5): 1014–1020.
- CSDH (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Report, World Health Organization.
- Dahl E, Bergsli H og Wel K. (2014) Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Elstad JI. (2008) Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn. Rapport, Helsedirektoratet, Oslo.
- FHI (2018) *Sosiale helseforskjeller i Norge. Folkehelse rapporten (nettdokument), oppdatert 14.05.2018, <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>, avlest 1.februar 2022*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- FHI (2021) *Forventet levealder i Norge. Folkehelse rapporten (nettdokument), oppdatert 08.07.2021, <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/#utdanning-og-levealder>, avlest 28.januar 2022*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- FHI (2022) *Forventet levealder etter alder og utdanning, årlige tall (L). Totaldødelighet etter utdanning (LH). Norges helse statistikkbank, <https://norges-helse.no/norges-helse/>, avlest 2.februar 2022*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet (2022) <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>
- Fosse E og Helgesen MK. (2015) How can local governments level the social gradient in health among families with children? *Int J Child, Youth Family Stud*, 6:328–346.
- Graham, H. (2009). Health inequalities, social determinants and public health policy. *Policy and Politics* 37(4), 463–479.
- Halvorsen, K og Stjernø, S. (2021) Økonomisk og sosial ulikhet i Norge. Universitetsforlaget: Oslo

- Helgesen MK, Fosse E og Hagen S. (2017) Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scand J of Public Health* 45 (Suppl 18): 77–82. doi: 10.1177/1403494817709412.
- Helsedirektoratet (2021) Sektorrapport om folkehelse 2021
- Holland P. (1986) Statistics and causal inference. *J Am Stat Assoc*, 81: 945–960.
- Hurdalsplattformen (2021) Arbeiderpartiet/ Senterpartiet
- Kelly-Irving, M., Ball, W.P. mfl. (2022) Falling down the rabbit hole? Methodological, conceptual and policy issues in current health inequalities research. *Critical Public Health*, DOI
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). (2012) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011, <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Mackenbach, J. (2019) Health inequalities. Persistence and change i European welfare states Oxford: Oxford University Press.
- Marmot M, Allen J, Bell R, et al. (2012) WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, 380:1011–1029.
- Marmot M, Goldblatt P, Allen J, et al. (2010) Fair Society Healthy Lives. Report, UCL Institute of Health Equity,
- Meld. St. 13 (2018 – 2019) Muligheter for alle. Fordeling og sosial bærekraft. Oslo: Finansdepartementet.
- Meld. St. 19 (2018 – 2019) Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- O'Donnell O, van Doorslaer E og van Ourti T. (2015) Health and Inequality. In: Atkinson AB and Bourguignon F (eds) *Handbook of Income Distribution*. Volume 2. Amsterdam: Elsevier, pp. 1419–1533.
- Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. (2016) Dokument 3:11 (2014–2015), <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/OffentligFolkehelsearbeid.aspx> (2015, accessed 1 September 2016).
- St.meld. nr. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 20 (2006–2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Helse- og omsorgsdepartementet, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeldnr-20-2006-2007-/id449531/> (2007,

SOU 2017: 47. (2017) The next stop towards more equity in health. The Swedish Commission for Equity in Health, Stockholm Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm.

Sundhedsstyrelsen (2011) Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København.

Sundhedsstyrelsen (2020a) Ulighed i sundhed og sygdom i Danmark. København.

Sundhedsstyrelsen (2020b) Indsatser mod ulighed i sundhed. København

van der Wel KA, Dahl E og Bergsli H. (2016) The Norwegian policy to reduce health inequalities: key challenges. *Nordic Welfare Research*, 1:19–29.

WHO (2011) Rio declaration on social determinants of health.

<https://www.who.int/publications/m/item/rio-political-declaration-on-social-determinants-of-health>

WHO Regional Office for Europe (2014) Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. Available at: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>.

WHO (2013) *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011*. Geneva: World Health Organization, Department of Health Statistics and Information Systems.

Wikipedia (2022) Years of potential life lost, https://en.wikipedia.org/wiki/Years_of_potential_life_lost, avlest 27. januar 2022.

Øverland S, Knudsen AK, Vollset SE, et al. (2018) *Sykdomsbyrde i Norge 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016). Rapport 2018*. Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet.

**Nasjonalforeningen
for folkehelsen**

