



---

# **Innst. S. nr. 240**

**(2006-2007)**

**Innstilling til Stortinget  
fra helse- og omsorgskomiteen**

St.meld. nr. 20 (2006-2007)

---

**Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal strategi for å  
utjevne sosiale helseforskjeller**



## INNHold

<b>1. Innledning</b> .....	5
1.1 Sammendrag .....	5
1.2 Komiteens merknader .....	5
<b>2. Fakta om sosiale helseforskjeller i Norge</b> .....	7
2.1 Sammendrag .....	7
2.2 Komiteens merknader .....	7
<b>3. Inntekt</b> .....	8
3.1 Sammendrag .....	8
3.2 Komiteens merknader .....	8
<b>4. Oppvekst</b> .....	9
4.1 Sammendrag .....	9
4.2 Komiteens merknader .....	10
<b>5. Arbeid og arbeidsmiljø</b> .....	15
5.1 Sammendrag .....	15
5.2 Komiteens merknader .....	15
<b>6. Helseatferd</b> .....	16
6.1 Sammendrag .....	16
6.2 Komiteens merknader .....	17
<b>7. Helsetjenester</b> .....	19
7.1 Sammendrag .....	19
7.2 Komiteens merknader .....	19
<b>8. Måltrettet innsats for sosial inkludering</b> .....	21
8.1 Sammendrag .....	21
8.2 Komiteens merknader .....	22
<b>9. Årlig rapportering</b> .....	23
9.1 Sammendrag .....	23
9.2 Komiteens merknader .....	23
<b>10. Sektorovergripende verktøy</b> .....	24
10.1 Sammendrag .....	24
<b>11. Kunnskapsutvikling</b> .....	24
11.1 Sammendrag .....	24
11.2 Komiteens merknader .....	24
<b>12. Økonomiske og administrative konsekvenser</b> .....	24
12.1 Sammendrag .....	24
<b>13. Forslag fra mindretall</b> .....	24
<b>14. Komiteens tilråding</b> .....	24





# Innst. S. nr. 240

(2006-2007)

## Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

St.meld. nr. 20 (2006-2007)

### Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Til Stortinget

#### 1. INNLEDNING

##### 1.1 Sammendrag

Det framholdes innledningsvis i meldingen at den norske befolkningens helse er god, men at gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller, og at helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Regjeringen vil sette i verk en bred og langsiktig strategi for å utjevne de sosiale helseforskjellene.

Regjeringen mener at folkehelsearbeidet i større grad må ta utgangspunkt i samfunnets ansvar for befolkningens helse, og at folkehelsearbeid innebærer å arbeide for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen.

Stortingsmeldingen legger føringer for hvordan Regjeringen og departementene skal arbeide med utjevning av sosiale helseforskjeller det neste tiåret.

Det overordnede målet for Regjeringens strategi er å redusere sosiale helseforskjeller uten at noen grupper får dårligere helse. I strategien er det satt mål for arbeidet på følgende områder: inntekt, oppvekst, arbeid og arbeidsmiljø, helseatferd, helsetjenester og sosial inkludering. Til hvert mål skal det utvikles indikatorer som skal inngå i årlig rapportering om arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller.

Strategien har følgende fire innsatsområder:

1. Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller
2. Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester

3. Målrettet innsats for sosial inkludering
4. Utvikle kunnskap og sektorovergrepene verktøy

#### 1.2 Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Jan Bøhler, Sonja Mandt-Bartholsen, Gunn Olsen og Dag Ole Teigen, fra Fremskrittspartiet, Jan-Henrik Fredriksen, Vigdis Giltun og lederen Harald T. Nesvik, fra Høyre, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli, fra Sosialistisk Venstreparti, Inga Marte Thorkildsen, fra Kristelig Folkeparti, Knut Arild Hareide, fra Senterpartiet, Rune J. Skjælaaen, og fra Venstre, Gunnvald Ludvigsen, vil innledningsvis slutte seg til Regjeringens betraktning at den norske befolkningens helse er god. Helsetilstanden i Norge har gjennom generelle og konkrete politiske virkemidler blitt stadig bedre og er i gjennomsnitt på et høyt nivå også sammenlignet med de fleste andre land. Komiteen slutter seg også til betraktninger om at det bak gjennomsnittstallene skjuler seg store, systematiske forskjeller, og at god helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Samtidig som helsetilstanden i Norge generelt er positiv, er det mye som tilsier at helseforskjellene i Norge gir grunn til bekymringer. Det kan se ut som om bedring av helsetilstanden over år i Norge ikke har kommet alle sosiale grupper av befolkningen i like stor grad til gode.

Komiteen er enig i Regjeringens overordnede mål om å redusere de sosiale helseforskjellene uten at noen grupper får dårligere helse. Regjeringen har trukket opp fire styrende hovedlinjer:

- Redusere sosial ulikhet som bidrar til helseforskjeller
- Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester

- Drive målrettet innsats for sosial inkludering
- Utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil vise til St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, der en av målsettingene var å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Det ble i meldingen lagt vekt på at nye satsinger må rettes mot utsatte grupper eller geografiske områder for å utjevne sosiale helseforskjeller. Lik politikk for alle er ikke egnet til å oppnå bedre helse for alle. Folkehelsepolitikken i Norge har i større grad tatt utgangspunkt i gjennomsnittlige forhold enn i mangfoldet i befolkningens helseforhold. Det er av stor betydning at det rettes søkelys på utsatte gruppers spesielle helseproblemer og iverksettes tilpassede forebyggende virkemidler.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil spesielt vise til at en kunnskapsoversikt laget på oppdrag fra EU, konkluderer med at sosiale helseforskjeller i alle europeiske land, inkludert Norge, hovedsakelig skyldes forskjeller i materielle, psykososiale og atferdsrelaterte risikofaktorer.

Disse medlemmer mener at de sosiale helseforskjeller som finnes i Norge, i stor grad skyldes den politikken som har vært ført, særlig under sosialistiske regjeringer. Innvandringspolitikken, boligpolitikken, familiepolitikken, skatte- og avgiftspolitikken og ikke minst helsepolitikken har ført til det meste av de sosiale forskjeller som eksisterer i Norge, særlig i de store byene. Disse medlemmer vil spesielt peke på en manglende politisk vilje til å inkludere alle deler av samfunnet. Frivillige organisasjoner og private foretak blir ikke behandlet på lik linje med de offentlige tiltak og institusjoner. Dette fører til ensrettede og lite fleksible løsninger som oppleves ekskluderende for den enkelte, og som fratrukk muligheten til å sammenligne ulike løsninger med hverandre for å få til optimale resultater. Det er, slik disse medlemmer ser det, ikke tilfeldig at norske elever kommer dårlig ut på PISA-undersøkelser (Program for international assessment), og at vi får minst helse igjen for hver krone som brukes på helse.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre vil gjerne understreke at befolkningen i Norge sammenlignet med andre land har svært god helse.

Disse medlemmer understreker at velferdstilbudene alltid må bygge på respekt for det enkelte menneskes integritet og i størst mulig grad tilpasses den enkeltes ønsker og behov. For disse medlemmer handler velferdspolitikken om å gi like muligheter og å tørre å prioritere dem som trenger det mest. Disse medlemmer vil understreke at deltakelse i arbeidslivet er det viktigste tiltaket for at den enkelte borger på egen hånd kan sikre seg og sin familie mot fattigdom og sosial ekskludering. Disse medlemmer vil

innenfor helsepolitikken prioritere mer til dem som trenger det mest. Dette krever omprioriteringer og bedre samhandling mellom ulike deler av helsevesenet. Stat og kommune har et klart ansvar for å tilrettelegge samfunnet slik at det minimaliserer risikoen for helse-skade. Økt satsing på rehabilitering og forebyggende arbeid er viktig for å fordele ressursene bedre innenfor helsevesenet og sørge for at kronikere, rusmiddelmissbrukere, mennesker med funksjonsnedsettelse og ikke minst enkelte grupper av innvandrere og flyktninger får en bedre hverdag. Det er etter disse medlemmers mening uakseptabelt at det er en sosial skjevfordeling i bruken av primær- og spesialisthelsetjenester.

Komiteens medlem fra Venstre er glad for at Regjeringens mål er å redusere helseforskjeller i Norge. Dette er selvfølgelig også et mål for dette medlem. Men bør det være et mål at hele befolkningen lever så lenge som mulig? Skal levealder være det viktigste kriteriet for livskvalitet? Det vil etter dette medlems mening alltid finnes helseforskjeller; poenget må være å redusere helseforskjellene.

Dette medlem finner deler av debatten rundt sosiale helseforskjeller noe problematisk fordi den reiser så mange diskusjoner som politikken altfor sjelden begir seg inn i på et prinsipielt grunnlag. Prinsipielt berører disse problemstillingene hva slags ansvar vi som individer har for egen helse, og hva slags ansvar offentlige myndigheter har for å redusere ulikhet i helse. Dette medlem vil understreke at det trengs en politisk styring som sikrer slike forutsetninger for allmenn personlig frihet som full sysselsetting, rettfærdig inntektsfordeling og trygghet mot nød når helse eller arbeidsevne svikter. Problemstillingen oppstår etter dette medlems mening der hvor offentlige myndigheter går for langt i ønsket om å oppdra egne borgere til et friskere liv. Alle politikere bør gjøre seg refleksjoner om når offentlige myndigheter går for langt i å gripe inn i den enkeltes frihet også når det gjelder helse.

Dette medlem viser til at utdanning spiller en betydelig rolle som enkeltfaktor for å redusere sosial ulikhet i helse. Dette medlem vil gjerne peke på at problemstillingene er svært sammensatte, og at man ikke må se seg blind på statistiske variasjoner. Gradientutfordringen, utgitt av Sosial- og helsedirektoratet januar 2005, påpeker at til tross for at det er statistiske sammenhenger mellom utdanning, inntekt og levekår, kan ikke dette uten videre overføres til individnivå. Mennesker med lav utdanning og lav inntekt har ikke nødvendigvis dårlig helse. Sogn og Fjordane fylke er et eksempel på at folk har lav gjennomsnittsinntekt, men god helse.

Dette medlem vil påpeke viktigheten av å ha langsiktige strategier for å redusere sosial ulikhet i helse som går utover de fireårige regjeringerperioder. Disse strategiene bør i større grad diskutere grensene for hva som er det enkelte individs ansvar, og hva som er offentlige myndigheters ansvar.

## 2. FAKTA OM SOSIALE HELSEFORSKJELLER I NORGE

### 2.1 Sammendrag

Det framholdes at det er store og økende sosiale forskjeller i dødelighet blant ulike grupper av voksne i Norge i dag. Det påpekes at de fleste store dødsårsaker er sosialt skjevfordelt, og at det er betydelige sosiale forskjeller i psykisk helse. En finner sosiale helseforskjeller nesten uansett hvordan en måler sosial posisjon og nesten uansett hvilke mål på helse som benyttes.

Sosiale, økonomiske, fysiske og atferdsmessige forhold påvirker den enkeltes helse - både positivt og negativt. På befolkningsnivå er det en klar sammenheng mellom sosiale og økonomiske forhold og helse. Dersom befolkningen grupperes etter inntekt eller utdanningsnivå, blir helsetilstanden i gruppene gradvis bedre i takt med økning i inntektsnivå eller utdanningslengde.

Det redegjøres for hvordan helseforskjeller henger sammen med inntekt, oppvekst, arbeid og arbeidsmiljø.

Det vises til rapporter som slår fast at hele livsløpet har betydning, og at helsemessige konsekvenser av barn og unges utvikling og utdanning varer livet ut, dvs. at dagens sosiale helseforskjeller til dels skyldes forskjeller i oppvekstvilkår for flere tiår siden.

Det framholdes at helseutfordringene i Norge er preget av sykdommer der helseatferd er en medvirkende årsak til sykdomsutviklingen. Dette gjelder blant annet type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og enkelte kreftformer. Det redegjøres for hvordan kosthold, fysisk aktivitet, røyking, rusmiddelbruk, ulykker, skader og spilleavhengighet henger sammen med sosiale faktorer.

Det vises til undersøkelser som tyder på at det er en sosial skjevfordeling i bruken av både primær- og spesialisthelsetjenester - særlig dersom bruken ses i sammenheng med antatt behov.

Det understrekes at sammensatte og langvarige levekårsproblemer som svekker helsen, er utbredt i grupper som innsatte i fengsler, langtidsmottakere av sosialhjelp, tungt belastede rusmiddelavhengige og enkelte innvandrergupper. Barn i familier hvor foreldre har psykisk lidelser, er rusmiddelmisbrukere eller voldelige, har særlig høy risiko for å utvikle psykiske vansker. Det refereres også til en undersøkelse som viser at barn og unge som er i kontakt med barnevernet, og deres biologiske foreldre har større helseproblemer enn andre familier.

Det framholdes at flere studier peker i retning av at de som er gift eller lever i samboerforhold, gjennomgående har en bedre psykisk og fysisk helse enn ugifte og tidligere gifte. Spesielt skilte og enker/enkemenn har en dårligere psykisk helse enn andre. Det påpekes at siden andelen aleneboende generelt, og skilte spesielt, fortsetter å stige, utgjør helseproblemer i disse gruppene et stadig større folkehelseproblem.

### 2.2 Komiteens merknader

Komiteen har merket seg stortingsmeldingens beskrivelser av store og til dels økende sosiale forskjeller

i dødelighet ut fra både inntekt, utdanning, yrke, bosted, kjønn, sivil status og etnisk bakgrunn. For menn mellom 45 og 59 år er dødeligheten fem ganger høyere blant dem med lav inntekt enn dem med høy inntekt. For kvinner er den tre ganger så høy (Sosial ulikhet i helse, Rapport 1–2007, Folkehelseinstituttet). Når det gjelder yrkesgrupper, ser vi at forventet levealder for sjømenn, renholdere, drosjesjåfører, kokker, servitører, m. fl. ligger rundt 70 år, dvs. nær 10 år lavere enn for universitets- og høyskolelærere, arkitekter, prester, leger, ingeniører m. fl. (Statistisk sentralbyrå, Samfunnsspeilet). Forventet levealder for menn som står helt utenfor arbeidslivet, er bare 67 år, som igjen altså er tre år kortere enn for de yrkesgrupper som har den korteste levealder.

Komiteen peker også på at det er store forskjeller i forventet levealder avhengig av bosted. Blant menn i Sagene bydel på Oslos østkant er den ca. 68 år, mens den i Vestre Aker bydel er 80 år (Statistisk sentralbyrå, Hjulet). Komiteen viser også til St.meld. nr. 16 (2002-2003) - Resept for et sunnere Norge - hvor det framgår at levealderen i Vinderen bydel i Oslo ligger hele 5 år over landsgjennomsnittet for menn og nærmere 3 år for kvinner, mens bydelene i indre øst ligger 5-6 år lavere for menn og om lag 4 år lavere for kvinner. Det er på samme måte betydelige forskjeller i levealder mellom fylkene på den nedre del av skalaen - Finnmark, Aust Agder og Østfold - og de som ligger i øvre del - Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal.

Komiteen viser videre til at enkelte innvandrergupper har økt risiko for en del sykdommer. Dette gjelder psykiske plager, type 2-diabetes, svekket tannhelse, enkelte smittsomme sykdommer, m.m. Ikke minst når det gjelder diabetes er utviklingen problematisk. Her er 2,5 ganger så mange kvinner i alderen 50-59 år fra ikke-vestlige land rammet i forhold til dem med norsk bakgrunn. For menn er tilsvarende tall hele sju ganger flere (Statistisk sentralbyrå, Hjulet). Likeledes ser komiteen alvorlig på at 24 prosent blant dem fra ikke-vestlige land har psykiske helseproblemer i forhold til 10 prosent blant de norske (Sosial ulikhet i helse, Rapport 1–2007, Folkehelseinstituttet), og slutter seg til at det er behov for videre undersøkelse av sosialøkonomiske faktorer og innvandreres helse.

Komiteen viser til at meldingen påpeker at mangelen på arbeid synes å være en mer sannsynlig risikofaktor enn dårlig økonomi, selv om dette er forhold som er sterkt knyttet til hverandre. Det vises videre til at forhold som manglende integrasjon, opplevelse av diskriminering, særlig på boligmarkedet, og en generell følelse av maktløshet er viktige psykososiale forklaringsfaktorer. Særlig gjelder dette flyktninger, noe som kan forklares ved at de ofte har gjennomgått traumatiske opplevelser. Det er høyere forekomster av enkelte smittsomme sykdommer som tuberkulose, hiv-infeksjon, hepatitt A og B, tyfoidfeber og shigelose i noen innvandrergupper.

Komiteen mener mye tyder på at sosiale helseforskjeller fortsatt reproduseres blant barn i familier med lav inntekt og kort utdanning, og særlig der man sliter med rusproblemer, psykiske lidelser og vold i familien. Det gir grunn til bekymring at blant barn under 14 år i

familier med lavt utdanningsnivå er forekomsten av astma 12-15 prosent, mens tilsvarende tall er 4-6 prosent hos dem med høyt utdanningsnivå. Dette kan ha sammenheng med andelen foreldre som er dagligryktere - den ligger fortsatt på 40 prosent blant dem med lav utdanning - og med andre forhold som miljø og lokal luftforurensning. Videre er det påvist at barn i familier med lav utdanning og lav inntekt har 70 prosent høyere risiko for å få kroniske sykdommer, og at i utsatte bydeler i Oslo øst har 24-27 prosent av ungdommene psykiske plager (Rapport 1–2007, Folkehelseinstituttet).

Komiteen viser til at det finnes risikoutsatte grupper blant barn og unge, som allerede fra fødselen lever under belastede forhold som gir økt sannsynlighet for særlige psykiske plager og lidelser. Minst 15 000 barn lever med én eller to foreldre som får behandling innen psykisk helsevern. Også barn som lever sammen med foreldre med rusmiddelmissbruk, er utsatt. I perioden 1990 til 2002 var det 99 000 barn og unge som hadde tiltak fra barnevernet, dvs. ca. 6 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen under 18 år. Halvparten av alle innsatte i fengsel har barn. Barn som kommer i kontakt med barnevernet, har oftere foreldre med lav inntekt, kort utdanning og dårligere helse.

Komiteen vil påpeke at når det gjelder områder med samisk bosetting, foreligger det lite kunnskap om sammenhengen mellom sosiale forhold og helse i den samiske befolkning.

Komiteen har ellers merket seg at statistikken viser betydelige helseforskjeller også mellom aleneboende og personer i flerpersonhusholdning. Dødeligheten for dem mellom 45 og 59 år er over dobbelt så høy for aleneboende (Rapport 1–2007, Folkehelseinstituttet). Det påvises også økt fare for psykiske plager knyttet til samlivsbrudd, sosial isolasjon og ensomhet. Tendensen er at andelen enslige øker, og dette vil trolig fortsette i årene som kommer. Det er viktig at samfunnet møter denne utfordringen også på helseområdet uten å legge stein til byrden ved å gjøre det å bo alene til et problem i seg selv.

Komiteen vil også framheve at i hele faktamaterialet om ulikhet i helse er kjønnsforskjellene framtreddende. For menn er forventet levealder gjennomgående betydelig lavere enn for kvinner i alle sosiale lag og grupper. Mye tyder på at det framover også bør vies økt oppmerksomhet til særtrekk ved menns helse. Det kan være oppfatninger av mannsrollen som gjør at man tar for lett på helsespørsmål. Det opplyses for eksempel at gutter og unge menn bare utgjør 5-10 prosent av dem som bruker helsestasjonenes opplysningstilbud for ungdom. Vi vet også at 3 800 menn hvert år rammes av den kreftformen som har høyest utbredelse og 60 prosent dødelighet, prostatakreft, uten at den har fått tilsvarende oppmerksomhet i helsepolitikken. Dette betyr ikke at det fokus som er satt på kvinners helse i de senere år, på noen måte må svekkes. Faktamaterialet viser at det blant kvinner hele veien fins tilsvarende sosiale helseforskjeller som blant menn. Ser man for eksempel på andelen med psykiske plager, er den på 20 prosent blant kvinner med kort utdanning, mens den er

på 7 prosent blant dem med høyskole- og universitetsutdanning. Tilsvarende er andelen kvinner i alderen 25-64 år som bruker medisiner mot angst og uro ukentlig eller oftere, over 18 prosent, mens den blant dem med høy utdanning er vel 3 prosent (Rapport 1–2007, Folkehelseinstituttet).

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at gruppen aleneboende ifølge stortingsmeldingen gjennomgående har en dårligere både psykisk og fysisk helse enn gifte og samboende. Den manglende tilrettelegging og styrking av familiepolitikken i Norge er etter disse medlemmers mening en årsak til dette. Ekteskap og stabile samboerforhold gir sosial støtte for både barn, unge og voksne. Siden andelen aleneboende generelt, og skilte spesielt, fortsetter å stige, utgjør helseproblemer i disse gruppene et økende folkehelseproblem som må prioriteres i langt større grad enn hva meldingen legger opp til. Disse medlemmer ser det som særdeles viktig at familiepolitikk prioriteres slik at dagens, og kommende generasjoner, får stabile sosiale rammer å forholde seg til.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til meldingen og ser at det er en voldsom avstand i levealder mellom innehavere av fysisk krevende og akademiske yrker. Dessverre er arbeidstakerne i de fysisk krevende yrkene i et stort mindretall i meldingen, noe som gjør at stor deler av håndtverkerfagene og industriarbeidere blir usynlige.

### 3. INNTEKT

#### 3.1 Sammendrag

Det er Regjeringens mål å redusere økonomiske forskjeller i befolkningen, avskaffe fattigdom og sikre grunnleggende økonomisk trygghet for alle.

Som virkemidler for å oppnå dette vil Regjeringen:

- sikre at skattesystemet i sterkere grad enn i dag bidrar til en mer rettferdig inntektsfordeling i samfunnet
- følge utviklingen i inntektsulikhet i befolkningen
- gjennomføre tiltak for å avskaffe fattigdom

#### 3.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at det er en sammenheng mellom helseproblemer, manglende tilknytning til arbeidslivet og vedvarende lav inntekt. Tilknytningen til arbeidslivet er den viktigste forsikringen mot fattigdom, som igjen kan føre til eller forsterke helseproblemer. Når én av fem i yrkesaktiv alder står utenfor arbeidslivet, representerer dette en betydelig utfordring både for samfunnet og for den enkelte. Det er derfor avgjørende at arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv lykkes. Flere må få rask og god helsehjelp, slik at man forhindrer varig utstøtelse fra arbeidslivet. Det er særlig viktig å satse på utvikling av tjenester innenfor habilitering og rehabilitering, som en samlet komité i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006-2007) mente skal være



det neste store løftet innen helse- og omsorgstjenestene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til representantforslag fra Høyre i Dokument nr. 8:56 (2006-2007), der Regjeringen bes utarbeide en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. For øvrig er det nødvendig å satse mer på arbeidsrettede tiltak for grupper som er særlig utsatt i arbeidslivet.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til Høyres alternative budsjett for 2007 der tiltak for yrkeshemmede ble foreslått styrket i forhold til Regjeringens budsjettforslag.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, er særlig opptatt av at mennesker med kroniske sykdommer og lidelser lettere blir hengende etter i inntektsutviklingen, og at dårligere økonomi gir mindre mulighet til å ta vare på helsetilstanden. Store grupper med kronikere og funksjonshemmede får dermed på sett og vis doble problemer i hverdagen – både å leve med sine helseutfordringer og å streve med knappe økonomiske ressurser. Det blir viktig å følge utviklingen av egenandeler, ikke minst i kommunene, samtidig som flertallet imøteser Regjeringens videre arbeid med en gjennomgang av egenandeler med sikte på å skjerme spesielle grupper.

Et annet flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, påpeker at den økonomiske utjevningspolitikken som er ført gjennom flere tiår, ikke har forhindret utviklingen av sosiale skjevheter i befolkningens helse. Det finnes betydelige sosiale forskjeller i befolkningens helsetilstand til tross for at Norge har omfattende, universelle velferdsordninger. Slik dette flertallet ser det, må strategien for å redusere sosiale ulikheter i helse derfor baseres på målrettede tiltak overfor grupper som rammes av dårlig helse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet er enig med Regjeringen i at det er en årsakssammenheng mellom inntekt og helse, slik at inntektsutjevning vil føre til mindre helseforskjeller og bedre gjennomsnittshelse. Disse medlemmer støtter derfor Regjeringens mål om å redusere økonomiske forskjeller i befolkningen, avskaffe fattigdom og sikre grunnleggende økonomisk trygghet for alle. De virkemidler Regjeringen skisserer for å oppnå dette, er å sikre at skattesystemet i sterkere grad bidrar til mer rettferdig inntektsfordeling, å følge utviklingen i inntektsulikhet i befolkningen og å gjennomføre tiltak for å avskaffe fattigdom.

Disse medlemmer mener at en velfungerende offentlig sektor som gir like gode tilbud til alle, er et hovedredskap for utjevning av forskjeller. Det handler om barnehage for alle til en pris alle kan betale, og om en felles skole som gir alle like gode muligheter. Det handler om at alle typer nødvendige helsetjenester må være lett tilgjengelige og ikke ressurskrevende å finne fram til og benytte seg av. God helse gir bedre tid og overskudd til utdanning og karriere, mens dårlig helse kan skape problemer både for utdanning og arbeid.

Disse medlemmer mener det er vel dokumentert at foreldrenes økonomi, utdanningsbakgrunn og levekår har stor betydning for helseforskjeller som ofte videreføres blant barna. Dette skyldes mange sammensatte forhold og tradisjoner og kan best møtes gjennom den brede forebyggende velferdspolitikken.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er av den oppfatning at skatte- og avgiftspolitikken samt utstrakt bruk av høye egenandeler i helsevesenet har ført til mange av de sosiale helseforskjeller meldingen peker på. Særlig rammes minstepensjonister, kronikere og sosialklienter som ikke har økonomi til å prioritere helsehjelp, medisiner og andre helsebringende tilbud. Når det gjelder matvarer, frukt og grønt og andre nødvendighetsartikler som underbygger og fremmer god helse, har prisnivået ofte ført til at disse er forbeholdt personer med god økonomi. Disse medlemmer viser til at dagens regjering på disse områdene ikke har fulgt opp sin egen regjeringserklæring, og selv om meldingen bruker mange svulstige ord om problematikken, gjenstår praktisk oppfølging, slik disse medlemmer ser det.

## 4. OPPVEKST

### 4.1 Sammendrag

Det er Regjeringens mål at alle barn skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldres økonomi, utdanning, etniske og geografiske tilhørighet.

Som delmål nevnes:

- full barnehagedekning og reduserte sosiale forskjeller i barnehagebruk
- redusert andel elever som møter til skolestart uten tilfredsstillende språkferdigheter
- redusert andel elever som går ut av grunnutdanningen med svake grunnleggende ferdigheter
- redusert andel elever som ikke fullfører videregående opplæring
- tidlig identifisering og god oppfølging av barn i risikogrupper
- økt tilgjengelighet til skolehelsetjenesten

Som virkemidler for å oppnå dette vil Regjeringen:

- sette i gang en utredning av kommunal plikt til å gi språkstimulering til alle barn i førskolealderen som har behov for det

- gjennomføre en gradvis utvidelse av skoledagen på barnetrinnet opp til 28 undervisningstimer per uke).
- vurdere dagens lovforankring av plikten til å gi tilpasset opplæring
- gjennomføre nye tiltak for å redusere frafallet fra videregående opplæring
- vurdere tiltak for å sikre en mer systematisk språkkartlegging i regi av helsestasjonene ved 2-årskonrollen og 4-årskonrollen
- videreutvikle og styrke skolehelsetjenesten
- bygge ut tilbudet i kommunene til barn og unge med psykiske problemer
- sette i verk tiltak for å følge opp ungdom over 18 år som har vært i barneverntiltak
- styrke barnevernet for å sikre at barn og deres familier får hjelp på et tidlig stadium
- videreføre og styrke virkemidler for å redusere sosiale forskjeller i barn og unges organisasjons- og kultur deltakelse

#### 4.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at den nylig fremlagte rapporten fra Sosial- og helsedirektoratet om utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren særlig legger vekt på behovet for satsing på forebyggende helsearbeid blant barn og unge. Den belyser også hvordan levekår har innvirkning på barn og unges helse, både foreldres utdanning og inntekt, rusproblemer eller psykiske problemer. Overvekt og fedme øker hos barn og unge. Både diabetes og astma har en økende tendens hos barn. Akutt astma er årsak til hver femte innleggelse i barneavdeling. Miljøfaktorer spiller en viktig rolle for utviklingen av astma, og det vises til luftforurensing, røyking hos foreldrene, men også kombinasjon av lite fysisk aktivitet og endret kosthold.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, er enig i at offentlige velferdsordninger skal bidra til å skjerme og motvirke negative helsekonsekvenser av det å vokse opp i vanskelige og mindre ressurssterke familier.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Venstre, mener det er godt begrunnet at tiltak som full barnehagedekning, gratis kjernetid for å lære norsk før skolestart, utvidet skoledag med leksehjelp og fysisk aktivitet, gode rammer for måltider, bedre tilbud til praktisk anlagte elever for å redusere frafallet i videregående skole, osv. er avgjørende for å bygge ned helseforskjeller og gi alle like muligheter for et liv med god helse.

Komiteen mener at barns levekår henger sammen med hvilke kostholdsvaner de tilegner seg, og at dette kan ha stor betydning for framtidig helsetilstand, foruten for læringsevnen i skolehverdagen. Komiteen

viser til Regjeringens handlingsplan for et bedre kosthold der det bl.a. fastslås at 90 prosent av norske barn og unge inntar for mye sukker, og at en stor andel av barn i alderen 4-13 år aldri spiser fisk eller annen sjømat. Komiteen viser også til UNICEFs rapport om overvekt, der det oppgis at nær 15 prosent av norske ungdommer er overvektige, slik at dette kan føre til helseplager. Det er på denne bakgrunn viktig at Regjeringen vil innføre en ordning med frukt og grønt til alle elever i grunnskolen, og at man i handlingsplanen oppfordrer skolene til å fremme bruk av kaldt drikkevann framfor brus. Det er også positivt at man ved en rekke skoler i forbindelse med utvidet skoledag innfører skolefrokost og et varmt måltid etter skoletid.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at Regjeringen vil innføre en ordning med frukt og grønt til alle grunnskoleelever i stortingsperioden. I forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2007 foreslår Regjeringen gratis frukt og grønt til alle skoler med ungdomstrinn. Fra høsten 2007 vil denne ordningen dekke 46 prosent av elevmassen i grunnskolen. En slik gradvis innføring av gratis frukt og grønt vil gi kommunene tid til å finne gode løsninger og høste erfaringer før ordningen innføres for alle elever. Det er svært viktig at den nye ordningen innføres på en måte som sikrer førsteklasses kvalitet i alle ledd slik abonnementsordningen har bygget opp systemer for. Parallelt videreføres abonnementsordningen for rene barneskoler.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener det er en sammenheng mellom læring og ernæring. Dette medlem viser til at skolefrukt kan bidra til å utjevne sosiale forskjeller i inntak av frukt og grønnsaker, og er enig i at det innføres en ordning med gratis frukt og grønt i skolen. Dette medlem viser til at barn og unge i for liten grad har frukt og grønt som del av det daglige kostholdet. Samtidig er inntaket av sukker stigende.

Dette medlem viser til St.prp. nr. 69 (2006-2007) der Regjeringen foreslår å innføre en slik ordning for alle elever på skoler med ungdomstrinn. Dette medlem mener denne ordningen ikke bør begrenses til kun å gjelde elever på skoler med ungdomstrinn, men også gjelde elever i rene barneskoler. Dette medlem ser ingen grunn til at ikke også disse elevene bør få gratis frukt og grønt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, har merket seg at Sosial- og helsedirektoratet utarbeider nye retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Disse skal særlig bidra til at barn og unge med risiko for å utvikle overvekt eller fedme og undervekt oppdages på et tidlig stadium, slik at forebyggende tiltak kan settes inn.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Venstre vil advare mot å innføre veiing og måling som middel mot overvekt. Det finnes mange indikasjoner på at dette kun virker stigmatiserende og har liten helseeffekt. Et bedre virkemiddel vil etter disse medlemmers mening være å i mye større grad tilrettelegge for fysisk aktivitet i og rundt skolen.

Komiteen viser til at det er kjent at personer med redusert fysisk aktivitet over tid kan utvikle dårligere helse enn gjennomsnittet av befolkningen. Også her har bakgrunn fra barndommen stor betydning. Hvis foreldrene avstår fra fysiske aktiviteter, er det større mulighet for at barna gjør det samme. Hvis man som barn opplever trening som en tapsarena, er det store muligheter for at man som voksen vil kvie seg for dette.

Komiteen mener fysisk aktivitet bidrar til å skape et godt læringsmiljø og til at elevene får best mulig utbytte av opplæringen. Fysisk aktivitet, mat og drikke er en forutsetning for god læring, og det vil ha betydning som helsefremmende tiltak. Komiteen viser til at elevene blir mer opplagte og motiverte, og at konsentrasjonen øker når elevene deltar daglig i fysisk aktivitet. Mange undersøkelser slår fast sammenhengen mellom inaktivitet og risiko for livsstilsrelaterte sykdommer. Komiteen mener slike sykdommer kan forebygges ved å organisere skoledagen med daglig fysisk aktivitet.

Komiteen vil påpeke viktigheten av at skolene har uteområder som gir mulighet for varierte og utviklende aktiviteter.

Komiteen viser til at Regjeringen vil styrke tilskuddsordningen for daglig fysisk aktivitet i grunnskolen og videregående skole og stimulere til aktivitetstilbud med lav terskel. For å etablere flere slike arenaer er arbeidet som kommuner og idrettskretser driver landet rundt for å bygge ballbinger, kunstgressbaner og flerbukshaller med tilskudd av tippemidler, svært positivt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at Samarbeidsregjeringen lanserte prosjektet "Fysisk aktivitet og måltider i skolen" i 2004, der målet er å tilrettelegge for mer daglig fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i skolen. Gjennom prosjektet er det utviklet modeller for organisering av skoledagen slik at det legges til rette for en times fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i løpet av skoledagen. Dette er viktig for å fremme god helse og legge grunnlaget for gode kostholdsvaner for elevene.

Komiteens medlem fra Venstre mener det er rimelig å legge noen føringer for sunn adferd til grunn i politikken. Dette medlem er tilhenger av å gjøre noen varer dyrere og andre varer billigere gjennom avgifter, for på den måten å oppnå en gunstig utvikling i samfunnet. Dette medlem vil imidlertid påpeke at dette ikke er et 100 prosent presist virkemid-

del, for det er ikke slik, som det er i økonomenes teorier, at mennesket er 100 prosent rasjonelt i sin tilpassning.

Det er grunn til å tro at disse virkemidlene i hvert fall i noen grad kan fungere også når det gjelder kosthold og helseeffekt. Det blir sagt at det ikke finnes usunn mat, det finnes bare dårlig eller usunt kosthold, og at all mat kan ha en plass i et sunt kosthold hvis det settes sammen på en fornuftig måte. Men det er grunn til å påpeke at særlig den unge befolkningens store inntak av sukkerholdig brus er en enkeltfaktor som er svært uheldig i dagens kosthold. Å droppe moms på frukt og grønt og samtidig gjøre sukkerholdig brus dyrere er etter dette medlems mening en god føring fra offentlige myndigheter. Å få flere barn til å gå til skolen vil ha en helseeffekt og en miljøeffekt.

Komiteen har merket seg stortingsmeldingens beskrivelser av at barn i familier hvor foreldrene har psykiske lidelser, er rusmiddelmissbrukere eller voldelige, har særlig høy risiko for selv å utvikle psykiske vansker. Mange problemer blant barn og unge kan unngås ved aktiv forebygging og tidlig identifisering og intervensjon. Her spiller tiltakene som når alle - helsestasjoner og skolehelsetjeneste - en avgjørende rolle. Men antallet barn per årsverk i skolehelsetjenesten varierer sterkt mellom kommuner og bydeler. Mange steder er det kun ett årsverk i skolehelsetjenesten per 800-1 200 barn i grunnskolen.

Komiteen er enig med Regjeringen når den slår fast at kapasiteten i skolehelsetjenesten er for dårlig utbygd til at man i tilstrekkelig grad kan fange opp barn og unge med problemer, og at dette tilbudet må styrkes. Det er positivt og nødvendig at Regjeringen går inn for å styrke skolehelsetjenesten, og komiteen ser fram til den varslede vurdering av situasjonen i dag og av hva som bør være kapasitet og innhold i tjenesten framover. Her bør man særlig vektlegge at kompetansen til å forebygge og oppdage psykiske plager og lidelser må styrkes. Dette arbeidet blir vanskeliggjort av at det er store variasjoner fra skole til skole i hvordan man trekker skolehelsetjenesten inn i det forebyggende helsearbeidet. Komiteen støtter at Regjeringen ser på endringer i forskriftene i opplæringsloven for å sikre at samarbeidet mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten får en sterkere forankring også fra skolens side. Det er i denne sammenheng viktig at det ved flere høyskoler fra og med 2007 blir opprettet en tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid rettet mot barn og unge. Kunnskap om sosiale forskjeller i psykisk helse skal inngå i studiet.

Komiteen ser med bekymring på at skolehelsetjenesten ikke er tilgjengelig nok for mange elever. Et lavterskeltilbud som god skolehelsetjeneste vil kunne forebygge både psykiske og fysiske helseproblemer. Når opptrappingsplanen for psykisk helse er ferdig i 2008, vil 800 nye årsverk i skolehelsetjenesten være på plass.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Fol-

keparti og Venstre, savner mer konkrete tiltak for hva Regjeringen vil gjøre for å styrke skolehelsetjenesten. Flertallet mener tiltak som minstetid per elev, fast årlig helsesjekk hos helsesøster og helsestasjonslege, større tverrfaglighet og tilgjengelighet i skolehelsetjenesten og tiltak for å øke kompetansen hos ansatte i skolehelsetjenesten, bør vurderes når videre satsing på skolehelsetjenesten skal planlegges.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener omfanget av de utfordringer som knytter seg til barns og unges helse, bør legges frem for Stortinget i en melding om barns og unges helse. Dette medlem fremmer derfor følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen legge frem en melding om barns og unges helse."

Dette medlem mener det er viktig å styrke helse-tilbudet til studentene, særlig når det gjelder psykisk helse. Dette medlem vil påpeke at når Regjeringen velger å kutte i studentbarnehagetilbudet, medfører dette at studentsamskipnadene selv må dekke inn dette. Dette går igjen utover studentenes helsetilbud.

Komiteen mener det gir grunn til bekymring at 25 prosent av de unge som begynner på videregående skole, ikke fullfører. Komiteen vil understreke at når én av tre ikke fullfører videregående opplæring i yrkesfag, er dette langt mer enn tørre tall. Disse tallene representerer enkeltmennesker og ikke minst enkeltskjebner. I noen geografiske områder og for enkelte sosiale grupper er antallet som ikke fullfører videregående skole, opp mot 40 prosent. Det er vel kjent at de som ikke fullfører videregående skole, får større utfordringer med å komme inn i arbeidslivet, noe som er en avgjørende faktor for at det skapes helseforskjeller. I helseundersøkelse i Oslo (Hubro 2002) framkommer det at de som ikke har fullført videregående skole, oppgir å ha fem ganger så store psykiske plager sammenlignet med dem som fullfører skolen. Dette peker mot at ett av tiltakene for å forebygge frafall i videregående bør være en bedre skolehelsetjeneste også på dette nivået. Mye tyder på at standarden i kommuner og fylker her er enda mer varierende enn på grunnskoletrinnet. Blant annet kan tjenesten være organisert slik at elevene på fritiden aktivt må oppsøke helsestasjoner som ligger utenfor skolens område. Det innebærer en betydelig fare for at de mindre ressurssterke og initiativrike elevene i liten grad benytter seg av tilbudet. Det gjør det også vanskeligere å integrere skolehelsearbeidet i den øvrige undervisning på en aktiv og forebyggende måte, der man tidlig kan oppdage hvilke elever som sliter med psykiske og fysiske plager. Komiteen ser derfor fram til den nevnte varslede vurdering av situasjonen og av hvordan man kan knytte skolehelsetjenesten nærmere til skolehverdagen.

Komiteen mener det er viktig raskt å sette i gang tiltak for å bidra til at flere fullfører videregående skole. Komiteen viser til at Kunnskapsdepartementet vil utarbeide veiledende kriterier for rådgivnings-

kompetanse. Komiteen mener det bør legges opp til en høy grad av forpliktelse og stilles klare krav i kriterier for rådgivningstjenesten.

Komiteen vil framheve betydningen av samarbeid og samhandling mellom skolehelsetjenesten og den øvrige kommunehelsetjenesten. Komiteen mener det vil være en styrke for disse tjenestene med flere psykologer på dette nivået. Det vil også være viktig å se på modeller for bedre koordinering og tilgjengelighet mellom alle ledd i helse- og sosialtjenestene som arbeider med psykiske lidelser blant barn og unge.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at Samarbeidsregjeringen iverksatte et kunnskapsløft for norsk skole, som skal styrke grunnleggende ferdigheter blant elevene og sikre at alle får et godt læringsutbytte. Gjennomføringen av kunnskapsløftet er avgjørende for å gi alle elever reelle muligheter for en positiv utvikling. Dette er særlig viktig for elever fra familier som er sosialt vanskeligstilt, og som er særlig utsatt for å utvikle helsemessige problemer.

Flertallet mener at en god skole er en forutsetning for at alle skal ha like muligheter for å lykkes. Evalueringer av norsk skole har vist at enhetsskolen bidro til å sementere og forsterke sosiale forskjeller, og at et høyt antall elever manglet grunnleggende ferdigheter etter endt grunnutdanning. Hele 17 prosent av de norske elevene som deltok i den internasjonale PISA-undersøkelsen, hadde så store leseproblemer at OECD konkluderer med at det kan hindre dem i deres videre utdanning.

Flertallet mener at alle elever skal gis like muligheter til utvikling og til å realisere sitt potensial. Kunnskapsløftet kom som en konsekvens av at flere undersøkelser har vist at norsk skole har store utfordringer når det gjelder kvalitet og resultater. Den sosiale dimensjon er en del av dette, og flertallet vil understreke de viktigste tiltakene i Kunnskapsløftet:

- Fokus på kunnskap og læring
- Lærerplaner med klare kompetansemål
- Sterk vekt på grunnleggende ferdigheter som lesing, skriving og regning
- Metodefrihet
- Et historisk kompetanseløft for lærerne

Flertallet vil fremheve at sammen med individuell kartlegging av åpenhet om resultatene har man de nødvendige verktøyene og virkemidlene for å skape en skole med klart eierskap og klar ledelse. Dette er igjen viktige forutsetninger for at skolen skal kunne utjevne sosiale forskjeller.

Flertallet vil understreke viktigheten av at skolen involverer flest mulig foreldre i læringsstrategiene, og mener at foreldre og foresatte skal sikres reell innflytelse. Det skal ikke være noe "liksom-demokrati", og da må informasjonsflyten være åpen og lett tilgjengelig.

Flertallet vil understreke at mange av forskjellene man ser i utdanningssystemet, har sin rot i forhold i samfunnet for øvrig. Skolen har likevel en viktig rolle med hensyn til sosial utjevning.

Flertallets tilnærming til sosial utjevning innen skolesektoren vil være at alle individer skal ha reelle like muligheter, og flertallet vil motsette seg forsøk på å redusere avstanden mellom høyt utdannede og lavt utdannede ved å iverksette tiltak som begrenser den enkeltes mulighet til å utnytte sine evner eller talenter. Flertallet ønsker å understreke at vi er ikke alle like, men unike.

Flertallet vil hevde at dagens skole er preget av at en har svekket de faglige kravene i skolen for å "få flere med", noe som har ført til at skolen er blitt mindre tydelig. Vi ser store skjevheter i læringsutbyttet, og dette brer seg oppover i systemet. Det bør legges mer vekt på lærerens faglige kompetanse.

Flertallet vil understreke viktigheten av at mobbing ikke tolereres i skolen, og at orden og disiplin er en meget viktig faktor for å sette eleven i stand til å kunne lære. Dette er også faktorer som virker inkluderende i et klassemiljø, noe som er viktig for den enkelte elev. Holdningsskapende arbeid på ernæring og fysisk aktivitet må prioriteres i langt større grad enn i dag gjennom praktisk oppfølging.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til at det er et økende problem at mange elever velger å avbryte videregående opplæring før skolegangen er gjennomført. Av det totale elevkullet som påbegynte videregående opplæring i 1999, sluttet 24 prosent av elevene uten å fullføre ifølge data fra SSB. Innenfor yrkesfagene var frafallet hele 36 prosent. Disse medlemmer viser til at representanter for Høyre i Dokument nr. 8:55 (2006-2007) har fremmet flere forslag til hvordan frafallet i videregående opplæring kan reduseres.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Dokument nr. 8:44 (2006-2007) fra Fremskrittspartiet om bedre rådgivning og bruk av arbeidsuka for elevene.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at språklige ferdigheter er en grunnleggende forutsetning for å kunne lykkes i skolen. Språket utvikles i stor grad før skolestart, og det er mulig å avhjelpe de barn som ikke behersker språket vårt på en god måte med målrettede og varierte tiltak.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at representanter for Høyre i Dokument nr. 8:103 (2005-2006) fremsatte et forslag om en kartlegging av språkferdigheter på helsestasjonens fireårskontroll, slik at barn som har behov for det kan få hjelp til å sikre god språklig utvikling.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til Budsjett-innst. S. nr. 12 (2006-2007) der

komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti foreslår å innføre en videreutdanning for å kunne bli rådgiver. Dette medlem mener dette kan være ett av tiltakene for å sikre en bedre rådgivningstjeneste og for å senke frafallsprosenten.

Dette medlem viser til at stortingsflertallet etter forslag fra regjeringen Bondevik II utvidet skoledagen med 12 timer på barnetrinnene fra 1.-5. klasse. Dette kom som en reaksjon på stillstand i timetallsutviklingen gjennom hele 1990-tallet. Kommunenes Sentralforbund (KS) har imidlertid anslått at en utvidelse fra 21 til 28 timer vil kreve 4 000-5 000 lærerårsverk. Det er dokumentert at norsk skole sliter med at kvaliteten på undervisningen innenfor de timene skolen allerede råder over, er lav. Det synes derfor ikke åpenbart at en så omfattende utvidelse av antall undervisningstimer er løsningen på utfordringene i skolen.

Flere timer uten at en får mer kvalitet inn i timene vil kunne gi den motsatte effekt av det som er ønsket. De elevene som er i en risikogruppe for å miste motivasjonen for skolegang, kan bli enda mer utsatt. Dette medlem viser til at det ikke er dokumentert en nødvendig sammenheng mellom flere timer og bedre læring. Dette medlem mener det er viktigere at ressursene brukes på å sikre at allerede eksisterende timer gir bedre læring og på å øke lærertettheten i skolen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet understreker betydningen av et godt og billig barnehagetilbud for barn i vanskeligstilte familier. Nyere forskning understreker betydningen av tidlig språkstimulering for videre utvikling og skolegang, noe som viser at barnehagen er et viktig tilbud til barn med særskilte behov for språkstimulering. Disse medlemmer understreker betydningen av kompetent personale for kvaliteten i barnehagen, og viser til at Kunnskapsdepartementet nylig har lagt fram en strategi for kompetanseutvikling i barnehagene for perioden 2007-2010 som vil være et viktig virkemiddel for å sikre dette. Videre skal det legges fram en rekrutteringsplan for førskolelærere som skal bidra til å sikre at pedagognormen i barnehagene kan oppfylles.

Disse medlemmer har merket seg at Regjeringen arbeider etter et tredelt mål for barnehagene: full dekning, høy kvalitet og lav pris, og understreker at dette er målsettinger som vil bidra til å bygge opp under målene i St.meld. nr. 20 (2006-2007).

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, støtter Regjeringens arbeid med en tiltaksplan for å skaffe nok førskolelærere til en fullt utbygd sektor og på sikt øke andelen førskolelærere i barnehagene. Kvalifisert personale er en forutsetning for at barnehagen skal bidra til å utjevne sosiale forskjeller.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre er derfor bekym-

ret for at antallet dispensasjoner fra kravet om førskolelærerutdanning øker, og at arbeidet med tiltaksplanen drar ut i tid. Disse medlemmer viser til at vi allerede i dag mangler 2 244 førskolelærere. Størst mangel har Oslo og Akershus der henholdsvis 18 og 17 prosent av styrere og pedagogiske ledere mangler godkjent utdanning. Disse medlemmer vil understreke at uten strakstiltak for rekruttering av førskolelærere til barnehagesektoren vil vi risikere at pedagogtettheten synker i takt med barnehageutbyggingen.

Disse medlemmer mener det er viktig at kvaliteten i barnehagene følges nøye i en periode med en sterk satsing på utbygging av nye barnehageplasser. Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en melding om kvaliteten i barnehagene."

Komiteen har også merket seg at skole, barnehage og helsestasjon sjelden melder saker til barnevernet. Dette er et tegn på at samarbeidet ikke fungerer slik det skal, og man kan dermed risikere å la utsatte barn bli gående for lenge uten at tiltak settes inn. Komiteen støtter at det blir satt i gang en kartlegging for å avklare årsakene til at de andre hjelpetjenestene i så liten grad melder fra til barnevernet. Det er også positivt at Regjeringen vil styrke barnevernets kompetanse om rusmidler, psykisk helsevern og barn med flerkulturell bakgrunn. Likeledes trengs det mer kunnskap om hva som skjer med ungdom etter barnevernstiltak, og det er velkomment at departementet nå vil undersøke nærmere hvordan ettervernet fungerer.

Komiteen viser til at den store ACE-studien, der nær 18 000 amerikanske kvinner og menn er med, har påvist at alvorlige krenkelser i barndommen kan gi 30 til 50 ganger større risiko for hjertetrøbbel, rusmiddelmissbruk, depresjon og selvmord i voksen alder. Følgende forhold kan, ifølge denne studien, gi dramatisk større helse- og livsrisiko femti år seinere: Fysisk, psykisk eller seksuelt misbruk i barndommen, oppvekst blant voksne som misbruker alkohol eller narkotika, oppvekst blant voksne med mentale lidelser eller voksne som har prøvd å ta sitt eget liv, oppvekst der mor ble mishandlet, oppvekst blant voksne som har vært dømt eller fengslet.

Komiteen mener at den kunnskapen vi nå har om forholdet mellom en tøff barndom og seinere helseproblemer, forplikter oss til å handle. Komiteen ber Regjeringen sørge for at sammenhengen mellom krenkelser og sykdom blir et vesentlig tema i helseutdanningene og i andre relevante utdanninger. Alle som arbeider med barn, må få kunnskap om konsekvenser av vold og krenkelser, om hvordan det kan avverges, og hvor det er hjelp å få. Komiteen ber videre Regjeringen sørge for å etablere rutiner som sikrer at barna fanges opp så raskt som mulig. Det er alvorlig at bare fem prosent av bekymringsmeldingene til barnevernet kommer fra barnehagene, og at bare tre prosent kommer fra helsevesenet.

Komiteen er opptatt av at legevaktene rutinemessig må spørre pasienter som har vært utsatt for familie-

vold, om de har barn – og rutinemessig sende en bekymringsmelding til barnevernet dersom situasjonen tilsier det. Videre må psykiatriske institusjoner og rusbehandlingsinstitusjoner rutinemessig kartlegge pasientenes familiesituasjon og informere barnevernet dersom pasientene har barn. Det er videre viktig, slik komiteen ser det, at barne- og ungdomspsykiatrien samarbeider tett med barnevernet, helsestasjoner, barnehager og skoler. På den måten kan vi sikre rask, systematisk, helhetlig og langsiktig innsats for å redde barna fra å få barndommen ødelagt.

Komiteen vil understreke behovet for å styrke samarbeidet mellom barnehage/skole, barnevern, helsetjenestene og velferdsforvaltningen med sikte på tidlig oppdagelse av problemer og rask iverksettelse av tiltak. Det bør være årlige samordningsmøter mellom politi, kommunestyre og barnevern.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti vil påpeke at barnevernet kan være en viktig medspiller og støtte når foreldre sliter. Det viser seg imidlertid at under fem prosent av bekymringsmeldingene til barnevernet kommer fra ansatte i barnehagene, det vil si de voksne som faktisk er sammen med barna det meste av deres våkne tid. Det bør iverksettes tiltak utover kartleggingen for å avklare årsakene til at barnehage, skole og helsestasjon sjelden melder saker til barnevernet. Disse medlemmer foreslår at mer konkrete tiltak bør være etablering av klare rutiner, og det bør skje i nært samarbeid med blant annet de ansattes organisasjoner. Videre bør dette også inn i kompetansehevingsplanen for barnehagene.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti vil påpeke at ungdom som har vært under barnevernets omsorg, ofte har et mindre og mer sårbart familienettverk enn ungdommer flest. Behovet for planmessighet og forutsigbarhet for denne gruppen er av den grunn særlig stort. Når det gjelder oppfølging av barnevernsbarn etter fylte 18 år, foreslår dette medlem at det lovfestes rett til ettervern for disse frem til de fyller 23 år.

Komiteen er kjent med at man har regnet med at 3-5 prosent av alle barn i Norge under 17 år har lidelsen Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) (Sosial og helsedirektoratet). Nylig er det publisert en undersøkelse "Barn i Bergen" som anslår at 2 prosent av alle barn har ADHD. Barn med denne lidelsen har ofte problemer med oppmerksomhet og læring. De er gjerne mer hyperaktive og har ofte lærervansker. Følgene av dette er ofte psykiatriske tilleggsdiagnoser og økt risiko for rusmiddelmissbruk og kriminell løpebane. Det er i dag mangelfull kunnskap om ADHD, og dette medfører problemer med å identifisere barn tidlig og vanskeliggjør tidlig intervensjon. Det er behov for bedre diagnostiske metoder, og vi har mangelfulle kunnskaper om årsaksfaktorer og risikofaktorer. Komiteen ser fram til resultater av forskningen i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt som i statsbudsjettet for 2007 fikk en grunnbevilgning på 2 mill. kroner.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre mener den største utfordringen ligger der hvor sosiale problemer reproduseres gjennom flere generasjoner. Også her har det vært en bedring i befolkningen i et historisk perspektiv. Det er grunn til å fokusere i større grad på hva diagnoser som ADHD betyr for antisosial adferd og kriminalitet. Det er i dag knyttet usikkerhet til hvor mange som rent faktisk kan ha denne diagnosen, men det er blitt pekt på at så mange som opp til 80 prosent av innsatte i norske fengsler kan ha denne lidelsen. Disse medlemmer vil oppfordre Regjeringen til å i større grad gå inn for kliniske studier for å kunne kartlegge behovet for adekvat behandling av innsatte med ADHD i norske fengsler.

Disse medlemmer viser til den nylig publiserte undersøkelsen "Barn i Bergen" som dokumenterer at omkring 2 prosent av alle barn har ADHD. Disse resultatene støttes av større undersøkelser i både USA og Storbritannia. Tidligere har forskere antatt at opptil 4-5 prosent av alle barn hadde denne formen for hyperaktivitet og konsentrasjonsvanskeligheter. To tredeler av barna med ADHD har atferdsvansker i tillegg, viser undersøkelsen som omfatter alle barn som er født i tidsrommet 1993-1995, og som var bosatt i Bergen kommune. Ut fra denne nye undersøkelsen er det grunn til å tro at samtykkebaserte kliniske studier i fengsler vil ha større effekt enn et grunnforskningsinstitutt for ADHD.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at meldingen ikke i tilstrekkelig grad forholder seg til den store gruppen som har problemer med psykisk helse og psykososial tilpasning og opplæring. I videregående skole er det i dag 18 prosent som har lesevansker ved endt utdanning, og 25 prosent dropper ut før endt utdanning. Dette er ungdom som skal tilpasse seg et samfunn som bygger på kompetanseutvikling. Disse medlemmer viser til Fremskrittspartiets alternative budsjett for 2007 hvor det påpekes at kunnskapen knyttet til ADHD og hva som utløser diagnosen, er for liten. Det er grunn til å tro at dersom en kan finne ut mer om selve sykdommen og sykdomsforløpet, vil det bli lettere å oppdage sykdommen på et tidlig stadium og dermed også iverksette bedre og mer effektiv behandling. Disse medlemmer mener etablering av et grunnforskningscenter ved UiO vil være et viktig steg i riktig retning, og viser til Fremskrittspartiets alternative statsbudsjett for 2007 hvor et slikt senter er kostnadsberegnet til ca. 10 mill. kroner.

## 5. ARBEID OG ARBEIDSMILJØ

### 5.1 Sammendrag

Det er Regjeringens mål å skape et mer inkluderende arbeidsliv og sunnere arbeidsmiljøer.

Som virkemidler for å oppnå dette vil Regjeringen:

- målrette tilsynsvirksomhet mot utsatte bransjer og grupper

- arbeide for målrettet informasjon til utsatte bransjer og grupper
- legge til rette for at virksomhetene i større grad følger opp sitt ansvar for forebygging og tilrettelegging på arbeidsplassene
- i samarbeid med partene i arbeidslivet vurdere bedriftshelsetjenestens roller, ansvar og oppgaver, eventuelle utbyggingskrav og behovet for kvalitetskrav eller godkjenningsordning rettet mot bedriftshelsetjenesten
- forebygge sosial dumping
- stimulere til kunnskapsheving og helhetsforståelse av årsakssammenhenger mellom arbeid og helse
- følge opp den nye arbeidsmiljølovens tydeliggjøring av forebyggende og systematisk HMS-arbeid for å forhindre utstøtingsprosessene fra arbeidslivet
- utrede omfanget av, årsaker til og mulige virkemidler mot helserelatert fravær og utstøting fra helse- og omsorgssektoren

### 5.2 Komiteens merknader

Komiteen mener stortingsmeldingen dokumenterer godt at det er store helseforskjeller mellom ulike yrkesgrupper i arbeidslivet. De med klart dårligst helse og kortest forventet levealder er de som er uten arbeid. Deretter kommer de med kort utdanning/ufaglærte med rutinemessig manuelt arbeid og liten innflytelse over egen arbeidssituasjon. Best helse og lengst forventet levealder har arbeidstakerne med lang utdanning og betydelig påvirkningsmulighet når det gjelder egen arbeidssituasjon.

Komiteen vil framheve at å sikre alle tilgang til arbeidslivet og forhindre at arbeidstakere utstøtes fra arbeidslivet, er grunnleggende for å utjevne helseforskjeller. Komiteen vil i den sammenheng understreke at det må føres en politikk som i størst mulig grad sørger for at unge er kvalifiserte og motiverte for å gå inn i arbeidslivet, og at det må legges stor vekt på å bistå unge som har vanskeligheter med å få arbeid. Komiteen har merket seg at meldingen også trekker fram andre grupper som er dårligere inkludert i arbeidslivet enn det som er vanlig, slik som innvandrere, særlig kvinner, og de fra ikke-vestlige land. Det samme gjelder seniorer som blir utstøtt fra arbeidslivet, og personer med nedsatt funksjonsevne. Det er behov for å vurdere om tiltakene som er satt inn for å sikre disse gruppene adgang til arbeidslivet, virker godt nok, og å se på om det er mulig å finne mer effektive tiltak.

Komiteen vil videre framheve at et godt arbeidsmiljø gir bedre helse og livskvalitet. Det bidrar til å styrke arbeidstakernes selvbilde og er ofte utgangspunkt for etablering av sosiale nettverk. Det er derfor et viktig bidrag til å bekjempe sosiale helseforskjeller. Ansvaret for å sikre arbeidsmiljøet i virksomhetene ligger hos arbeidsgiverne. Det er imidlertid ikke alle arbeidsgivere som følger opp dette ansvaret på en god nok måte. Innenfor helse- og omsorgssektoren gir rapporter om at hjelpepleierne ligger øverst på yrkesskadedestatisikker, særlig når det gjelder muskel- og skjelettlidelser, grunn til bekymring. Det samme gjelder

undersøkelser om brudd på arbeidstidsbestemmelser blant sykehusleger. Det er nødvendig at tilsynsmyndighetene, Arbeidstilsynet og Petroleumstilsynet, fører en aktiv kontroll med at arbeidsgivere på alle sektorer følger opp sine plikter, og at arbeidstakere ikke utsettes for helsefarlig og belastende arbeidsmiljø. Komiteen er kjent med at Arbeidstilsynet bare har tilsyn med om lag 8 prosent av bedriftene, og ser fram til at tilsynet som varslet i stortingsmeldingen skal styrke sin forebyggende rolle som veileder og premissgiver.

Komiteen vil framheve at det er langt billigere å forebygge yrkesskader og yrkessykdommer enn å behandle dem. Ett av de viktigste tiltakene for å forebygge skader og yrkessykdommer er bedriftshelsetjenesten. Dens primære oppgaver er å forebygge arbeidsmiljøskader og yrkessykdommer, bidra til å skape et godt arbeidsmiljø i virksomhetene og drive rehabiliteringsarbeid. Bedriftshelsetjenesten representerer dessuten en viktig tverrfaglig kompetanse i arbeidsmiljøspørsmål som ledelse og ansatte kan trekke på i arbeidet med å skape sunne og trygge arbeidsplasser. Komiteen har registrert at en del virksomheter har erstattet en bedriftshelsetjeneste med høy kompetanse og godt tverrfaglig miljø med en billigere og mindre kompetent tjeneste. Komiteen har merket seg at det i samarbeid med partene i arbeidslivet er igangsatt et prosjekt som vurderer bedriftshelsetjenestens rolle, ansvar og oppgaver, samt kvalitetskrav eller godkjenningsordning, og at dette skal slutføres høsten 2007.

Komiteen er kjent med at de fleste norske arbeidsmedisinske avdelingene er knyttet til helseforetakene. Disse avdelingene er sentrale også for utdanning av arbeidsmedisinere og er viktige forskningsinstitusjoner for problemstillinger om arbeid og helse. Ett område det er behov for å se nærmere på, er støyplager og hørselsskader og regelverk innen en del yrker i rask vekst og utvikling, som i restauranter og utesteder, barnehager og skolefritidsordninger. Det er viktig at vi har finansieringsordninger som sikrer de arbeidsmedisinske avdelingene ved helseforetakene på permanent basis. For forskning og styring er det også positivt at det ved Statens arbeidsmiljøinstitutt er etablert Nasjonalt overvåkingssystem for arbeidsmiljø og arbeidshelse som skal innhente relevante data og informasjon på arbeidsmiljøområdet og gjøre dette tilgjengelig for aktuelle brukere.

Komiteen vil videre understreke at det er avgjørende å sikre at flest mulig med redusert funksjonsevne får delta i arbeidslivet. Det økende antallet uføretrygdede kan tyde på at krav til kompetanse, utholdenhet, fysisk og psykisk styrke gjør at utstøttingsmekanismene snarere er blitt forsterket i de senere år, tross i et stramt arbeidsmarked. Ett av IA-avtalens hovedmål er inkludering av dem med funksjonsnedsettelse i arbeidslivet, men dette målet er ennå ikke konkretisert. Partene i arbeidslivet vil blant annet ved oppretting av IA-plasser sammen skape bedre virkemidler for å hindre utstøting av arbeidslivet for utsatte grupper.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Sen-

terpartiet og Venstre, viser til at det som en del av samme avtale i 2007 er satt inn ca. 400 mill. kroner i nye målrettede tiltak for rehabilitering av langtidssykemeldte, og flertallet ser fram til oppsummeringen av erfaringer og resultater av denne innsatsen.

Komiteen mener at helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS) på den enkelte bedrift bør styrkes i det forebyggende arbeid for å hindre skader, ulykker og helsemessige problemer. Mange av dem som er uføre i dag, er personer som har hatt tunge, fysisk belastende yrker, og som har fått sin helse ødelagt ved overbelastninger. Det er viktig å fokusere på bedriftenes HMS-ansvar og forhold i arbeidssituasjonen til den enkelte slik at belastningsskader som kan elimineres, blir tydelige. Tiltak som kan motvirke belastningsskader, og skader som skyldes helsefarlige stoffer osv., må settes i verk der dette er nødvendig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at arbeidsmarkedet i Norge er preget av liten eller ingen ledighet. Det største problemet er at en svært stor gruppe faller utenfor arbeidslivet. Altfor mange går lenger enn nødvendig på midlertidige trygdeytelser før de kan vende tilbake til arbeidet. Til sammen er ca. 700 000 personer i yrkesaktiv alder på trygdeytelser til enhver tid. Dette er en urovekkende stor del av befolkningen i et lite land som Norge. En passiv og ofte ensom tilværelse kan bidra til å skape psykiske problemer og forverre en allerede svekket helsesituasjon.

Flertallet mener at et inkluderende arbeidsliv som også tilrettelegger for funksjonshemmede, er særdeles viktig, både gjennom praktiske tiltak på den enkelte arbeidsplass og gjennom økonomiske incitamenter. Det er også viktig, slik flertallet ser det, å inkludere arbeidsstyrken som er over 67 år. Det er, slik flertallet ser det, nødvendig og ønskelig å få til holdningsendringer overfor eldre arbeidstakere, samt minske fokuseringen på den faktiske alder, og la folk jobbe så lenge de ønsker og er i stand til det. Ingen avkortning av pensjonsytelser mot arbeidsinntekt og fjerning av aldersgrensen for å hindre utstøting fra arbeidslivet vil være gode tiltak. IA-avtalen er et viktig redskap, og arbeidsrettet rehabilitering kan bidra til å få flere arbeidstakere raskere tilbake til arbeidslivet. Flertallet har merket seg at Regjeringen ikke følger opp løfter om å målrette bruken av midler til arbeidsrettet rehabilitering. Det er dårlig utnyttelse av ressurser at frivillige/ideelle og private arbeidsrettede rehabiliteringsinstitusjoner som Rauland, Beitostølen, Hernes og Valnesfjord kan ha høy ledig kapasitet samtidig som pasienter står i kø for å rehabiliteres.

## 6. HELSEATFERD

### 6.1 Sammendrag

Det er Regjeringens mål å reduserte sosiale forskjeller i helseatferd. Som delmål nevnes reduksjon av sosiale forskjeller i kosthold, fysisk aktivitet røyking og annen helseatferd.



Som virkemidler for å oppnå dette vil Regjeringen:

- ta i bruk pris- og avgiftsvirkemidler for å bidra til utjevning av sosiale forskjeller i kosthold
- legge til rette for daglig fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i grunnskolen og videregående skole
- innføre en ordning med frukt og grønt til alle elever i grunnskolen
- vurdere tiltak for å begrense tilgjengeligheten til tobakk
- styrke tilskuddsordningen for fysisk aktivitet for å stimulere til aktivitetstilbud med lav terskel og vurdere lignende ordninger for kostholdstiltak
- i samarbeid med partene i arbeidslivet vurdere tiltak for å legge til rette for fysisk aktivitet og sunn mat på arbeidsplassen
- satse på livsstilsveiledning i helsetjenesten, herunder styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- sikre at tiltak som foreslås for å påvirke helseatferd, alltid er vurdert med hensyn til målet om sosial helseutjevning

## 6.2 Komiteens merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, er enig i at tiltak som foreslås for å påvirke helseatferd, alltid skal vurderes blant annet ut ifra målet om sosial helseutjevning. Hovedsporet må være generelle, brede lavterskeltilbud og tilrettelegging for alle, samt målrettede tiltak mot de mest utsatte og sårbare gruppene, spesielt barn og unge. I utviklingen av nye folkehelseiltak er det avgjørende å ta hensyn til vårt flerkulturelle samfunn. For ikke-vestlige innvandrere har det vist seg at det å etablere seg i et nytt land med annen kultur og et fremmed språk kan føre med seg uheldige endringer i kostholdet og lavere fysisk aktivitet. Dette gjenspeiler seg i hyppigere forekomst av enkelte ernæringsrelaterte problemer, slik vi for eksempel ser overhyppighet av overvekt og type 2-diabetes i flere innvandrergrupper.

Komiteen ser det som et helsepolitisk mål at Norge skal ha gode, trygge og aktivitetsfremmende bomiljøer. Lokalsamfunn og nærmiljø bør tilrettelegges for å friste flest mulig til fysisk aktivitet. Enkle tiltak som trimløyper og andre mosjonstilbud er gjerne lite kostnadskrevenende og kan gjennomføres de fleste steder i samarbeid mellom kommuner, boligbyggelag, idrettslag, skoler, m.fl. Det er viktig for den psykiske helse at alle må kunne føle seg trygge når de oppholder seg utendørs. Komiteen deler oppfatningen om at den fysiske tilgjengeligheten for personer med funksjonsnedsettelse fortsatt er for dårlig mange steder, noe som bidrar til utestengning og marginalisering.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at personer med nedsett funksjonsevne er en sårbar gruppe, som må priori-

teres. Denne gruppen havner ofte på utsiden av alle måleparametere. Mange med funksjonsnedsettelse opplever diskriminering og marginalisering og er derfor sårbare når det gjelder levekårs- og helseproblemer. Den passivitet og avhengighet av tjenester som preger situasjonen til mange funksjonshemmede, er langt på vei samfunnsskapt, gjennom hindringer og barrierer for selvstendighet og deltagelse.

Flertallet mener denne gruppen må stå mer sentralt i det videre arbeidet med planen gjennom å fjerne hindringer og barrierer.

Flertallet viser til at funksjonshemmende ofte er avhengige av tilrettede boliger og bomiljø om de skal kunne bo og leve som andre. Det må derfor satses langt sterkere på universelt utformede boliger og miljøer. Helsefremmende boforhold er vanskeligere tilgjengelig for denne gruppen, til tross for at behovet for slike boforhold er langt større.

Komiteen mener skoler, fritidsklubber og idrettslag bør sette inn tiltak slik at dyrt utstyr, avgifter og egenandeler ikke hindrer barn og unge fra mindre velstående familier i å kunne delta. I helsefremmende henseende er det sentralt nettopp å trekke med denne gruppa. Komiteen imøteser at Helse- og omsorgsdepartementet vil styrke tilskuddsordningen for fysisk aktivitet for slik å stimulere aktivitetstilbud med lav terskel.

Komiteen ser også fram til at Regjeringen i stortingsmeldingen om tannhelse vil drøfte hvordan tannhelsetjenesten i større grad kan bidra til folkehelsearbeidet, og hvordan den kan redusere sosial ulikhet i helse og tannhelse. Det er blant annet påvist at barn med fjernkulturell bakgrunn har tre-fire ganger dårligere tannhelse enn andre norske barn. Tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende arbeid og gi et oppsøkende tilbud til barn og unge - foruten å gi tilbud til utsatte grupper som rusmiddelmissbrukere, de med spesielle tannsykdommer og andre med særlige tannhelsebehov.

Komiteen vil videre understreke at det for å redusere helseforskjeller er viktig å redusere antallet svingdørspasienter, som ofte sliter med tilbakefall som kunne vært unngått. Ett av tiltakene for å oppnå dette er satsing på lærings- og mestringssentrene ved helseforetakene. Det er viktig at flere pasienter, særlig de med kroniske sykdommer, får dette tilbudet for bedre å fungere i hverdagen. Også mer bruk av grønne resepter med skreddersydde råd om blant annet kosthold, livsstil og fysisk aktivitet vil - etter en evaluering og utvikling av ordningen - kunne bidra til det samme.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener videre det er godt dokumentert at bruk av alkohol og andre rusmidler samt tobakk er sentrale årsaker til en rekke alvorlige sykdommer og helseplager i Norge. For å redusere disse plagene må det satses både på forebyggende opplysningsvirksomhet og tiltak som begrenser tilgjenge-

ligheten. Forslaget om å innføre et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer på salgssteder vil være et positivt tiltak i så måte. Det samme er arbeidet for å få alle landets fylkeskommuner til å innføre tobakksfri skoletid i videregående skoler både for elever og ansatte.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, støtter en videreføring av den norske alkoholpolitikken som har vært preget av et sterkt detaljmonopol, høye avgifter og priser, et omfattende system for kontroll med salgs- og skjenkestedene, samt strenge restriksjoner på markedsføring av alkoholholdig drikk. Det er åpenbart at denne politikken er en viktig årsak til at alkoholkonsumet i Norge er blant de laveste i den vestlige verden. Det har de siste årene likevel vært en jevn økning i tilgjengeligheten til alkohol. For eksempel har antallet skjenkebevillinger i Norge, ifølge Statens institutt for rusmiddelforskning, økt fra 2 439 i 1980 til 7 231 i 2005. Dette flertallet støtter Sosial- og helsedirektoratets anbefaling i en veileder for kommunale rusmiddelpolitiske handlingsplaner fra 2006 om å se bevillingspolitikken som en viktig del av det generelle rusforebyggende arbeidet for å motvirke en videre økning i antall salgs- og skjenkebevillinger.

Dette flertallet vil framheve at også befolkningens kosthold kan påvirkes gjennom å gjøre usunne produkter relativt sett dyrere. Som kjent har Stortinget etter forslag i St.prp. nr. 1 (2006-2007), Skatte-, avgifts- og tollvedtak, endret avgiften på alkoholfrie drikkevarer slik at drikkevarer tilsatt sukker og søtstoff avgiftlegges, mens flaskevann og juice fritas for avgift. Videre påpeker Regjeringen at redusert pris på frukt og grønnsaker særlig vil kunne øke forbruket blant unge mennesker og i barnefamilier. Dette er viktige målgrupper for å innarbeide gode vaner i ung alder, noe som kan bidra til å redusere risiko for sykdom senere i livet. Flertallet imøteser at Helse- og omsorgsdepartementet i oppfølgingen av handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen vil ta initiativ til at også økonomiske virkemidler blir vurdert.

Dette flertallet viser til at det er påvist klare sammenhenger mellom ernæring og helse, og at det også er påvist at problemer med ensidig kosthold er overrepresentert i befolkningsgrupper med lav inntekt og lav utdanning. Ernæring kan med andre ord være med på å forsterke sosiale ulikheter. Dette flertallet viser videre til at det er klare grunner for å hevde at pris påvirker etterspørsel etter enkelte råvarer. Dette flertallet mener derfor at avgiftspolitikken i sterkere grad bør innrettes også ut fra et folkehelseperspektiv.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti forutsetter at Regjeringen kommer tilbake med resultatet av disse vurderingene, herunder vurdering av bortfall av moms på frukt og grønnsaker, og med konkrete forslag i skatte- og avgiftsopplegget for 2008.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til meldingens beskrivelse av de sosiale forskjellene i folks røykeadferd. Røykere er overrepresentert i grupper med lav inntekt, kort utdanning, i manuelle yrker og blant personer utenfor arbeidsstyrken. Fordi røyking er så skjevt fordelt i samfunnet, blir også røykerelaterte sykdommer skjevfordelt. Flertallet framhever betydningen av tiltak som tidlig diagnostisering og behandling av sykdommer som KOLS og lungekreft.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre viser til at Samarbeidsregjeringen fikk bred tilslutning til sin strategi for å bedre folkehelsen, gjennom Stortingets behandling av St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Stortingsmeldingen ble fulgt opp i budsjettet for 2005 med en bevilgning på 162 mill. kroner, som ble videreført i 2006. Slik disse medlemmer ser det, må folkehelsearbeidet fremmes ved å legge til rette for at den enkelte kan ta gode valg for sin helse.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet støtter ikke en videreføring av det særnorske skatte- og avgiftsnivået i alkoholpolitikken. Alkohol er en lovlig omsatt vare. Sammenligner vi oss med våre naboland, er ikke alkoholrelaterte skader større i Norge. I disse landene er avgiftene blitt halvert de siste år sammenlignet med Norge.

Disse medlemmer har merket seg at Regjeringen i meldingen ikke følger opp med konkrete midler i forhold til strategiplanen for KOLS. I meldingen står det:

"Helseutfordringene i Norge er preget av sykdommer der helseatferd er en medvirkende årsak til sykdomsutviklingen. Dette gjelder blant annet type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og enkelte kreftformer."

Disse medlemmer mener KOLS-problematikken må settes under et langt skarpere fokus enn hva det ser ut til at Regjeringen har som målsetting. Disse medlemmer viser til Fremskrittspartiets alternative budsjett for 2007, hvor det er satt av 35 mill. kroner til oppfølging av diabetesplanen og nasjonal strategi for bekjempelse av KOLS.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Venstre mener det er viktig å videreutvikle tiltak som ble iverksatt av Samarbeidsregjeringen, herunder forbedringer i abonnementsordningen for frukt og grønt i skolen, satsing på skolehelsetjenesten og tiltak for å begrense bruk av tobakk og rusmidler. Det er også viktig å videreføre lokale samarbeidstiltak som skal legge til rette for økt fysisk aktivitet og andre helsetilbud.

Disse medlemmer mener at tiltak for å sikre bedre helse blant utsatte grupper primært bør baseres på tiltak som fremmer god helseatferd fremfor regule-

ringstiltak. Virkemidler knyttet til pris- og avgiftspolitikker kan være aktuelt, men må sees i sammenheng med andre hensyn i finanspolitikken.

Disse medlemmer viser til at den norske alkoholpolitikken med begrenset tilgjengelighet til alkohol har bidratt til et betydelig lavere alkoholkonsum og dermed færre alkoholrelaterte skader i Norge i forhold til andre europeiske land. Disse medlemmer viser imidlertid til at alkoholavgiftene er under press, og at det er nødvendig å se det norske avgiftsnivået i sammenheng med avgiftsnivået i våre naboland. Det vises til at Samarbeidsregjeringen tok initiativ til et felles nordisk samarbeid om alkoholpolitiske spørsmål.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at noen viktige medisiner i de senere årene er flyttet fra generell refusjon til refusjon etter individuell søknad i § 10A i blåreseptforskriften, og dette har hatt ulike faglige begrunnelser. Flertallet har tidligere varslet at de er opptatt av om dette får sosiale virkninger. Det er i den senere tid offentliggjort statistikker som gir grunn til å vie dette enda større oppmerksomhet, og flertallet viser bl.a. til påstått økning av akuttinnleggelser i sykehus. Flertallet ønsker at de eventuelle sosiale virkningene av å flytte medikamenter fra § 9 i blåreseptforskriften til § 10A blir nøye evaluert.

## 7. HELSETJENESTER

### 7.1 Sammendrag

Det er Regjeringens mål at helse- og omsorgstjenester skal være likeverdige med hensyn til både tilgjengelighet, bruk og resultat. Som delmål nevnes:

- styrket kunnskap om sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester
- styrket kunnskap om forhold som bidrar til sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester og forhold som kan motvirke slike skjevheter
- styrket helsetjenestetilbud for utsatte grupper

Som virkemidler for å oppnå dette vil Regjeringen:

- vurdere endringer i egenbetalingsordningene med sosial utjevning som et viktig aspekt
- videreutvikle helsetjenestetilbud med lav terskel
- utvikle indikatorer på kvalitet og prioritering i spesialisthelsetjenester som inkluderer mål på sosiale forskjeller i tilgjengelighet
- legge vekt på fordelings effekter ved innføring av nye eller endringer i eksisterende styringsmekanismer i helsesektoren både når det gjelder juridiske, finansielle, organisatoriske og pedagogiske styringsvirkemidler
- gjennomføre en kartlegging av sosiale forskjeller i helsetjenestebruk
- styrke forskningen på forhold som bidrar til sosiale forskjeller i tilgjengelighet til og kvalitet på helsetjenester

- sørge for at sosial utjevning vurderes når det foretas evalueringer av reformer i helsetjenesten
- på bakgrunn av ny kunnskap vurdere tiltak for å redusere eventuelle sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester

### 7.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at vi i Norge har satt et høyt ambisjonsnivå for helsetjenestene hvor vi vil at tjenestene skal ha høy kvalitet og god tilgjengelighet for alle uavhengig av sosiale og geografiske faktorer. Norge er allerede det land i verden som bruker de største offentlige ressurser per innbygger på helsetjenester, og i den videre utvikling av helsetjenesten skal rettferdig fordeling gis fornyet oppmerksomhet. Særlig i spesialisthelsetjenesten kan det være mekanismer som gjør tjenesten mindre tilgjengelig for grupper med kort utdanning og lav inntekt. Pasientrettigheter skal blant annet sikre likeverdig tilgang på helsetjenester gjennom juridisk rett til nødvendig helsehjelp, rett til ny vurdering, fritt sykehusvalg, rett til individuell plan, rett til rehabilitering, til informasjon og medbestemmelse osv.

Komiteen vil peke på at siden bruken av slike rettigheter til en viss grad krever ressurser i form av kunnskap – blant annet om søknadsprosesser og tilgjengelighet til tjenesten – kan en tenke seg at rettighetsfestingen opprettholder eller øker sosiale skjevheter. Det samme spørsmålet er aktuelt for foreldre til funksjonshemmede barn, som kan stå overfor mye krevende arbeid når de vil skaffe seg de tjenester de har rett på. Likeledes vil grupper som tungt belastede rusmiddelavhengige og innsatte i fengsler kunne oppleve terskelen inn til helsetjenesten som spesielt høy. De er ofte i en livssituasjon som gjør det vanskelig å sette seg inn i og nyttiggjøre seg hjelpetilbudet. Komiteen er enig med departementet i at det trengs mer kunnskap om hvilken betydning utforming av lover, forskrifter, veiledninger og rettigheter har for målet om lik og rettferdig tilgang på helsetjenester.

Komiteen imøteser at departementet i det videre arbeid med styringsmekanismer i helsesektoren vil gjøre det til et hovedhensyn at grupper som har problemer med å fremme egne krav og rettigheter, skal sikres like god tilgang som andre. Mye tyder på at enkelte pasientgrupper lettere nedprioriteres enn andre, og dette kan skyldes at det er en sammenheng mellom fagfeltens status og pasientenes. Det er i dag store forskjeller i hvordan prioriteringsforskriften forstås og praktiseres. Komiteen ser derfor positivt på at Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har satt i gang samarbeidsprosjektet "Riktigere prioritering" for å bidra til en mer enhetlig praksis.

Komiteen vil også framheve at helsetjenesten må være oppmerksom på plager og sykdommer som særlig rammer enkelte grupper eller minoriteter. Dette kan forebygge uheldige spiraler av helseproblemer og sosial ekskludering. Som gruppe har homofile og lesbiske større belastninger enn gjennomsnittet av befolkningen. Spesielt kommer deler av gruppen dårligere ut når det gjelder rusmiddelmissbruk, psykiske helseplager og selvmord. Komiteen er enig i at det er behov

for mer kunnskap om hvordan helsetjenesten er i stand til å fange opp de spesielle helseproblemene for homofile, lesbiske og bifile.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener det er viktig at denne gruppa sikres likeverdige helsetjenester. Plager og sykdommer som kan relateres til seksuell orientering, bør tas opp i de sammenhenger der det er relevant. Helsetjenestenes kompetanse på dette området bør styrkes, og sammenhengen mellom helseproblemer og seksuell orientering bør gjøres bedre kjent i helsetjenestene.

Komiteen mener at helse- og omsorgstjenesten må sikre et likeverdig tilbud til alle, uavhengig av bosted, bakgrunn og diagnose. Pasientrettighetene er et viktig virkemiddel for å sikre behandling i rett tid og rett til å velge sykehus og helseinstitusjon. Komiteen viser til at pasientrettighetene skal bidra til å overføre makt fra systemet til pasientene og dermed bidra til utvikling av bedre helsetjenester. Imidlertid viser Helsetilsynets rapporter omfattende brudd på pasientrettighetene. Dette rammer særlig pasienter som mangler ressurser til å fremme sin egen sak. Slik komiteen ser det, er det nødvendig å intensivere arbeidet med implementering av pasientrettighetene i helsetjenesten.

Komiteen mener det er grunn til å anta at store befolkningsgrupper lever med uoppdagede sykdommer som astma, allergi, KOLS, diabetes og psykiske plager og lidelser. Det er viktig at disse sykdommer og lidelser blir oppdaget på et tidlig stadium for å forhindre mer alvorlig sykdom. Det trengs flere og bedre tilgjengelige lavterskeltilbud. Her vil komiteen særlig vektlegge en skolehelsetjeneste med stabilt nærvær på skolene, familiesentra i nærmiljøene som kan oppsøkes uten henvisning og avtale lang tid i forveien, avrusningstilbud for rusmiddelmissbrukere som kan gi raskest mulig hjelp, og apoteker som innenfor klare rammer bidrar med legemiddelsamtaler, røykeavvenning og bistand til mennesker under LAR-behandling.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at det i St.meld. nr. 20 (2006-2007) gis uttrykk for at juridiske virkemidler som pasientrettigheter, rett til individuell plan, rett til vurdering og rett til nødvendig helsehjelp kan virke sosialt skjevt fordi bruken av slike rettigheter til en viss grad krever ressurser i form av kunnskap – blant annet om søknadsprosesser og tilgjengelighet til tjenesten. Det pekes også på at Helsetilsynets tilsynserfaringer har vist at forutsetningen for at målene med pasientrettighetslovgivning skal kunne nås, er at det blir iverksatt tilstrekkelig effektive tiltak for å gjøre kravene kjent og tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten.

Norske pasienter har i dag ingen ubetinget rett til helsehjelp og omsorg uten begrensninger knyttet til økonomi og kapasitet i helse- og sosialvesenet slik lov om

pasientrettigheter, lov om helsetjenester i kommunene og lov om sosiale tjenester er utformet.

Disse medlemmer minner om at Fremskrittspartiets representanter ved flere anledninger har fremmet forslag om en styrking av rettighetene i disse lovene, slik at norske brukere skal ha en ubetinget juridisk rett til helsehjelp og omsorg ved behov, en rett som kan etterprøves av domstolene dersom den ikke blir fulgt opp, bl.a. i Dokument nr. 8:24 (2001-2002) fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik.

Disse medlemmer anser det som en undervurdering av norske pasienter når departementet antyder i St.meld. nr. 20 (2006-2007) at brukerne ikke har "ressurser i form av kunnskap – blant annet om søknadsprosesser og tilgjengelighet til tjenesten". I kombinasjon med et statlig finansieringssystem, som likestiller pasienter med samme diagnose eller behov for omsorgstjenester, uavhengig av bosted, mener disse medlemmer at lovfestede, klare rettigheter vil bidra til mindre sosiale helseforskjeller.

I dagens samfunn, der informasjon er lett tilgjengelig og som regel godt utviklet, må det være mulig å sørge for at både pasienter og helsepersonell har den nødvendige informasjon om både rettigheter, tilgjengelighet, valgmuligheter og kvalitet i helsevesenet og kommunale omsorgstjenester. Disse medlemmer anser at det offentlige ofte svikter når det gjelder nødvendig informasjon til publikum. Særlig i trykkesvesenet blir viktigheten av informasjon og plikten til å gi brukerne nødvendig informasjon i forbindelse med regelverket - rettigheter og plikter - ofte forsømt, ifølge den informasjon og de reaksjoner disse medlemmer mottar fra publikum.

Disse medlemmer mener at et finansieringssystem som er knyttet direkte til den enkelte pasient/bruker, som er et statlig ansvar i kombinasjon med ubetingede pasientrettigheter og rett til omsorg og relevant informasjon, vil bidra til å fjerne sosiale helseforskjeller i Norge.

Disse medlemmer viser til det varierende sykehustilbudet i landet. Mennesker med høy utdanning og/eller god økonomi har mulighet til å kjøpe helsetjenester og kan unngå helsekø. Det kan ikke, i samme grad, de som har midlere eller lave inntekter, noe som tilsier et dårligere tilbud til denne delen av befolkningen. Slik disse medlemmer ser det, har vi i Norge i dag en forskjellsbehandling mellom dem som har mulighet til å velge sykehustilbud og tilbudet til dem som må stå i kø. Mange av dem som trenger det mest, får ikke nødvendig helsehjelp i tide. 42 000 bedrifter har i dag, ifølge oppslag på tekst-TV for kort tid siden, egne forsikringsavtaler for sine ansatte nettopp for å unngå at de skal bli utsatt for samfunnets manglende helse- og sykehustilbud ved å måtte vente lenge i sykehuskø.

Disse medlemmer viser til meldingen som påpeker at den enkelte selv har et betydelig ansvar for sin egen helse, men at handlingsrommet er begrenset av forhold utenfor den enkeltes kontroll. Selv helseadferd som røyking, fysisk aktivitet og kosthold er i stor

grad påvirket av økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer som den enkelte ikke har valgt. Dette er, slik disse medlemmer ser det, en vesentlig selvmotsigelse i meldingen.

Disse medlemmer viser til Fremskrittspartiets alternative forslag til statsbudsjett for 2007 hvor man påpekte behovet for å styrke tannhelsetjenesten og tannlegespesialistsiden. Norge har ikke full dekning på disse områder i dag, og utdanningstempoet er også for lavt. Mangelen på tannlegespesialister i Norge, både i den utøvende tannhelsetjeneste og til lærerstillinger ved de odontologiske fakultetene, er kritisk. Disse medlemmer mener det er på høy tid at tannleger som tar spesialistutdanning, får anledning til dette uten å være i full stilling i tillegg for å ha en inntekt å leve av. Disse medlemmer er også av den oppfatning at skal man få en bedre geografisk spredning, er det viktig at flere etablerte distriktstannleger kan se seg i stand til å ta treårig fulltidsutdannelse.

Disse medlemmer viser til Fremskrittspartiets forslag til alternativt budsjett for 2007 der det er avsatt 23,3 mill. kroner til lønn for tannleger under spesialistutdanning.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre mener at skjeringsordningene for egenandeler må sikre bedre skjerming av dem som har lav inntekt og høye helserelaterte helseutgifter. Samarbeidsregjeringen innførte derfor ordningen med egenandelstak 2, som gir skjerming for utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut, enkelte former for tannlegehjelp, opphold ved offentlig godkjent opptreningsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet i regi av Rikshospitalet. Videre foreslo Samarbeidsregjeringen å utvide fritak for egenandeler for barn inntil 12 år. Disse medlemmer viser til at det ble utstedt mer enn 1 million frikort i 2005. Dette viser at ordningen ikke er tilstrekkelig målrettet, og ordningen bør derfor vurderes endret med sikte på å gi bedre skjerming til pasienter med høye helseutgifter og lav inntekt.

Komiteen mener det er viktig å hensynta hvordan forskjeller i sosial bakgrunn mellom pasient og helsepersonell kan være med å påvirke kommunikasjonen. Vi mangler data om hvordan helsetjenesten fungerer for grupper med minoritetsbakgrunn. Det er således positivt at departementet arbeider med å utvikle indikatorer for målet om likeverdige helsetjenester til alle grupper i befolkningen, uavhengig av etnisk, språklig eller religiøs tilhørighet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til at innvandrergupper har økt risiko for en del sykdommer, herunder psykiske helseproblemer, som omtalt i komitémerknapene tidligere. Dette er et felt vi trenger mer kunnskap om, og det trengs derfor flere studier av psykisk helse blant innvandrere. Kunnskap om hvilken informasjon innvan-

drergrupper har om hjelpeapparatet, og om hvordan de bruker hjelpeapparatet, er sentralt for at helsevesenet skal kunne nå fram til minoritetsgrupper bedre enn det gjør i dag, og slik redusere sosiale forskjeller i helseadferd. At tiltak som skolehelsetjenesten også når fram til barn og unge i innvandrergupper, er særlig viktig for å påvirke helseadferd og skape kontakt med og formidle informasjon om hjelpeapparatet.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre viser til at innvandrere i større grad enn andre blir rammet av enkelte somatiske sykdommer og psykiske lidelser, samtidig som mange møter problemer med integrering i arbeidsliv og samfunnsliv for øvrig. Disse medlemmer viser til at Samarbeidsregjeringen i St.meld. nr. 49 (2003-2004) "Mangfold gjennom inkludering og deltakelse" fremmet en rekke forslag til bedre integrering av mennesker med innvandrerbakgrunn, herunder tiltak for å styrke helsetjenestene for innvandrere. Disse medlemmer viser blant annet til at det ble opprettet regionale psykososiale team for flyktninger, forskningen om flyktningers psykiske helse ble styrket, og det ble iverksatt et forsøk med systematisk kartlegging av flyktningers psykiske helse ved ankomst til landet.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser videre til at Høyre i sitt alternative statsbudsjett for 2007 foreslo å øke bevilgningen til helsetiltak for innvandrere med 10 mill. kroner.

## 8. MÅLRETTET INNSATS FOR SOSIAL INKLUDERING

### 8.1 Sammendrag

Det er Regjeringens mål å bedre levekårene for de vanskeligst stilte. Som delmål nevnes:

- redusert andel voksne med svake grunnleggende ferdigheter fra skolen
- gi flere mulighet til å komme i arbeid
- bedret tilgjengelighet til helse- og sosialtjenester
- avskaffe bostedsløshet
- reduserte levekårsforskjeller mellom geografiske områder

Som virkemidler for å oppnå dette vil Regjeringen:

- flytte oppmerksomheten fra passiv inntektssikring til aktive tiltak og tjenester basert på individuelle behov for alle som har midlertidig inntektssikring fra det offentlige
- systematisk og strukturert følge opp de som mangler eller har mangelfull arbeidserfaring fra tidligere med tiltak, tjenester og inntektssikring
- etablere et tilbud om et kvalifiseringsprogram med en standardisert kvalifiseringsstønning og iverksette andre tiltak for at alle skal gis muligheter til å komme i arbeid

- styrke voksnes muligheter til å tilegne seg grunnleggende ferdigheter og til å delta i grunnopplæring
- evaluere og videreutvikle helsetjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer og andre grupper med behov for tilpassede tjenester
- sette i verk tiltak for å bedre samhandlingen mellom tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og psykisk helsevern for å sikre pasientene helhetlig behandling
- forsterke innsatsen mot bostedsløshet
- stimulere til økt deltakelse blant grupper som er underrepresenterte i frivillige organisasjoner
- i den varslede hovedstadsmeldingen gi en bred gjennomgang av tiltak for å redusere de sosiale forskjellene i Oslo-regionen
- stimulere til gjennomføring av tiltak for å redusere sosiale forskjeller i helse i spesielt utsatte områder

## 8.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at Verdens helseorganisasjon i rapporten "De harde fakta" slår fast at det å være ekskludert fra det sosiale liv og bli behandlet som mindre verdt, fører til dårligere helse og større risiko for en tidlig død. Mange med funksjonsnedsettelse opplever diskriminering, marginalisering og trang økonomi og er derfor sårbare for å komme inn i negative spiraler av levekårs- og helseproblemer.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, ser fram til at den nye arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) skal skape en bedre ramme for et helhetlig og samordnet tilbud til personer som har behov for særlig tilrettelegging i arbeidslivet.

Komiteen viser til at ett av satsingsområdene i Opptappingsplan for psykisk helse (1999-2008) er å styrke tilgjengeligheten til arbeid og arbeidsmarkeds-tiltak gjennom målrettede tiltak for mennesker med psykiske lidelser. Det er således berettiget at Sosial- og helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet samarbeider om en strategi for at mennesker med psykiske lidelser skal få bedre mulighet til å utnytte egen arbeidsevne.

Komiteen imøteser at kompetansen til sosial- og helsepersonell på rusproblematikk og på sammenhengen mellom rus, psykiske lidelser og sosiale vansker, skal styrkes. Siden rusmiddelavhengige ofte både har store helseproblemer og sosiale vansker, blir retten til individuell plan et viktig virkemiddel for å sikre et helhetlig tjenestetilbud. For å øke bruken vil sentrale helsemyndigheter legge mer vekt på opplæring og bistand i å utarbeide slike planer. Det understrekes at innsatte og domfelte har de samme rettigheter til tjenester som befolkningen for øvrig, herunder rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Komiteen merker seg at realiteten ifølge St.meld. nr. 20 (2006-2007) er at svært mange innsatte fortsatt

løslates uten bolig, arbeid, opplæringsmuligheter og behandlingskontakt å gå til, og ofte faller tilbake til rusmiddelmissbruk og kriminalitet. Derfor vil Regjeringen sette i gang en prosess for å koordinere tjenestene overfor innsatte i fengsler bedre, blant annet med individuell plan som verktøy. Det er positivt at Regjeringen har signalisert at den gjennom en opptrappingsplan på rusområdet vil legge til rette for å øke antall soningsdøgn i institusjon og øke bruken av straffegjennomføring i behandlings- eller omsorgsinstitusjon (§ 12-soning).

Komiteen vil framheve at frivillige organisasjoner kan bidra til sosial inkludering av grupper som i første omgang faller utenfor utdanning og arbeid. Selvhjelp eller likemannsarbeid i regi av frivillige organisasjoner kan ofte oppleves som mer jevnbyrdig enn offentlige tilbud. Aktuelle eksempler er ordninger med frivillighetsentraler og nettverkskontakter. Her kan nevnes den landsomfattende Angstringen med en lang rekke lokale grupper og WayBack, en stiftelse med tidligere straffedømte som hjelper seg selv og andre til et liv uten kriminalitet og rus.

Komiteen viser til at vi en del steder ser en geografisk opphoping av sårbare og utsatte grupper, og dette kan være med på å forsterke de sosiale helseforskjellene. De samme områdene har ofte mye luftforurensning og miljøproblemer, som bidrar til økt hyppighet av livsstilsykdommer som astma og kreft. Denne utviklingen forsterkes av at eiendomspriser reflekterer bomiljøkvalitet, og dermed fører høyinntektsgrupper til områder med bra bomiljø og lavinntektsgrupper til områder med dårlig. Et eksempel på en langvarig satsing i et område for å motvirke dette er Handlingsprogram Oslo indre øst 1994-2006, som har hevet statusen og kvaliteten på hele dette nærmiljøet. Når østkantsatsingen i Oslo fra 2007 ut ifra sosiale indikatorer skal flyttes til de eldre drabantbyene i Groruddalen og til Søndre Nordstrand, vil forebyggende helsearbeid blant barn og unge være et viktig innslag. Komiteen støtter at departementet vektlegger å redusere sosiale helseforskjeller i denne typen satsinger rettet mot geografiske områder med sosiale grupper med høy risiko for helseproblemer.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener at sammenslåing av Aetat og Trygdeetaten og samlokalisering med de kommunale sosialkontorene i NAV-kontorer vil bli et godt redskap for å yte en bedre offentlig innsats for å utjevne sosiale forskjeller i befolkningen. Felles NAV-kontorer gjør det betydelig enklere for brukerne, hvor de får kun ett sted å henvende seg. Det er viktig at kommunene har et ansvar for deler av disse tjenestene for på den måten å se betydningen av hvordan de planlegger utvikling av kommunen og dens totale tjenester.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til St.meld. nr. 14 (2002-2003) og Innst. S. nr. 189 (2002-2003) om samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten der en samlet sosialkomité

besluttet å sende St.meld. nr. 14 (2002-2003) tilbake til Regjeringen fordi den ikke inneholdt det Stortinget hadde bedt om under behandlingen av statsbudsjettet for 2002:

"Stortinget ber Regjeringen utrede spørsmålet om én felles etat for sosial-, arbeidsmarkeds- og trygdeetaten og legge saken frem for Stortinget på egnet måte i løpet av 2002."

Under behandlingen av St.prp. nr. 46 (2004-2005) og Innst. S. nr. 198 (2004-2005) fattet stortingsflertallet allikevel vedtak om å innføre et velferdssystem med to etater, en statlig trygdeetat og en kommunal sosialetat i samlokalisering under betegnelsen Ny Arbeids- og velferdsordning (NAV). Fremskrittspartiets medlemmer ønsket å samle alle tre etater, Aetat, trygdeetat og sosialetat, i én samlokalisert etat med ansvar for en helhetlig saksbehandling og et enhetlig ansvar overfor den enkelte bruker for å unngå ansvarsfraskrivelse og "kasteballer" i systemet. Disse medlemmer mener fremdeles at en slik modell ville ha vært det beste for brukerne og for den samlede økonomien i velferdssystemet. Også når det gjelder likebehandling og like tilbud til brukerne, mener disse medlemmer at en samlet etat ville ha vært et bedre tilbud til brukerne.

Disse medlemmer er opptatt av å unngå forskjellsbehandling på grunn av økonomi, geografisk tilhørighet, sosial status og etnisk opprinnelse og mener at en samlet velferdstjeneste ville være det best egnede virkemiddel for å oppnå dette målet. Disse medlemmer er derfor skuffet over at sosialtjenesten fortsatt er et kommunalt ansvar der kommunale prioriteringer, sosialkontorets vurderinger og skjønn kan føre til forskjellsbehandling fra kommune til kommune, fra NAV-kontor til NAV-kontor, og kommunens økonomiske situasjon kan friste til ansvarsfraskrivelse og overføring av brukere til et annet administrasjonsnivås økonomiske ansvarsområde.

Disse medlemmer viser også til komiteens merknad i Innst. S. nr. 198 (2004-2005) der det heter:

"Komiteen understreker at alle brukergrupper med sammensatte behov skal få en helhetlig ivaretaking, og for å oppnå dette må bruk av individuelle planer stå sentralt."

Disse medlemmer er opptatt av at dette blir fulgt opp, og av at brukere skal kunne forholde seg til én saksbehandler som ser vedkommendes situasjon samlet. Disse medlemmer registrerer at NAV er organisert i avdelinger med forskjellige saksområder, og mottar stadig henvendelser fra brukere som meddeler at de fremdeles må forholde seg til forskjellige saksbehandlere avhengig av hva deres anliggende omfatter. Disse medlemmer stiller spørsmålstegn ved om dette er i tråd med Stortingets intensjoner.

Disse medlemmer viser også til at manglende integrering blant fremmedkulturelle både når det gjelder familieforhold og tilpasning til våre samfunnsverdier, kan føre til sosiale og psykiske problemer.

Disse medlemmer mener at også på dette området er Regjeringens politikk feilslått. For det første har

vi tatt imot, og tar imot, så mange innvandrere gjennom familiegjenforening at vi ikke evner å foreta en god integrering. Dagens ghetto-dannelser må motvirkes med andre tiltak. En mer spredt bosetting, obligatorisk språkundervisning og undervisning i norsk samfunnskunnskap må komme på plass. Det må også etter disse medlemmers mening stilles krav til innvandrere om deltagelse i arbeidslivet. Forbud mot at søskenbarn kan gifte seg med hverandre bør innføres, og en 24 års aldersgrense ved henteekteskap, slik at arrangerte ekteskap opphører, vil slik disse medlemmer ser det, bidra til at integreringen blir mer effektiv. Danmark har gjennomført dette med gode resultater, etter den informasjon disse medlemmer har mottatt.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti deler Regjeringens mål om å bedre levekårene for dem som er vanskeligst stilt i samfunnet vårt. Et bredt politisk flertall er enig om at det mest effektive tiltaket for å få mennesker ut av fattigdom, er å skaffe arbeid til flere av dem som i dag står utenfor arbeidslivet. Gjennom ulike typer arbeidsmarkedstiltak får mange hjelp til å finne ordinært arbeid. Dette medlem viser i den forbindelse til at Regjeringen i Revidert nasjonalbudsjett for 2007 ønsker å kutte 106 mill. kroner i bevilgningene til arbeidsmarkedstiltak, og beklager dette sterkt.

## 9. ÅRLIG RAPPORTERING

### 9.1 Sammendrag

Det er Regjeringens mål å ha systematisk oversikt over utviklingen av arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller.

Som virkemidler for å oppnå dette vil Regjeringen:

- etablere et rapporteringssystem for å følge utviklingen i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller
- rapportere om utviklingen i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller i Helse- og omsorgsdepartementets årlige budsjettproposisjoner

### 9.2 Komiteens merknader

Komiteen ser det som nyttig at Regjeringen vil opprette et rapporteringssystem som skal gi systematisk og jevnlig oversikt over utviklingen av arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. Det er viktig at dette tar utgangspunkt i de målene og delmålene som er beskrevet i St.meld. nr. 20 (2006-2007). Til hver målformulering trengs det en eller flere indikatorer som gjør det mulig å følge utviklingen over tid. Det er likeledes positivt at Sosial- og helsedirektoratet skal utgi årlige statusbeskrivelser basert på rapporteringssystemet, og at disse skal brukes som grunnlag for årlig rapportering i budsjettene. Komiteen ser fram til de varslede gjennomganger av arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjoner, noe som vitner om at Regjeringen ser nødvendigheten av at innsatsen må være langvarig og omfattende.

## 10. SEKTOROVERGRIPENDE VERKTØY

### 10.1 Sammendrag

Det er Regjeringens mål at hensynet til helse og utjevning av sosiale forskjeller i helse i større grad skal ivaretas i alle samfunnssektorer.

Som virkemidler for å oppnå dette vil Regjeringen:

- forankre bruken av konsekvensutredninger og andre verktøy for å vurdere fordelings effekter i ledelsen på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå gjennom styringsdokumenter og rapporteringssystemer
- sørge for at fordelingshensyn integreres i verktøy fra Senter for statlig økonomistyring
- videreutvikle kompetansemiljøet på helsekonsekvensutredninger i Sosial- og helsedirektoratet og sikre at spørsmålet om fordelings effekter får en sentral plass i arbeidet
- i samarbeid med KS utvikle verktøy som kommunene kan bruke i arbeidet med å ivareta fordelings effekter i planlegging og politikktutforming
- etablere et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet for å sikre at sosiale helseforskjeller får en mer sentral plass i planregelverket og planverktøyet
- utvikle indikatorsett for sosiale påvirkningsfaktorer og bomiljøkvalitet som kan innarbeides i den kommunehelseprofilportalen som Sosial- og helsedirektoratet har utviklet i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statistisk sentralbyrå
- videreutvikle og styrke ordningen med stimuleringsmidler til regionale og lokale partnerskap for folkehelse, og sette krav til at sosiale helseforskjeller settes på dagsorden i det lokale folkehelsearbeidet
- bidra til at kunnskap om sosiale helseforskjeller innarbeides i kurs og studier om folkehelse og areal- og samfunnsplanlegging
- gjennom helse i plan-prosjektet utvikle metoder og verktøy for å ivareta hensynet til sosiale forskjeller i helse i kommuneplanprosessene

## 11. KUNNSKAPSUTVIKLING

### 11.1 Sammendrag

Det er Regjeringens mål å øke kunnskapen om omfanget av, årsaker til og effektive tiltak mot sosiale helseforskjeller.

Som virkemidler for å oppnå dette vil Regjeringen:

- etablere et opplegg for overvåking av utviklingen av sosiale helseforskjeller i befolkningen
- styrke forskningen på utbredelsen av og årsaker til sosiale helseforskjeller

- evaluere tiltak som iverksettes for å redusere sosiale helseforskjeller

### 11.2 Komiteens merknader

Komiteen vil understreke at vi for å få et godt rapporteringssystem og utvikle effektive tiltak mot forskjellene trenger å vite mer om mekanismene som ligger bak. Sosiale helseforskjeller er et forskningsfelt som har i seg grunnleggende spørsmål om hva som skaper god helse og sykdom. Dette innebærer at forskningen på temaet ikke bare er nyttig som grunnlag for politiske beslutninger, men også kan frambringe sentrale kunnskaper om helsefremmende og sykdomsskapende mekanismer. Ett av forskningsområdene som kan få stor betydning, er hva som skjer på ulike typer helseforebyggende arenaer – som skolen, barnehagen, arbeidsplassen og bomiljøet. Det fins mange fagdisipliner og miljøer som kan gi viktige bidrag, og det er derfor viktig med flerfaglige tilnærminger.

## 12. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

### 12.1 Sammendrag

Det uttales at en stor del av innsatsen for å redusere sosiale helseforskjeller kan skje innenfor gjeldende økonomiske rammer og administrative systemer, men at det på en del områder vil være behov for økte ressurser i form av nye bevilgninger.

Regjeringen vil komme tilbake til de økonomiske konsekvensene i forbindelse med de årlige budsjettbehandlingene.

## 13. FORSLAG FRA MINDRETALL

### Forslag fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre:

#### *Forslag 1*

Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en melding om kvaliteten i barnehagene.

### Forslag fra Kristelig Folkeparti:

#### *Forslag 2*

Stortinget ber Regjeringen legge frem en melding om barns og unges helse.

## 14. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen viser til meldingen og merknadene og rår Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

St.meld. nr. 20 (2006-2007) – Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 31. mai 2007

**Harald T. Nesvik**  
leder

**Jan Bøhler**  
ordfører

















