

*Karl Evang-seminaret 2005
Oslo Kongressenter 19. oktober 2005*

Kan vi gjøre noe med økende sosiale helseforskjeller?

Steinar Westin
Institutt for samfunnsmedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Trondheim

Hvem? - ønsker å gjøre noe med de økende sosiale helseforskjellene?

Hvorfor?

Hvordan?

St meld nr 16 (2002-2003): Folkehelsemeldingen

- Mål:
 - *Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet.*
 - *Å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.*
- Tiltak:
 - Bygge opp et eget sentralt kompetansemiljø som skal utvikle dette politikkområdet.
 - Be Sosial- og helsedirektoratet utarbeide en egen handlingsplan mot sosial ulikhet i helse i løpet av 2003

Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan
mot sosiale ulikheter i helse

Gradientutfordringen

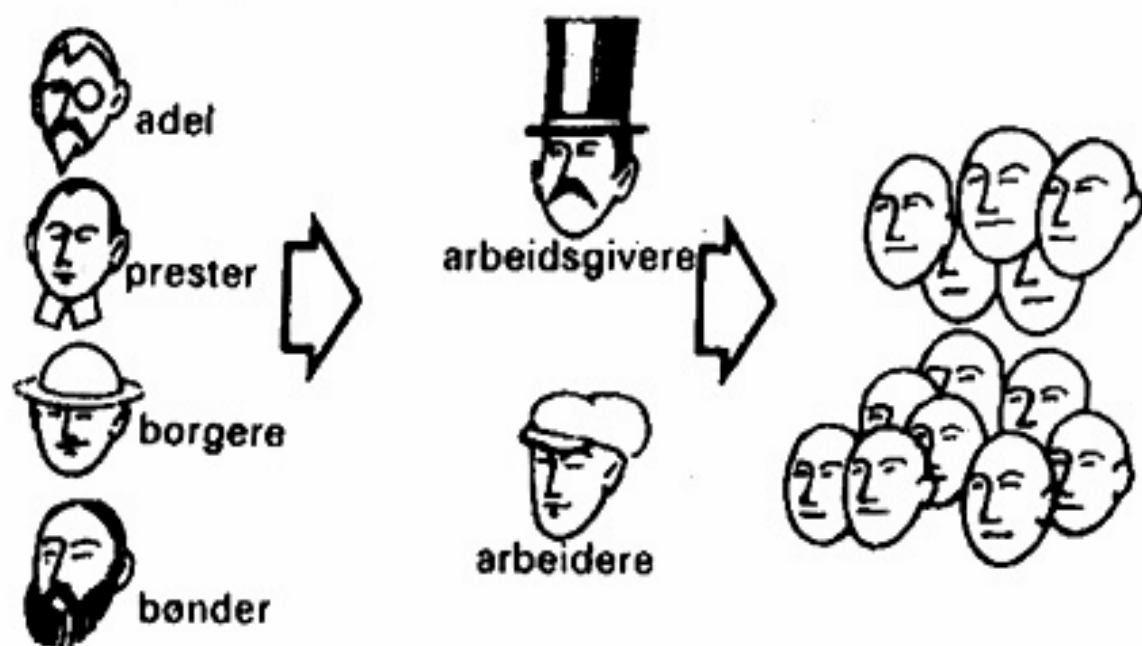


Litt historie...

DELMÅL 1

Innen år 2000 skal forskjeller i helsetilstand mellom land og mellom befolkningsgrupper være redusert med minst 25%.

Dette skal skje ved å bedre de dårligst stilte gruppernes helsetilstand.



Figur 1. Fra standsamfunnet via klassesamfunnet til velferdssamfunnet.

Kilde: Westin 1994: 2822, original kilde: Cappelen's leksikon 1983



INEQUALITIES IN HEALTH

THE BLACK REPORT

EDITED BY PETER TOWNSEND AND
NICK DAVIDSON



THE HEALTH DIVIDE

BY MARGARET WHITERHEAD

SECOND EDITION

Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe

*Johan P Mackenbach, Anton E Kunst, Adriënne E J M Cavelaars, Feikje Groenhouf, José J M Geurts, and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health**

Summary

Background Previous studies of variation in the magnitude of socioeconomic inequalities in health between countries have methodological drawbacks. We tried to overcome these difficulties in a large study that compared inequalities in morbidity and mortality between different countries in western Europe.

Methods Data on four indicators of self-reported morbidity by level of education, occupational class, and/or level of income were obtained for 11 countries, and years ranging from 1985 to 1992. Data on total mortality by level of education and/or occupational class were obtained for nine countries for about 1980 to about 1990. We calculated odds ratios or rate ratios to compare a broad lower with a broad upper socioeconomic group. We also calculated an absolute measure for inequalities in mortality, a risk difference, which takes into account differences between countries in average rates of illhealth.

Introduction

Socioeconomic inequalities in health have been reported to vary between countries,¹⁻¹¹ although comparative studies have methodological drawbacks. Thus looking for conditions that reduce health inequalities is difficult. We have done a large between-country comparison of inequalities in mortality and morbidity in western Europe in which we tried to overcome some of these difficulties. Our full-length report was published in 1996.¹²

Data and methods

Morbidity

Data on morbidity were obtained from nationally representative health interview, level of living, or multipurpose surveys in 11 countries (table 1) over 1985-92 covering around 5000-132 000 (median about 11 000) respondents. Generally, institutionalised populations were excluded in the surveys. We report on persons aged 25-69. Great Britain comprises England, Wales, and Scotland. Germany means the former West Germany.

We selected four health indicators to compare countries:



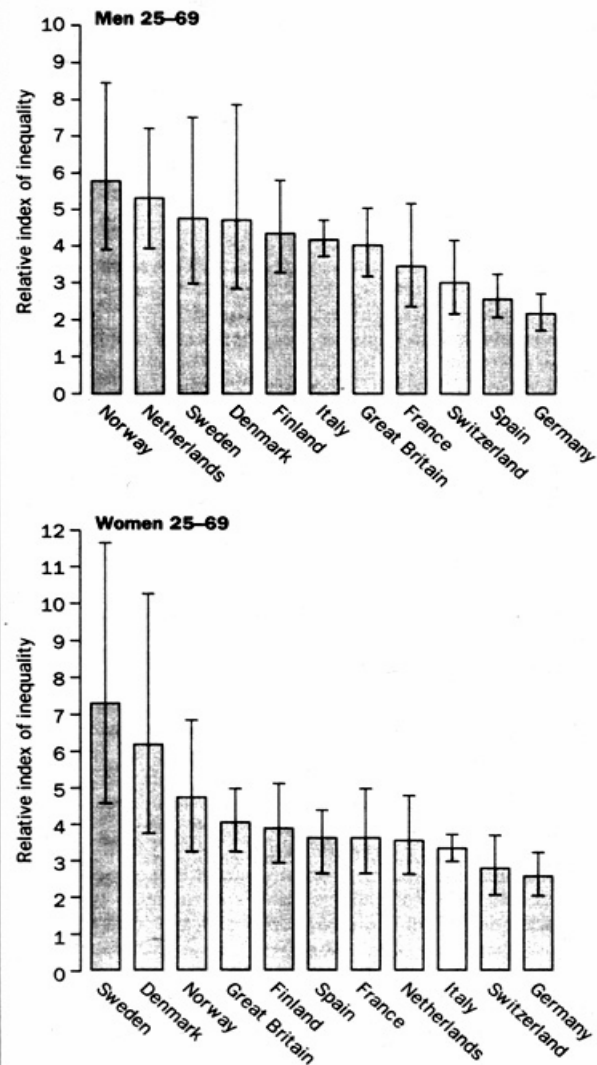


Figure 1: Relative index of inequality for perceived general health by level of education (95% CI) .

Figur 1 Faksimile fra Mackenbach og medarbeidere (9), relativ ulikhet i selv-opplevd helse etter utdanningsnivå

Dødelighet etter yrkesstatus i Oslo

Forskjell i dødelighet i 1990-94 etter yrkesstats i 1980 i aldersgruppen 50-69 år i Oslo (per 10 000 personår)				
	Kvinner (n = 47 626)		Menn (n = 40 533)	
Yrkesstatus 1980	Dødelighet	RR	Dødelighet	RR
Høyere funksjonærer (I)	84	1,00	145	1,00
Mellomfunksjonærer (II)	85	1,01	171	1,18
Lavere funksjonærer (III)	108	1,29	206	1,42
Faglærte arbeidere (V/VI)	120	1,43	224	1,54
Ufaglærte arbeidere (VII)	134	1,60	279	1,92

Forskjell i forekomst av uførepensjon etter yrkesklasse

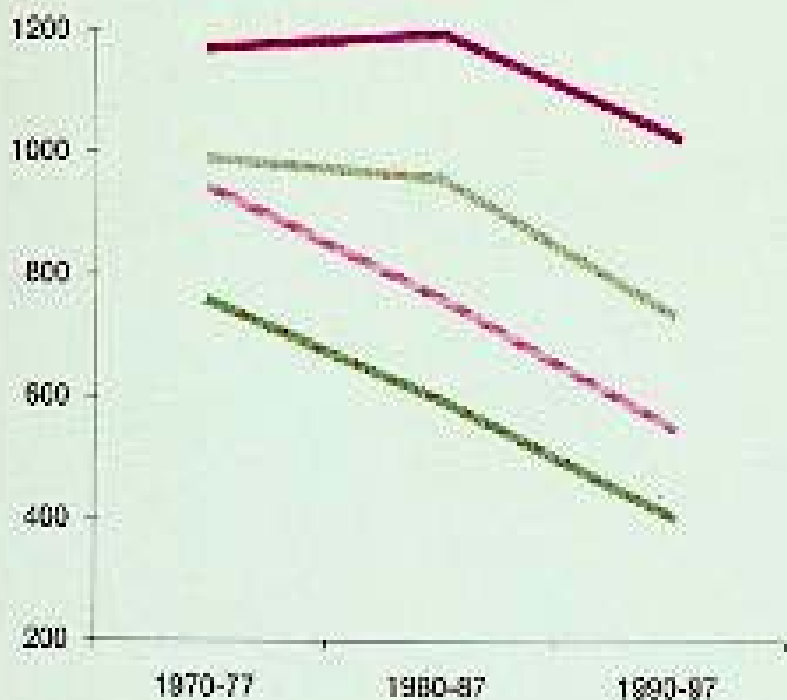
EGP sosial klasse		Prevalens (%)	Prevalens ratio
Ledere, selvstendig akademikere	I	4.1	1.0 (Ref.)
Fagutdannede	II	4.2	1.0
Ikke manuelle rutinearbeidere	III	7.8	1.9
Selvstendig næring, bønder, fiskere	IV	8.7	2.1
Faglærte arbeidere	V+VI	8.4	2.1
Ufaglærte arbeidere	VII	13.4	3.3

Menn, 25 - 66 år HUNT II (1995-97)

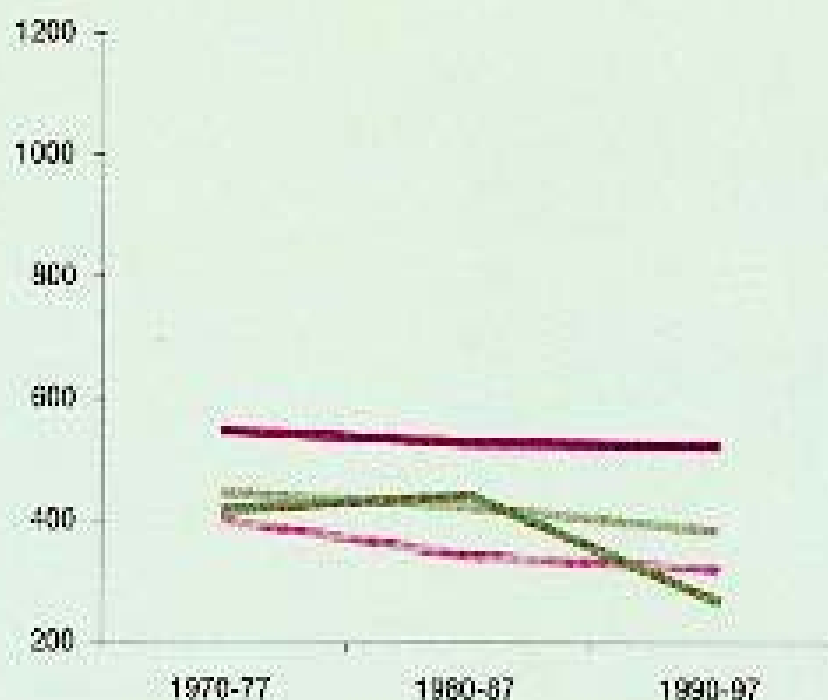
Forskjell i forekomst av uførepensjon etter utdanningsnivå, HUNT 2 (1995-97)

	Menn, 25-66 år		Kvinner, 25-66 år	
Utdanning	Prevalens (%)	Prevalens ratio	Prevalens (%)	Prevalens ratio
Høyskole, universitet	3.7	1.0	7.1	1.0
Videregående skole	7.9	2.1	11.3	1.6
Grunnskole	13.5	3.6	19.6	2.8

Menn, 45-59 år



Kvinner, 45-59 år

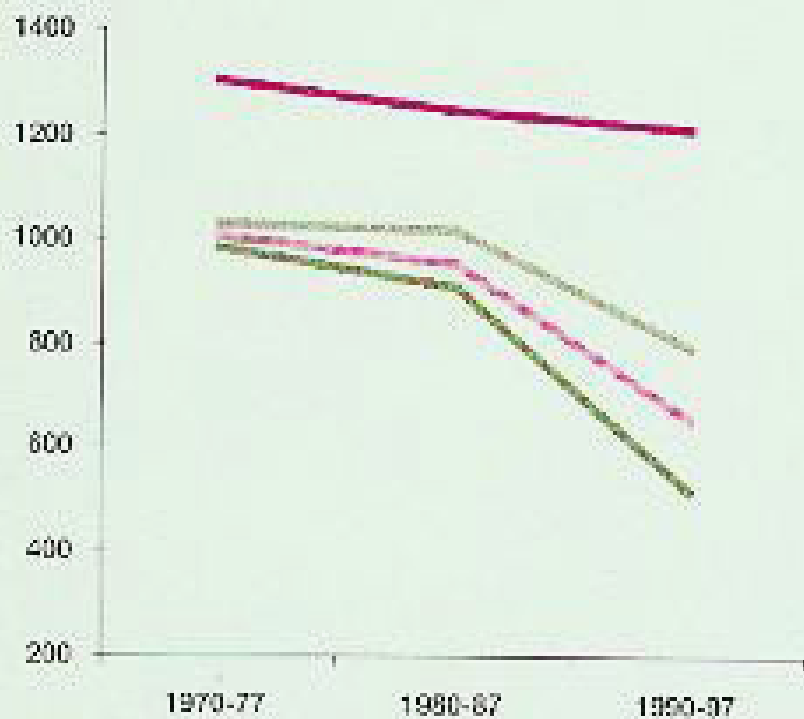


■ barne/ungdomsskole
 ■ videregående skole
 ■ høyskole/universitet
 ■ universitet/forskernivå

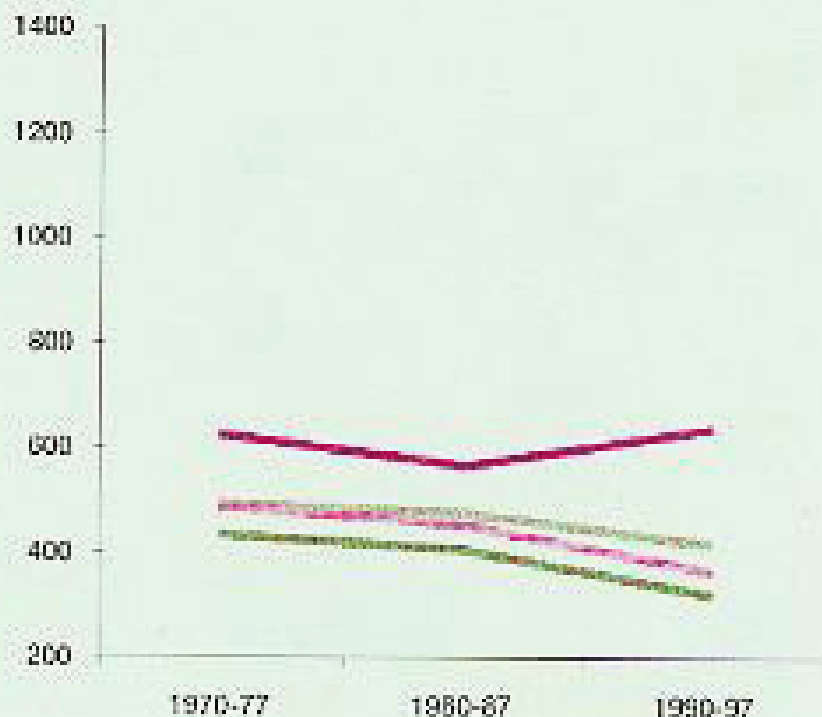
Dødelighet etter utdanning. Aldersjustert. Døde per 100 000.

Zahl, Rognerud, Strand, Tverdal. Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2003

Menn, 45-59 år



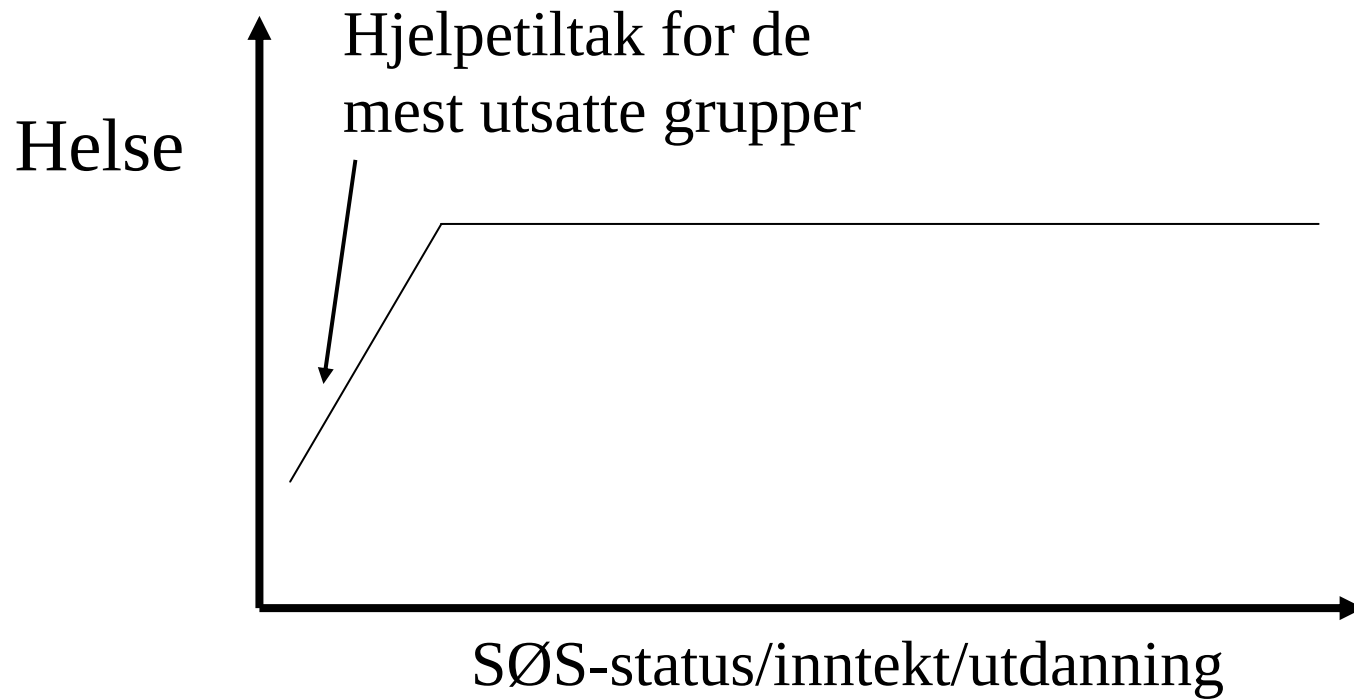
Kvinner, 45-59 år



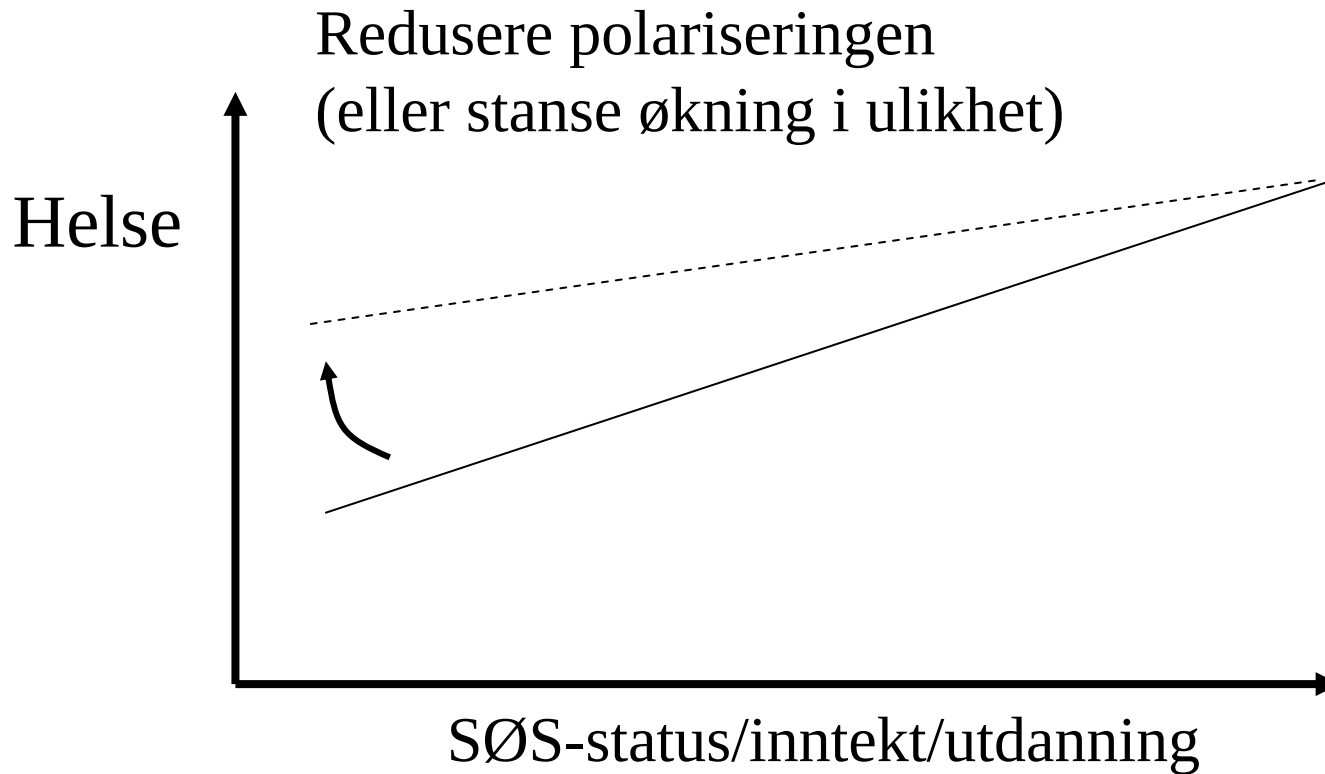
Dødelighet etter inntekt. Aldersjustert, døde per 100 000

Zahl, Rognerud, Strand, Tverdal. Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2003

Ulikhet som fattigdomsproblem ...



Ulikhet som gradientproblem...

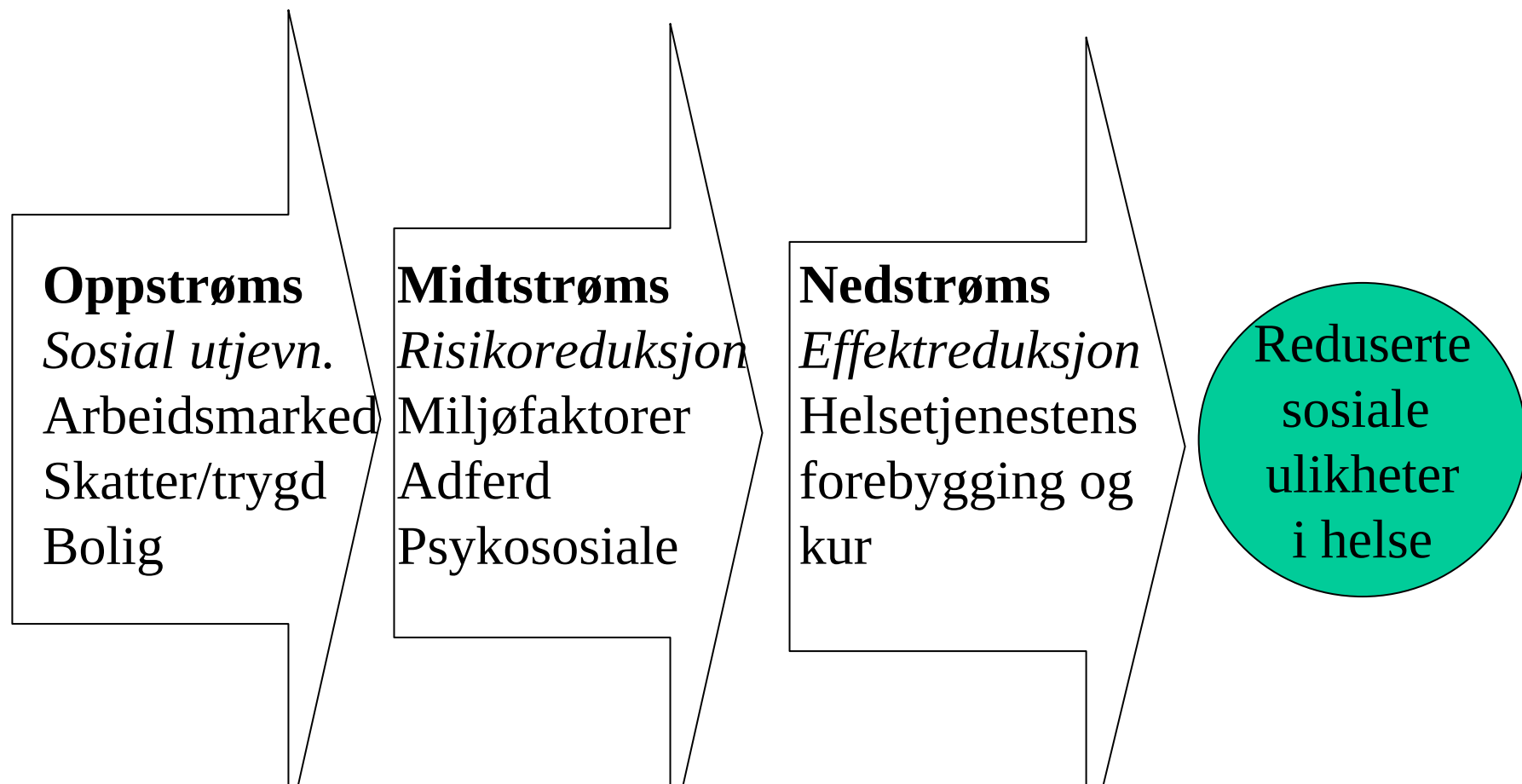


Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan
mot sosiale ulikheter i helse

Gradientutfordringen



Tiltak: hvor i årsakskjeden?



Sosiale ulikheter i helse kan sees som et todelt problem:

1. Hvordan oppstår de?
2. Hva gjør vi med dem i helsetjenesten?

Hva mener vi med sosial likhet i helsetjenesten?

WHO:

Equity in care is providing universal coverage of health care according to need rather than according to wealth

St.meld. nr 41 (1987-88) Nasjonal helseplan:

"Vi har i vårt land som mål at alle innbyggere skal ha tilgang til en likeverdig helsetjeneste uansett geografisk tilhørighet eller betalingsevne"

Den offentlige helsetjenesten har et særlig ansvar for å bedre de svakere grupperes helsetilstand, og for å gi disse et bedre tilbud for å oppnå en større grad av likhet i helse for alle.

Hva mener vi med sosial likhet i helsetjenesten?

Likhet i helsetjenesten kan bety:

- tilbudslikhet
- resultatlikhet

Er det sosiale ulikheter i helse og
helsetjeneste i Norge?

Ja - og nei

THE INVERSE CARE LAW

JULIAN TUDOR HART

Glyncorrug Health Centre, Port Talbot, Glamorgan, Wales

Summary The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.

Interpreting the Evidence

THE existence of large social and geographical inequalities in mortality and morbidity in Britain is known, and not all of them are diminishing. Between 1934 and 1968, weighted mean standardised mortality from all causes in the Glamorgan and Monmouthshire valleys rose from 128% of England and Wales rates to 131%. Their weighted mean infant mortality rose from 115% of England and Wales rates to 124% between 1921 and 1968.¹ The Registrar General's last Decennial Supplement on *Causes of Death in*

interpreted either as evidence of high morbidity among high users, or of disproportionate benefit drawn by them from the National Health Service. By piling up the valid evidence that poor people in Britain have higher consultation and referral rates at all levels of the N.H.S., and by denying that these reflect actual differences in morbidity, Rein^{2,4} has tried to show that Titmuss's opinion is incorrect, and that there are no significant gradients in the quality or accessibility of medical care in the N.H.S. between social classes.

Class gradients in mortality are an obvious obstacle to this view. Of these Rein says:

"One conclusion reached . . . is that since the lower classes have higher death rates, then they must be both sicker or less likely to secure treatment than other classes . . . It is useful to examine selected diseases in which there is a clear mortality class gradient and then compare these rates with the proportion of patients in each class that consulted their physician for treatment of these diseases. . . ."

He cites figures to show that high death-rates may be associated with low consultation-rates for some diseases, and with high rates for others, but, since the pattern of each holds good through all social classes, he concludes that

THE INVERSE CARE LAW

JULIAN TUDOR HART

Glyncorrwg Health Centre, Port Talbot, Glamorgan, Wales

Summary The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.

The Inverse Care Law - Loven om den omvendte omsorg

... omvendt etter

- sosial klasse
- kjønn
- type sykdom
- geografi
- yrke
- arbeidsaktive vs ledige
- forebygging

Sosiale ulikheter i helsetjenesten kan oppstå som bivirkning av:

- å kjøpe sykmeldte ut av ventelister
- å innføre eller øke egenandeler
- å innføre (mer) private helsetjenester
- å innføre helseforsikringer for raskere behandling
 - eller for dekning av egenandeler...
- å basere finansiering sterkt på stykkpris (DRG etc)
- å innføre mer valgfrihet - fritt sykehusvalg?



President-protest. – Forslaget i revidert budsjett om økning i egenandelene er helt uakseptabelt. Jeg synes det er gal politikk. Hver gang politikere renger noen millioner, så tar de dem fra kronisk syke. Dette er skatt på sykdom. Trenger de mer penger, får politikere øke skattene generelt, sa president i Den Norske Lægeforening, Hans Petter Aarseth. I går gjorde han felles front med pasientene og Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL) foran Stortinget.

FOTO: ROLF ØHMAN

Hva kan vi gjøre?

- 1 Øke bevisstheten om at sosioøkonomisk ulikhet er viktig for helse, både for individer og "folkehelsen"
- 2 Ta hensyn til "Loven om den omvendte omsorg"
- 3 Vite at markedet - generelt - liker ulikhet best
 - og derfor bør brukes med forsiktighet i helsetjenesten
- 4 Stille spørsmålet: Vil dette hemme eller fremme ulikhet?
- 5 Stimulere til forskning som kan besvare slike spørsmål
- 6 - siden helsetjeneste dreier seg om mer enn produksjon
 - det er også en arena for verdier

Et hvilket som helst tiltak har en rekke konsekvenser. Den mest attraktive eller dekorative av disse kalles *målet*.

Ottar Brox 2001



1. okt 2005

Adresseavisen

Skandaløs rassikring

Steinblokken på 75 tonn midt i veibanen ved Storsteinan er et skremmende bevis på faglig feilvurdering og manglende politisk vilje til rassikring i Trøndelag. Statens vegvesen vurderte ikke denne strekningen på riksvei 715 som farlig nok, da de drev sikring i sommer. Steinblokken viser hvor dramatisk feil det går an å ta. Samtidig er det en realitet at Statens vegvesen ikke har noen mulighet til å sikre alle utsatte strekninger innenfor de særdeles beskjedne bevilgningene myndigheten gir til vår landsdel. Det er en skam og en skandale når det i år er satt av bare én million kroner til rassikring i Sør-Trøndelag, når Stortinget faktisk har bevilget en halv milliard kroner til formålet i år. Vi er meget klar over behovet for sikring av veier på Vestlandet, men forskjellsbehandlingen vi er utsatt for kan ikke forsvares. Det viser listen over ras i Trøndelag de siste årene som Adresseavisen presenterte i går, og det er steinblokken ved Storsteinan et skremmende bevis på. Derfor er det på høy tid å kreve at politikkerne fra vår landsdel sørger for en rettmessig andel av bevilgningene til Midt-Norge.



Egenandeler

Når politikere lekket nyheter fra det kommende statsbudsjettet, slik det vanligvis skjer på tidlighøsten, pleier det være for å friste med en og annen godbit. Da er det sannelig ikke lett å forstå hvem som hadde lekket til VG 17. september at Bondevikregjeringens avskjedsbudsjett kommer til å inneholde et nytt kjempehopp oppover for egenandelene i helsetjenesten. En halv milliard eller deromkring i mer betaling fra de syke. Ingen av oss har sett eller hørt noe forsøk på å motsi dette ryktet. For en regjering som har proklamert at bekjempelse av fattigdom er – eller var – en av deres viktigste saker, må dette være en verdig siste spiker i kisten.

PÅ
SIDELINJEN



STEINAR WESTIN
Professor i sosial-
medisin ved
NTNU og fastlege
ved Tempe
legesenter

En provokasjon – kanskje, slik Dagbladet har antydnet når de omtaler de snubletråder den avgående regjeringen noen ganger legger for den nye. Men like fullt en bekreftelse på det sosialpolitiske sløvsinn som har fått bre seg siden tidlig på 1990-tallet, da man lot egenandelene i helsetjenesten gro opp til en urskog av økende takster og gebyrer. På dette området virker det som sosialpolitikken i realiteten har vært ført fra Finansdepartementet. Der i huset ser man tydeligvis ikke forskjell på helsetjeneste og hårklipp, og antar at folk flest har god råd til å betale for begge deler. For gjennomsnittlig har vi det bra i Norge. Gjennomsnittlig.

Vi husker
kanskje
presseopp-
slagene fra
mai i år –
om sosial-
klienter,
ungdom og
fattige som
ikke har
råd til å gå
til lege

Det må altså være
noen der – mange, frykter jeg – som ikke kjenner vår nære sosialhistorie, og prinsippene i etterkrigstiden for at utdanning og helsetjeneste skulle være solidarisk finansierte fellesgoder.

Gjennom en lang rekke budsjettssalderin-

Grønt lys for pasientrøyk

St. Olavs Hospital har gitt opp kampen for at hele sykehuse-sområdet - også utendørs - skal være røykfritt. Nå får røykende pasienter tilbud om å bruke en såkalt røykestasjon. Det er fornuftig.

En kan like det eller ikke, en kan vifte med pekefinger og fortelle om all verdens skade og fare ved røyking, men det må være den enkeltes rett til å bestemme over seg selv, også i en periode hvor man oppholder seg på et offentlig sykehus. Med dette som bakteppe er det på høy tid at også sykehus innser at muligheten for en legal røyk reelt sett har med menneskelig verdighet å gjøre.

Det må imidlertid være avgjørende for sykehusets holdning til røykere at man forhindrer at ikke-røykere utsettes for plager. Det problemet synes nå å være løst, selv om vi antar at det raskt kan bli trengsel i en røykestasjon med plass til seks mennesker i et sykehuset som rommer 700 pasienter. Men selv et beskjedent krypinn er bedre enn den uverdige tilværelsen røykende pasienter har vært tilbudt i lang tid.

Ulik helse

Denne gangen har jeg lyst til å dele noen tanker med Adresseavisen lesere - tanker om noe vi vanligvis ikke snakker så mye om:

**PÅ
SIDELINJEN**



STEINAR WESTIN
Professor i sosialmedisin ved NTNU og fastlege ved Tempe legesenter

at sykdom og død treffer oss på måter som er systematisk skjevfordelt etter sosial status. Jeg gjør det av to grunner. Dels fordi det nylig er påvist at denne typen ulikhet i helse - etter yrke, utdanning og inntekt - ser ut til å øke i den norske befolkningen. Dels fordi jeg har fått et oppdrag som dypest sett har til hensikt å redusere slike helseforskjeller. Jeg skal lede en såkalt ekspertgruppe, nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet, som skal gi faglige

råd til helsemyndigheter, forvaltningen og politikere om hva de kan gjøre for å motarbeide at de som har de dårligste levekårene også skal få de største helseplagene - og i verste fall, også den dårligste helsetjenesten.

Det siste står riktig nok ikke i målestokk, for i Norge er det opplest og vedtatt at alle innbyggere har lik rett til helsetjeneste, prioritert etter medisinske behov og ikke etter betalingsevne.

Og mer bekymringsfullt - på noen områder ser forskjellene nå ut til å øke

Vi håper at det er slik i praksis også. Men helt sikre kan vi ikke være før vi har undersøkt det. Slik var det nemlig med helseulikhetene også: vi trodde at etterkrigstidens Norge hadde greid å skape et samfunn med så stor likhet i levekår at også god helse var rimelig likt fordelt. Vi tok det for gitt. Så sterkt at

norsk helsestatistikk ikke har interessert seg for helseforskjeller mellom

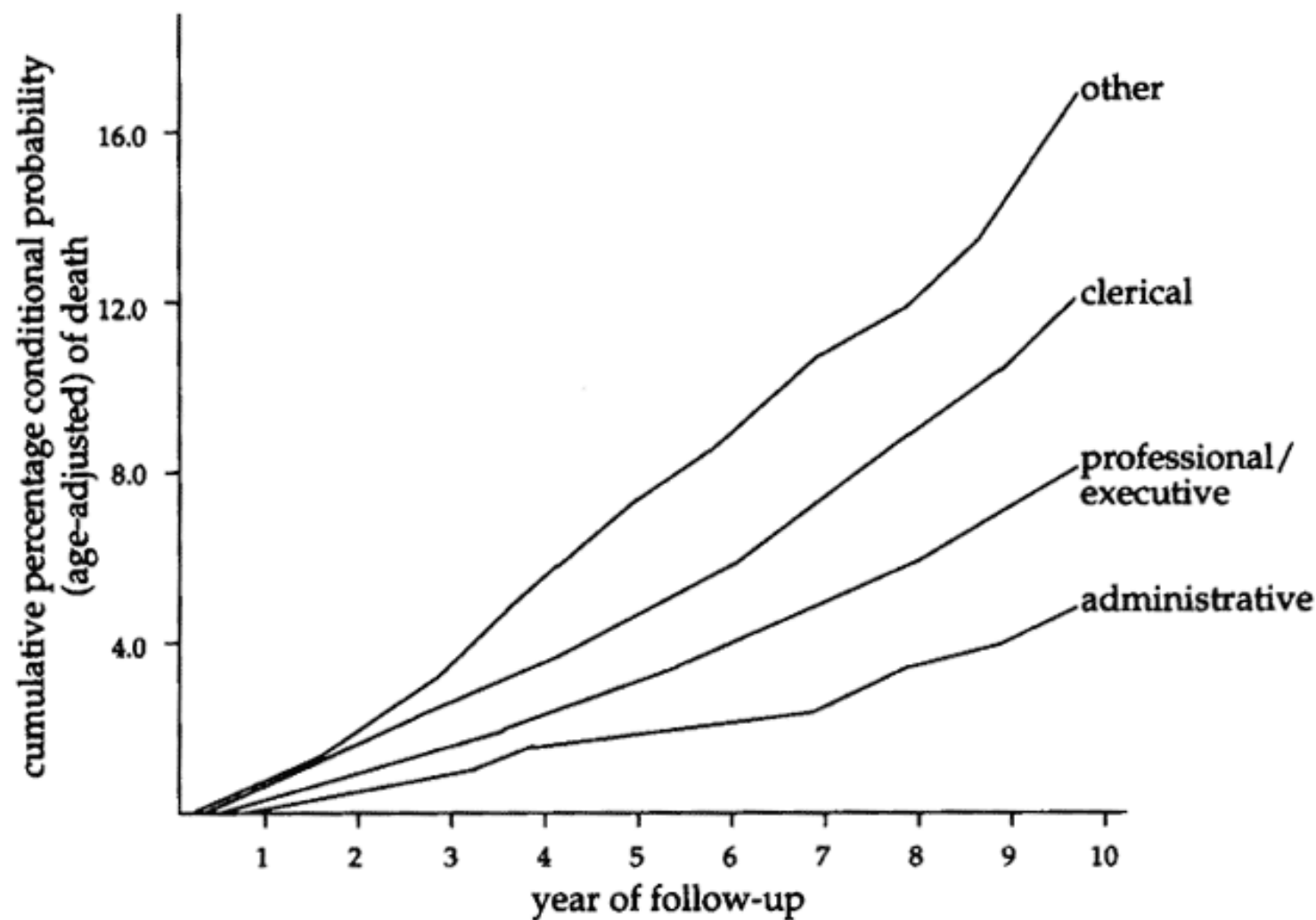


Figure 1.1. Whitehall study: all-cause mortality among total population by year of follow-up.

Source: Marmot (1986:23)

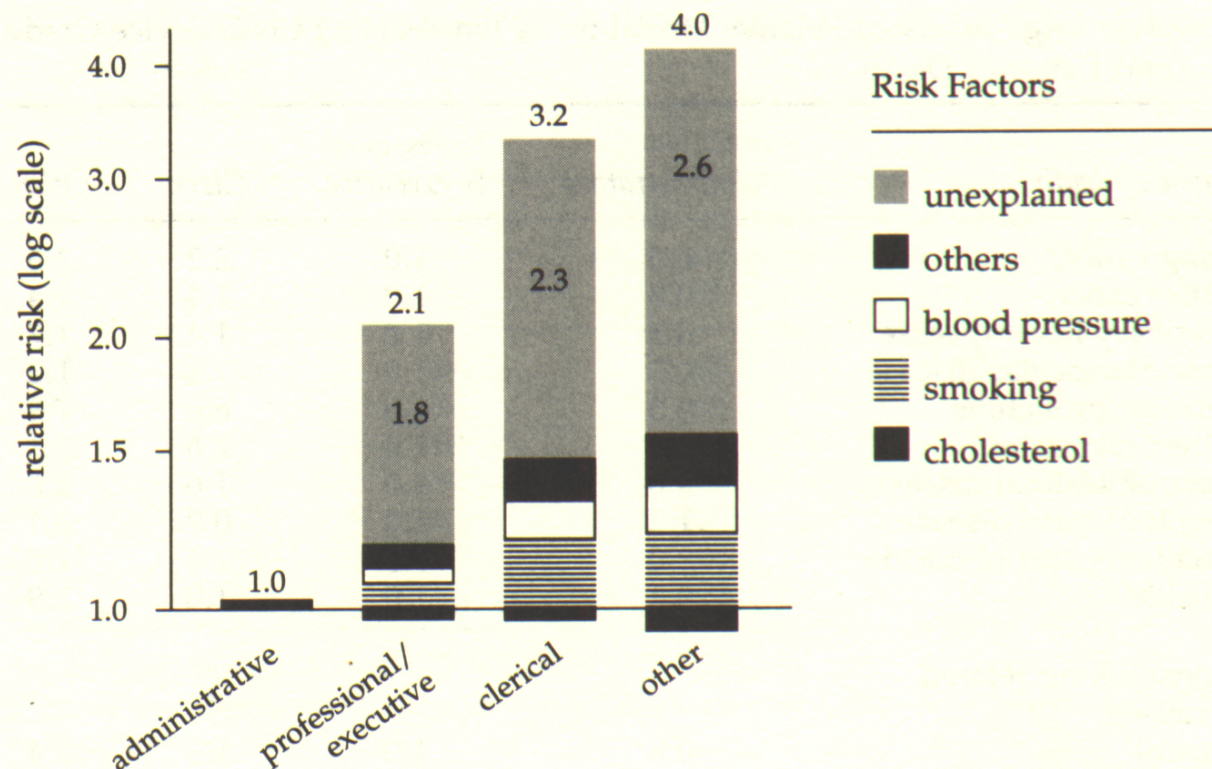


Figure 1.2. Relative risk of CHD death in different grades "explained" by risk factors (age-standardized).

Source: Marmot et al. (1978:248)