



Helsedirektoratet

Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse

Utjevning av helseforskjeller del 1

Margaret Whitehead
Göran Dahlgren

WHO Collaborating Centre for
Policy Research on Social Determinants of Health
University of Liverpool

 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet
Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 810 20 050, Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no



IS-1665

Utgitt av Helsedirektoratet,
Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 810 20 050 Faks: 24 16 30 01

Hefte kan bestilles hos:
Helsedirektoratet v. Trykksaksekspedisjonen
www.helsedirektoratet.no
e-post: trykksak@helsedir.no
Faks: 24 16 33 69
Tlf.: 24 16 33 68
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1665

Kontaktpersoner:
Tone P. Torgersen: TonePoulsson.Torgersen@helsedir.no
Øyvind Giæver: Øyvind.Giaever@helsedir.no
Janne Strandrud: Janne.Strandrud@helsedir.no
Stig Erik Sørheim: StigErik.Sorheim@helsedir.no

Design/trykk: Nr1 Arktrykk



*Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2006 under title Levelling up (part 2):
a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health.
© World Health Organization 2006*

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

©w Norwegian Directorate of Health, 2009.

Utjevning av helseforskjeller, del 1: Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse

**Margaret Whitehead
Göran Dahlgren**

**WHO Collaborating Centre for
Policy Research on Social Determinants of Health
University of Liverpool**

Heftet du nå holder i hånden, utgjør den første delen av en to-delt publikasjon om sosial ulikhet i helse. Denne delen handler om *hva* sosiale ulikheter i helse er, *hvorfor* de bør reduseres og *hvordan* de kan reduseres. Den andre delen drøfter mer konkrete eksempler på hva som kan gjøres og på hvilke politikkområder. De to heftene bør sees i sammenheng.

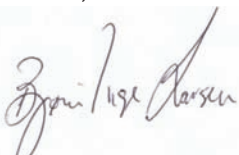
Bakgrunnen for disse to utgivelsene er som følger:

I 1990 utga Europakontoret til Verdens helseorganisasjon (WHO Europa) en unnselig liten trykksak kalt *The Concepts and Principles of Equity and Health*, skrevet av den britiske ulikhetsforskeren Margaret Whitehead. To år senere utkom en tilleggspublikasjon, *Policies and strategies for promoting equity in health*, skrevet av Whitehead i samarbeid med den svenske forskeren Göran Dahlgren, som gikk nærmere inn på den praktiske siden – politikk og strategier – av arbeidet for å redusere sosiale ulikheter i helse.

De to publikasjonene var en direkte oppfølging av WHO Europas «Helse for alle»-strategi, som ble vedtatt i 1985. Det første og viktigste målet i «Helse for alle» var en 25 prosents reduksjon i sosiale helseforskjeller, både innen og mellom land, innen år 2000. De fleste politikere og byråkrater i Europa kjente imidlertid ikke til hva sosiale helseforskjeller var – langt mindre til hvordan de skulle reduseres. Behovet for de to publikasjonene var derfor stort. Deres sjeldne kombinasjon av substansielt innhold, tilgjengelig form og praktisk orientering har også for lengst gjort dem til klassikere både innenfor vitenskapelige miljøer og i politikkens og byråkratiets verden. De er sitert i en lang rekke vitenskapelige artikler og oversatt til mer enn 20 språk.

Så langt har imidlertid Whitehead og Dahlgrens klassiske arbeider ikke vært tilgjengelige på norsk. Da begge publikasjoner nylig utkom i nye og oppdaterte utgaver, benyttet vi derfor anledningen. Vi håper at utgivelsen av disse to publikasjonene vil få betydning for strategier for sosial utjevning nasjonalt, regionalt og lokalt – og ikke bare innenfor helsesektoren.

Oslo, mars 2009



Bjørn Inge Larsen

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forfatterne takker	7
Forord.....	9
Del A: Begreper	11
Hva er forskjellen mellom helsevariasjoner og sosiale ulikheter i helse?.....	11
Rettferdighet og menneskerettigheter.....	12
«Inequality» og «Inequity» er synonymer	13
Og hva er så rettferdig helse?	13
Omfattende ulikheter i hele Europa.....	14
Økende helseforskjeller	14
Fenomenet med den sosiale gradienten	15
Sosiale ulikheter i tilgang til helsetjenester	16
Hvordan ser likeverdig helseomsorg ut?	18
Ulike mål for rettferdig helse og likeverdig helseomsorg	19
Del B: Ti prinsipper for politisk handling	21
1. Politikken må ta sikte på utjevning ved å heve standarden, ikke senke den	21
2. De tre viktigste strategiene for å redusere sosiale ulikheter i helse henger sammen og bør bygge på hverandre	21
3. Helsepolitikken bør både sikte mot å sette i verk helsefremmende tiltak i befolkningen som helhet og redusere helseforskjeller	22
4. Tiltak bør rettes mot de sosiale determinantene for helseulikheter	23
5. Uttalte politiske intensjoner er ikke nok: det er viktig å overvåke tiltakene så de ikke gjør skade	23
6. Velg egnede verktøy til å monitorere ulikhetene og måloppnåelsen.....	24
7. Gi en stemme til de stemmeløse.....	24
8. Så langt det er mulig bør sosiale ulikheter i helse beskrives og analyseres separat for menn og kvinner.....	24
9. Relater helseforskjeller etter etnisk eller geografisk bakgrunn til sosioøkonomisk bakgrunn	25
10. Helsesystemer basert på utjevningsprinsipper	25
Sammendrag	27
Referanser	28
Tillegg: Relative og absolutte mål	32

Forfatterne takker

Denne rapporten er skrevet i nært samarbeid med ledende medarbeidere ved Verdens helseorganisasjons europakontor for investeringer i helse og utvikling i Venezia og med hjelp fra kontorets Ekspertgruppe på fattigdom, helseforskjeller og tilknyttede sosiale og økonomiske helsedeterminanter. Utkast til denne rapporten og dens ledsagende strategidokument har blitt presentert på forskjellige møter for WHO's medarbeidere og på konsultasjoner på kontoret i Venezia. Disse utkastene er også gjort til gjenstand for anonym ekstern fagfelleevaluering. Omarbeidelser er foretatt i samsvar med de innkomne kommentarene, som er mottatt med stor takk, men forfatterne er alene ansvarlige for den endelige teksten og de eventuelle feilene som den inneholder. Vi takker Jerome M. Rosen for hans innsats som manuskript-redaktør og Antonella Biasiotto for hennes administrative støtte.

Forord

Hvorfor dette temaet, og hvorfor nå?

I 1990 utgav Verdens helseorganisasjons regionkontor for Europa to tekniske dokumenter: Begreper og prinsipper for rettferdighet og helse (Whitehead, 1990), etterfulgt av et dokument om retningslinjer og strategier (Dahlgren og Whitehead, 1992). Begge dokumentene prøvde å definere det vanskelige ulikhetsbegrepet i sammenheng med helse og å klarlegge hvilke implikasjoner dette ville ha for utvikling av en politikk på området. Disse dokumentene var myntet på et ikke-vitenskapelig publikum bestående av politikere og leger. Hensikten med dokumentene var å heve bevisstheten og stimulere debatten i en større, allmenn befolkning, og det klarte de med glans: Dokumentene ble drøftet over hele Europa og Nord-Amerika, oversatt til 20 språk og integrert i opplæringsmateriale innen et bredt spekter av disipliner.

Hvorfor er det nødvendig å gjøre noe lignende nå? Grunnleggende begreper og prinsipper kan vel ikke forandre seg så mye? For å svare på dette spørsmålet, må en del poenger nevnes. For det første har Europa endret seg, og de sosiale skillene i og innen de europeiske landene har på mange måter blitt større. Disse skillene har representert en stor utfordring for politikerne. Når det gjelder tiltak som må settes i verk for å fjerne helseulikheter og løse nye problemer, kan det nå være mulig å ta i bruk nye metoder og kollektive tiltak, men her må man omformulere prinsippene så de passer til dagens krav. Av særlig relevans er ny dokumentasjon som peker på sosiale årsaker til mange helseulikheter. For det andre har det i litteraturen kommet nye debatter om hvordan man skal måle helseforskjellene. Men uten en parallell begrepsdebatt om antakelsene som er lagt inn i disse målingene, er det fare for at den vitenskapelige utviklingen gir liten støtte til politikerne. Det kan også være at de ikke måler det de skulle, eller at de tilslører målene slik at de skal passe det som måles. For det tredje er det svært viktig at begreper, prinsipper og måling av sosial ulikhet i helse relateres til utjevningsorienterte strategier og tiltak både innenfor og utenfor det helsepolitiske domenet.

Verdens helseorganisasjons regionkontor for Europa har videreutviklet og på nytt understreket sine hovedverdier (WHOs regionkontor for Europa, 2005). Det har for eksempel skjedd en renessanse for Alma Ata-erklæringen (WHO, 1978). Denne skjellsettende erklæringen, som ble vedtatt av verdens helseministre i 1978, pekte på viktigheten av utjevnet helse, behovet for å erkjenne de sosiale helse-

determinantene og dermed nødvendigheten av å sette i verk sektorovergripende tiltak. Helseministerne erkjente også viktigheten av at de enkelte samfunn deltar i beslutninger som angår deres egen helse. Disse prinsippene gjenspeiler i sterk grad de behovene som finnes i den nåværende situasjonen, særlig i Europa (WHO's regionkontor for Europa, 2005). Den nylig avdøde generaldirektøren i Verdens helseorganisasjon, dr. Lee Jong-wook, gjorde sosial rettferdighet og helse til hovedtemaet i sin stillingsperiode og la vekt på behovet for å styrke helsesystemene for å bekjempe fattigdom og sykdommer. Før han døde, var han initiativtaker til dannelsen av en verdenskommisjon om sosiale helsedeterminanter (Lee, 2004).

I de siste 20 årene har Verdens helseorganisasjons europaregion gått i bresjen for en politikk som skal fremme utjevning. I 2002 bekreftet organisasjonen denne forpliktelsen på ny ved å etablere Verdens helseorganisasjons europakontor for investeringer i helse og utvikling (WHO's kontor i Venezia), som spesifikt fokuserer på de sosiale helsedeterminantene og hva helsesystemene kan gjøre for å bekjempe fattigdom – med intensivt arbeid rettet mot de østlige delene av regionen.

Som del av målet med å utvikle verktøy og nyttig veiledning for landene i spørsmål om utjevnet helse ble Margaret Whitehead og Göran Dahlgren spurt av WHO's kontor i Venezia om de kunne utarbeide dette dokumentet om begreper og prinsipper for å redusere sosiale helseulikheter. Det foreliggende dokumentet er resultat av en lang rekke diskusjoner. Tidligere versjoner av dette dokumentet har blitt diskutert på mange møter organisert av WHO, blant annet i 2005 på et møte med Den europeiske komiteen for helsefremmende tiltak og utvikling. Denne endelige versjonen er også et resultat av innspill fra tekniske enheter ved WHO's regionkontor for Europa samt eksperter på området i forskjellige land. Sammen med Utjevning, del 2 - Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse (Dahlgren og Whitehead, 2006), er det håp om at dette arbeidet vil hjelpe politikerne når de skal løse problemet med sosialt betingede helseulikheter i et Europa i rask forandring.

Erio Ziglio,
regional rådgiver for helsefremmende tiltak og investeringer for helse,
WHO's regionkontor for Europa

Del A

Begreper

Hva er forskjellen mellom helsevariasjoner og sosiale ulikheter i helse?

I dette dokumentet settes søkelyset først og fremst på sosiale ulikheter i helse. Slike ulikheter gjelder systematiske forskjeller i helsestatus mellom forskjellige sosio-økonomiske grupper. Men nøyaktig hva innebærer det? Innen ethvert land kan det sees helseforskjeller i befolkningen. Genetiske og fysiske variasjoner bidrar til at helsen hos enkeltpersoner varierer på samme måte som den gjør når det gjelder alle andre fysiske egenskaper. Utbredelsen av sykdommer varierer også mellom forskjellige aldersgrupper, og det er gjerne slik at eldre mennesker er sykere enn yngre mennesker på grunn av den naturlige aldringsprosessen. Biologisk viser det seg at kvinner i de gamle industrilandene har bedre helse enn menn i alle stadier av livet. Tilfeldighetene spiller også en rolle i alle menneskers liv, og det er flaks som avgjør hvilke enkeltmennesker som unngår en spesielt smittsom sykdom eller farlig situasjon og hvilke som rammes.

Det finnes tre spesielle egenskaper som i kombinasjon gjør det som bare er helsevariasjoner eller -forskjeller, til sosiale ulikheter i helse. Disse er *systematiske*, *sosialt frambrakte* (og derfor å mulige å endre) og *urettferdige*.

Den første egenskapen er det systematiske mønsteret av helseforskjeller. Slike forskjeller er ikke tilfeldig fordelt, men viser et konsekvent mønster i befolkningen. Et av de mest slående eksemplene er de systematiske forskjellene i helse mellom forskjellige sosioøkonomiske grupper. Dødeligheten og sykeligheten øker jo lavere den sosiale posisjonen er, noe som illustreres i de kommende avsnittene. Dette sosiale sykdomsmønsteret er universelt, selv om størrelse og omfang varierer fra land til land.

Den andre egenskapen er de sosiale prosessene som frambringer helseforskjeller, dvs. at disse forskjellene ikke er biologisk betinget. Det er for eksempel ingen naturlov som sier at barn i fattige familier skal ha en dobbelt så høy dødelighet som barn som fødes inn i rike familier (Blane et al., 1993), så denne helseulikheten ikke er naturgitt eller uunngåelig. Hvis sosiale prosesser skaper forskjeller i et gitt land, da skulle det være mulig – i det minste teoretisk – å endre dem gjennom felles innsats i dette landet.

Den tredje egenskapen er at sosiale ulikheter er forskjeller som i stor grad ansees for å være urettferdige, fordi de genereres og opprettholdes av det Evans og

Peters (2001) har kalt «urettferdige sosiale ordninger» som bryter med vanlige oppfatninger av rettferdighet. Selvfølgelig avhenger dette av den meningen som forskjellige mennesker legger i begrepet *urettferdig*. Selv om begreper om hva som er urettferdig til en viss grad kan variere fra sted til sted, er det mye som er felles. For eksempel mener nok de fleste (om ikke alle) mennesker i de europeiske landene at alle barn uansett sosial gruppe bør ha samme mulighet for å overleve. De fleste ville synes det var urettferdig hvis mulighetene for å overleve var mye dårligere for barn i noen sosioøkonomiske grupper enn i andre. Dette er bare ett eksempel på et altomfattende ønske over hele Europa om at rettferdighet og menneskerettigheter skal gå hånd i hånd.

Rettferdighet og menneskerettigheter

Skjevhetene og forskjellsbehandlingen som fører til forskjeller i tilgangen til ressurser og muligheter i helsesektoren mellom sosiale grupper, er urettferdige. Dette berører den spesielle stillingen helse har i *menneskerettighetene*: Alle har rett til å ha den høyest oppnåelige helsestandarden i sitt samfunn (WHO, 1946). Helse er også en unik ressurs for å nå andre mål i livet, f.eks. bedre utdanning og arbeid. Helse er derfor en måte å fremme friheten på for enkeltmennesker og samfunn (Sen, 2000).

Det er derfor viktig at samfunnet organiserer helseressursene sine rettferdig slik at alle kan få tilgang til disse ressursene. Hvis det eksisterer klare sosiale forskjeller i helse og dens determinanter (eksemplifisert i de påfølgende avsnittene), går det imot aksepterte rettferdighetsbegreper (Daniels, Kennedy og Kawachi, 2000).

I dagens Europa er det unødvendig å prøve å finne hvilke sosiale helseforskjeller som er *rettferdige* og *urettferdige*. Prinsipielt sett kan alle systematiske helseforskjeller mellom forskjellige sosioøkonomiske grupper innen et land betraktes som urettferdige og derfor klassifiseres som *helseulikheter*. Det finnes ingen biologisk årsak til deres eksistens, og det er klart at selv systematiske forskjeller i livsstil mellom sosioøkonomiske grupper i stor utstrekning er formet av strukturelle faktorer. For å gi en kort oppsummering kan det sies at sosiale ulikheter i helse direkte eller indirekte er skapt av sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer og en strukturelt påvirket livsstil. Disse determinantene for sosiale ulikheter kan alle endres.

I FNs internasjonale overenskomst om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter sees helse med hensikt i sammenheng med det miljøet der folk bor (Kälin et al., 2004). Hvis det skal settes i verk tiltak, kan man bruke helsetilstanden til grupper som har det bedre, som praktisk indikator på den helsestandarden som er *oppnåelig* i et gitt samfunn, og som standard for en politikk som skal fjerne ulikheter i helse.

«Inequality» og «Inequity» er synonymer

Forfatterne har i tidligere dokumenter hele tiden brukt uttrykket inequities in health og samtidig gjort oppmerksom på at man i noen land, f.eks. Storbritannia, bruker uttrykket inequalities in health, som har samme betydning. I de senere årene har flere europeiske land tatt i bruk den britiske terminologien, noe som vises i navnet på 2005 EU Summit on Tackling Inequalities in Health (dvs. EUs toppmøte i 2005 for å fjerne helseulikheter). Av hensyn til ønsket om samme språkbruk som i andre av WHO's dokumenter er imidlertid uttrykket social inequities in health beholdt i dette dokumentet. Forfatterne vil likevel understreke at i det offentlige helsemiljøet har social inequalities in health samme begrepsinnhold når det gjelder helseforskjeller som er urimelige og urettferdige. Og, ettersom noen europeiske språk (blant dem norsk) bare har ett ord for de to uttrykkene, er det ingen forskjell mellom dem når de oversettes.

Og hva er så rettferdig helse?

Hvis ulikhet i helse er urimelig og urettferdig, hva er da det motsatte: rettferdig helse? Begrepet er nært forbundet med menneskerettighetene, som har gått som en rød tråd gjennom hovedartiklene til Verdens helseorganisasjon, helt fra den ble dannet i 1940-årene til resolusjonene i det 21. århundret. I vedtektene til Verdens helseorganisasjon (WHO, 1946) fra 1946 står det at «den høyest oppnåelige helsestandarden skal kunne nås av alle uansett rase, religion, politisk oppfatning, økonomisk stilling eller sosial posisjon».

Nesten 60 år senere kommer denne stemningen tilbake igjen når det heter seg at utjevnet helse ideelt sett innebærer at alle kan oppnå sitt fulle helsepotensial, og at ingen skal hindres i å nå dette potensialet som følge av sosial posisjon eller andre sosialt bestemte omstendigheter.

Dette gjelder alle og ikke bare en spesielt uheldig stillet del av befolkningen. Arbeidet med å fremme sosial utjevning i helse er derfor rettet mot å skape muligheter og fjerne faktorer som hindrer at alle mennesker kan oppnå sitt helsepotensial. Det innebærer rettferdig fordeling av ressurser til helse, rettferdig tilgang til de mulighetene som finnes og rettferdighet i den hjelpen som ytes til folk når de er syke.

Hvis disse prinsippene gjennomføres, vil det bety en gradvis reduksjon av alle systematiske helseforskjeller mellom forskjellige sosioøkonomiske grupper. Visjonen er å fjerne slike ulikheter ved å heve standarden til det nivået som de mest privilegerte befinner seg på.

Omfattende ulikheter i hele Europa

Økende helseforskjeller

I de europeiske landene er det mange eksempler på systematiske helseforskjeller mellom forskjellige sosiale grupper. I alle de europeiske landene har de minst privilegerte gruppene dårligere helse og høyere dødelighet. Dette manifesterer seg i store forskjeller i forventet levealder mellom ytterpunktene på den sosiale rangstigen. I Skottland må for eksempel et barn som er født i det fattigste strøket i Glasgow, regne med å leve 10 år kortere enn et barn som bor i det mest velstående strøket (Acheson et al., 1998). I Estland var det en enorm økning i dødelighetsforskjellen mellom gruppene med høyest og lavest utdanningsnivå fra 1989 til 2000, dvs. i overgangsperioden etter at Sovjetunionen ble oppløst. I år 2000 kunne en 25-årig mann som gikk ut fra universitetet, regne med å leve 13 år lenger enn en mann på samme alder med det laveste utdanningsnivået (Leinsalu, Vagero og Kunst, 2003). Det er også mange slående eksempler fra den nordlige og sørlige delen av regionen. I Nederland er det 5 års forskjell i forventet levealder og 13 års forskjell i forventet antall friske år mellom menn fra grupper med kort og lang utdanning (van de Water, Boshuizen og Perenboom, 1996). I Finland har kvinner fra gruppen med kortest utdanning åtte færre forventede friske år enn kvinner fra gruppen med lengst utdanning (Valkonen et al., 1994). Videre har undersøkelser i sør, nærmere bestemt i Torino i Italia, vist at selv om dødeligheten har sunket for alle sosioøkonomiske grupper i de siste 30 årene, har reduksjonen vært mindre markant blant menn og kvinner med kortere utdanning og blant menn som bor under dårligere forhold (Marinacci et al., 2004).

To eksempler fra Frankrike viser forskjellene svært tydelig. Mellom en 35-årig ufaglært person med manuelt arbeid og en funksjonær (cadre supérieur) på samme alder er det en forskjell i forventet levealder på ca. ni år. Tallene for prematur død (før 54 år) viser at fire ganger så mange ufaglærte personer med manuelt arbeid dør før tiden av diabetes enn tilfellet er for funksjonærer, og forskjellen er ti ganger så stor når det gjelder cirrhose og alkoholpsykose (Mesrine, 1999; Jouglu et al., 2000).

Helsesituasjonen i de mellom- og østeuropeiske landene er svært bekymringsfull. Menneskene i Den russiske føderasjonen opplevde en drastisk og helt unik reduksjon i forventet levealder etter det økonomiske og politiske sjokket tidlig på 1990-tallet. Denne reduksjonen var ikke likelig fordelt på alle segmenter i befolkningen. Gruppene med lavest utdanning ble verst rammet. Faktisk hadde menn fra grupper med lav utdanning høyere dødelighet mellom 1990 og 1994 enn i 1970- og 1980-årene. Dødelighetstallene for personer med universitetsutdanning var imidlertid nærmere de tilsvarende tallene for befolkningen generelt i de vestlige landene (Shkolnikov, Field og Andreev, 2001).

Fenomenet med den sosiale gradienten

Typisk ser man en trinnvis eller lineær forverring av helsen med lavere sosial posisjon, noe som kalles en sosial gradient (Marmot, 2004). Det er altså ikke slik at det bare blir en ekstrem gruppe med dårlig helse mens resten har rimelig god helse. For eksempel har man observert helsetilstanden til innbyggerne i Firenze, Livorno og Torino i mange år, og funnet at dødeligheten øker jevnt med synkende sosial posisjon. Dette er tilfellet både når sosial posisjon måles etter det som kjennetegner enkeltmennesker, for eksempel utdanning, arbeid eller sosial klasse, og når det måles etter fattigdomsnivået i det området der folk bor (Costa, Spadea og Dirindin, 2002).

Virkningen av den sosiale gradienten på helsen uttrykkes noen ganger som et underskudd i helse – dvs. det antall liv som ville ha blitt spart hvis alle gruppene i samfunnet hadde hatt den samme høye helsestandarden som den mest privilegerte gruppen. Som eksempel på et slikt underskudd er det blitt anslått at hvis alle menn i manuelle yrker mellom 20 og 64 år i England og Wales hadde hatt den samme dødeligheten som menn i den samme aldersgruppen i akademiske yrker og sjefsstillinger, ville det årlig ha vært over 17 000 færre dødsfall tidlig på 1990-tallet (Acheson et al., 1998). Det er regnet ut at den mye høyere dødeligheten i de fattigere områdene i Spania enn i de mest velstående tilsvarer 35 000 dødsfall i året (Benach og Yasui, 1999). Ifølge en lignende beregning av helseunderskudd i Nederland ble det anslått at den gjennomsnittlige morbiditeten og dødeligheten i den nederlandske befolkningen ville bli redusert med 25 til 50% hvis menn med kortere utdanning hadde samme sykelighet og dødelighet som menn med universitetsutdanning (Mackenbach, 1994).

Eksistensen av disse sosiale ulikhetene i nesten alle land utgjør den mest alvorlige trusselen mot bedre helse for regionens befolkning. Bedringer i den forventede levealder for hele befolkningen i et land, bremses for eksempel av helseulikhetene i det landet.

Ulikheter forteller imidlertid noe om omfanget av mulige forbedringer. De demonstrerer for eksempel det som gruppene med de største fordelene allerede har oppnådd, og derfor det som er mulig for andre å oppnå i et gitt land på et gitt tidspunkt. Sosiale helseulikheter blant spedbarn og barn utgjør noen av de sterkeste eksemplene på urettferdighet. Eksempler på store forskjeller i spedbarndødelighet mellom spedbarn av rike og fattige foreldre i Stockholm så langt tilbake som i 1930-årene var en kilde til politisk bekymring som førte til et reformprogram for bedre helse for mor og barn. Når dette programmet ble kombinert med reformer som skulle gi bedre trygdeytelser og boliger og dermed bedre leveforhold for familier i byen, førte dette til en reduksjon i de sosiale ulikhetene i spedbarndødelighet (Burström,

2004). I dagens Sverige er ulikhetene i spedbarndødelighet nesten eliminert, noe som ikke alltid er tilfellet i andre høyinntektsland.

Sosiale ulikheter i tilgang til helsetjenester

Utilstrekkelig tilgang til de viktigste helsetjenestene er en av flere determinanter for sosiale ulikheter i helse. Det er kanskje ikke den viktigste determinanten, men den er en viktig utfordring for helsesektoren selv – for å holde orden i eget hus. Dessuten er byrden ved å betale for helsetjenester en stadig økende *årsak* til fattigdom, særlig for sosialt sårbare grupper, og dette er noe som helsesektoren har et spesielt ansvar (og mulighet) for å gjøre noe med (Ziglio et al., 2003).

Sett fra et *mennekerettighetssynspunkt* er det en helt grunnleggende rettighet at folk kan ha tilgang til et effektivt helsevesen som kan ta seg av dem når de blir syke, som beskytter dem mot og hindrer at de utvikler sykdom, og som hjelper dem med å vedlikeholde helsen når de er friske. Hvis ikke menneskene har de fordelene det medfører å ha tilgang til helsetjenester som gir bedre helse og beskyttelse mot smerter og lidelser, går det på bekostning av alle andre menneskelige aktiviteter. Men for mange millioner mennesker i hele verden, selv i en relativt rik region som Europa, er tilgangen utilstrekkelig til å dekke behovet for enkelte grupper, eller praktisk talt fraværende. Folk med det største behovet har ofte dårligst tilgang til helsetjenestene – et slående eksempel på urettferdighet.

Idéen om ulik tilgang til helsetjenester ble gjort kjent i loven om den omvendte omsorg (Hart, 1971), som sier: «Tilgjengeligheten til god medisinsk omsorg har en tendens til å være omvendt proporsjonal med behovet for den i den aktuelle befolkningen.» Denne såkalte loven ble utformet av Tudor Hart da han studerte situasjonen i kullgruvedalene i Wales. Beliggenheten til og kvaliteten på helsefasilitetene var mye dårligere i de fattigste byene der gruvearbeiderne bodde og led av yrkessykdommer, enn de fasilitetene som var tilgjengelige i de mer velstående byene, der sykkeligheten var lavere.

Det waliske eksempelet gjelder **geografisk tilgang** – dvs. plasseringen av og derfor også den fysiske tilgjengelighet til, helsetjenester i forskjellige deler av et land. Undersøkelser i Europa har avdekket store forskjeller i geografisk tilgang for forskjellige befolkningsgrupper. I Nord-Europa har blant annet nye undersøkelser i Sverige vist at det er en opphopning av offentlig finansierte, private spesialister som betjener de mer velstående områdene i Stockholm, og en mangel på dem i lavinntektsområdene i den samme byen (Dahlgren, 1994).

Men to andre former for tilgjengelighet er også viktige: **økonomisk tilgjengelighet** og **kulturell tilgjengelighet**. Hva skal du med helsetjenester rett utenfor døren din hvis du ikke har råd til å bruke dem? Denne situasjonen er typisk for mange byboere i enkelte land. De grelleste eksemplene på problemet med

økonomisk tilgjengelighet er når folk i en nødssituasjon blir avvist fra en klinikk eller et sykehus og dør fordi de ikke har råd til å betale. Dette skjer svært sjelden i Europa, men det blir stadig flere eksempler på pasienter med ikke-livstruende helseplager som venter med å gå til legen av økonomiske grunner. I Belgia har studier nylig vist at pasienter med kroniske sykdommer har brukt gjennomsnittlig 23% av sin disponible inntekt på behandling. I tillegg har omtrent en tredel av befolkningen i Belgia sagt at de har problemer med å betale for medisinsk behandling, og 8% av familiene utsatte legebesøk på grunn av kostnadene (Louckx, 2002).

I Frankrike ble det i 1997 gjennomført en undersøkelse som viste at 600 000 mennesker ikke hadde tilgang til trygdeytelser som kunne dekke de medisinske kostnadene de hadde, og at 16 % av befolkningen ikke hadde tilleggsdekning. Mange av dem utsatte behandlingen til senere på grunn av kostnadene. I tillegg fungerte nødhjelpssystemet slik at selv om de aller fattigste kunne be om gratis medisinsk hjelp fra de lokale myndighetene hver gang de trengte behandling, var prosedyren for dette stigmatiserende. Dette franske systemet ble reformert i år 2000 for å sikre at tidligere ekskluderte deler av befolkningen skulle få bedre økonomisk tilgjengelighet til omsorg på en mindre stigmatiserende måte (Ziglio et al., 2003).

Problemet med økonomisk tilgjengelighet har også en annen side, og det er når folk klarer å skaffe penger til å betale egenandeler (også under bordet), men setter seg i gjeld som følge av det. Dette har vi kalt den **medisinske fattigdomsfellen** – dvs. at fattigdommen skyldes at man må betale for medisinsk behandling (Whitehead, Dahlgren og Evans, 2001). De mest slående eksemplene kommer fra utviklingslandene, men den medisinske fattigdomsfellen er også utbredt i industrilandene, særlig i USA og i de senere år også i Øst-Europa. Den byrden som pålegges folk når de må betale for grunnleggende helsetjenester og medisiner, bør derfor alltid analyseres, for den kan være tung å bære, selv når den ikke driver folk til fattigdom (se Utjevning, del 2: Dahlgren og Whitehead, 2006).

Den andre typen tilgjengelighet, **kulturell tilgjengelighet**, gjelder motagelighet og respekt. Møter noen grupper kulturbarrierer som gjør tilgjengelige tjenester uakseptable? Finnes det uakseptable mangler i den respekt og verdighet som tilbys marginaliserte grupper, for eksempel hjemløse eller fattige pasienter, fra helsepersonellens side? Språkbarrierer og kulturelle praksiser kan for eksempel hindre etniske minoritetsgrupper eller nyankomne innvandrere i å godta forebyggende behandling og i å nyte godt av psykiatrisk behandling selv når den er gratis. En annen stor barriere i tillegg til språkbarrieren, er den som finnes mellom profesjonelle helse-arbeidere og pasienter med kortere utdanning, når helsearbeiderne ikke er seg bevisst eller forstår dagliglivets barrierer for pasienter som lever under vanskelige forhold. Det kan også finnes ulikheter i den

oppmerksomheten med en mindre privilegert bakgrunn tilbys, og dette fører til forskjeller i kvaliteten på den behandlingen de får, og den respekten de vises.

I tillegg kan man se *forskjeller i behandlingsresultat* mellom forskjellige sosio-økonomiske grupper – for eksempel når det tar lengre tid å bli frisk etter en operasjon for fattige pasienter, eller når medikamentell behandling for å kontrollere en kronisk sykdom er mindre vellykket for folk som bor i dårligere hus. Slike forskjeller kan også oppstå når det har vært gitt lik behandling, noe som skyldes de sosioøkonomiske forholdene som pasientene lever under. Disse forskjellene i behandlingsresultat skyldes ulikhetene i det som i videre forstand er sosiale helsedeterminanter, og som helsevesenet har liten eller ingen kontroll over. Derfor er det ikke alltid et reelt alternativ å arbeide for behandlingslikhet.

Hvordan ser likeverdig helseomsorg ut?

Med tanke på disse potensielle ulikhetene i tilgang kan det motsatte – likeverdig helseomsorg – betraktes som mangeartet og omfatte idéer om *rettferdige ordninger som muliggjør lik geografisk, økonomisk og kulturell tilgang til eksisterende tjenester for alle som har det samme behovet for omsorg*.

Idéen med å tillate forskjeller i *behovet for helsetjenester* i forskjellige sosio-økonomiske grupper er av avgjørende betydning når det gjelder definisjoner av utjevnet helseomsorg. Dette kan enklest illustreres ved å se på hvordan helse-tjenestene brukes av forskjellige sosioøkonomiske grupper, der den generelle bruken av dem tas som en indirekte indikator på de mer omfattende tilgangsproblemene. Hvis bruken av tjenestene hadde vært lik for hver sosioøkonomiske gruppe, ville det ikke nødvendigvis bety lik fordeling av tjenestene. Det ville tvert imot mest sannsynlig ha indikert en situasjon preget av ulikhet. Med tanke på den sosiale gradienten i helsestatus skyldes dette at det underliggende omsorgsbehovet gjerne er større blant de laveste sosioøkonomiske gruppene, og derfor skulle man ha ventet at disse gruppene ville ha brukt tjenestene tilsvarende mye mer enn de mer privilegerte gruppene hvis det økte behovet hos dem hadde blitt dekket.

Et pragmatisk mål for utjevnet helseomsorg i det akkurat nevnte tilfellet ville være å arbeide for *lik bruk for likt behov*. Imidlertid må omsorgsbehovet tas med i beregningen når man vurderer framgangen mot dette målet. Et segment av befolkningen med full rett til å bruke en tjeneste kan benytte seg av retten til ikke å bruke den, noe som resulterer i lavere utnyttelsesgrad for denne gruppen enn behovsnivået skulle tilsi (Whitehead, 1990). Forebyggende masseundersøkelser og helsesjekker som gis nasjonalt, kan nevnes i denne sammenhengen, der noen mennesker kan være motvillige til å benytte seg av de tjenestene som tilbys. I denne situasjonen ville det ikke være likebehandling å presse folk til å benytte seg av en tjeneste som de ikke ønsket. Men hvis ytterligere undersøkelser hadde vist at

grunnen til at tjenestene ikke ble benyttet, var vanskelig geografisk tilgang eller sosiale eller økonomiske barrierer slik at folk som ønsket å bruke tjenestene ikke hadde anledning, ville det ha blitt betraktet som uakseptabelt og urettferdig.

Ulike mål for rettferdig helse og likeverdig helseomsorg

I praksis er det viktig å forstå at målene for utjevnet *helse* og utjevnet *helseomsorg* er svært forskjellige. Når det gjelder utjevnet helse, ville det endelige målet være å fjerne alle systematiske forskjeller i helsestatus mellom sosioøkonomiske grupper, slik som det er uttrykt i avsnittet «Og hva betyr så utjevnet helse?» Målet for utjevnet *helseomsorg* ville imidlertid være å få til et så godt samsvar som mulig mellom tjenestene og behovsnivået. Dette kan godt resultere i store forskjeller i tilgang til og bruk av tjenestene mellom de forskjellige sosioøkonomiske gruppene med favorisering av de underprivilegerne gruppene, som har det største behovet.

Del B

Ti prinsipper for politisk handling

Begrepene om rettferdig fordelt helse innebærer visse pragmatiske handlingsprinsipper i arbeidet for å redusere sosiale ulikheter i helsestatus. Disse er ført opp under i form av 10 veiledende prinsipper. Det ledsagende dokumentet (Dahlgren og Whitehead, 2006) inneholder en ramme for å analysere årsakene til sosiale ulikheter i helse og for å sette søkelyset på politiske alternativer og strategier for å redusere ulikhetene.

1. Politikken må ta sikte på utjevning ved å heve standarden, ikke senke den

Ingen vil i fullt alvor foreslå å jevne ut helseforskjellene ved at de som har høyest helsestandard skal ned på nivået til dem som har en lavere standard. Hvis for eksempel dødeligheten for spedbarn til rike foreldre hadde steget uten at det skjedde noe med dødeligheten for spedbarn til fattige foreldre, ville ikke dette bli sett på som en suksess – snarere som en tragedie – selv om det ville redusere forskjellene mellom de to gruppene, i alle fall i rene tall. Likevel har noen motstandere av en utjevningsspolitikk advart mot denne faren. For å gjøre det helt klart er derfor det prinsippet som understrekes i dette dokumentet, at den eneste måten å redusere helseforskjellene på en rettferdig måte er at helsenivået til de gruppene som er ugunstig stilt, bringes opp til nivået de gruppene som er heldigere stilt. Utjevning ved å redusere standarden for en eller flere gruppe er helt uaktuelt.

2. De tre viktigste strategiene for å redusere sosiale ulikheter i helse henger sammen og bør bygge på hverandre

Ulike fordeler ved forskjellige måtene å angripe de sosiale helseulikhetene på har blitt debattert i det siste (Mackenbach et al., 2002; Graham, 2004a). I alt vesentlig er de tre viktigste tilnærmingene som brukes for å måle og jevne ut sosiale ulikheter i helse som følger: fokus på de fattigste, reduksjon av helsegapet og reduksjon av sosiale ulikheter gjennom hele befolkningen.

- i. **Fokus på de fattigste.*** Dette er en såkalt målrettet metode. Det vil si at framgang bare måles i forhold til bedre helse for målgruppen, uten hensyn til helseforbedringer i befolkningen som helhet eller i privilegerte grupper. I dette

perspektivet kan enhver forbedring i helsestatus for fattige grupper betraktes som en suksess, selv når helsegapet mellom rike og fattige øker.

- ii. **Reduksjon av helsegapet.** Utgangspunktet for denne metoden er helsen til fattige grupper *i forhold til* resten av befolkningen. Det viktigste tiltaket i denne tilnærmingen er å redusere forskjellen mellom de fattigste i samfunnet og de rikeste – ulikheten i helsestatus mellom ytterkantene på den sosiale rangstigen.
- iii. **Reduksjon av sosiale ulikheter gjennom hele befolkningen.** Denne metoden erkjenner at sykelighet og prematur dødelighet gjerne øker med synkende sosioøkonomisk status, og at det ikke bare er et spørsmål om helseforskjeller mellom rike og fattige. Denne tilnærmingen inkluderer hele befolkningen, også grupper med middels inntekt, og søker å redusere helseforskjellene mellom grupper med høy, middels og lav inntekt ved å utjevne helseressursene over hele det sosioøkonomiske spekteret.

Med den forståelsen av utjevnet helse som brukes i dette dokumentet, er det rimelig å se disse tre metodene som ikke bare utfyllende, men også som sammenhengende. De må bygge på hverandre. Det første viktige trinn i den logiske rekkefølgen er derfor å påse at helsen til fattige grupper forbedres. Vi anbefaler ikke en utelukkende målrettet tilnærming, men en mer generell tilnærming metode som også kan omfatte spesifikke tiltak for å forbedre helsen til fattige grupper, i et tempo som reduserer eksisterende sosiale helseforskjeller. Det andre trinn, reduksjon av helsegapet, innebærer et mer ambisiøst mål om å forbedre helsen raskere blant de fattige enn blant de rike. Det tredje trinn er å redusere helseulikhetene mellom alle grupper, ikke bare mellom ytterpunktene på den sosiale rangstigen. Denne tredje tilnærmingen kan imidlertid ikke betraktes isolert fra de to andre, fordi reduserte forskjeller teknisk sett kan oppnås ved å redusere helsegapet bare mellom de midlere og høyere sosioøkonomiske gruppene og samtidig ignorere de fattige, som da kommer vil henge enda lenger etter helsemessig. Den eneste ekte indikatoren på reduserte sosiale ulikheter i hele befolkningen er at helsen til de mest utsatte gruppene har forbedret seg raskere enn hos gruppene med midlere og høy inntekt – slik det er forklart under prinsipp 1 over.

3. Helsepolitikken bør både sikte mot å sette i verk helsefremmende tiltak i befolkningen som helhet og redusere helseforskjeller

Noen hevder at det er en motsetning i dette doble målet, og at det må foretas en avveining mellom forbedret helse for befolkningen i sin helhet og enda raskere helseforbedring for de dårligst stilte – dvs. mellom en samlet gevinst for

befolkningens helse og reduserte sosiale helseulikheter. Dette er et falskt dilemma. Målet om å redusere helseulikheter utgjør en integrert del av en omfattende strategi for helsemessig utvikling, ikke et alternativ. I virkeligheten finnes det ingen nasjonale strategier i Europa – eller andre steder – som oppgir forsøk på å forbedre helsen til befolkningen som helhet til fordel for utelukkende å redusere helseulikheter. Dessuten er det økende forståelse for at nasjonale helsemål for befolkningen som helhet vanskelig vil nås uten å ta hensyn til helsen til de som har de verst. De to målene går som regel hånd i hånd.

4. Tiltak bør rettes mot de sosiale determinantene for helseulikheter

Dette prinsippet retter søkelyset ikke bare mot sosiale helsedeterminanter generelt (de sosiale faktorene som kan påvirke folks helse), men også mot hoveddeterminantene for systematiske forskjeller i livssjanser, levekår og livsstil som kan knyttes til ulike posisjoner i samfunnet (Graham, 2004b). Arbeidsmiljø er et godt eksempel. I det etterindustrielle Europa er ikke lenger dårlig arbeidsmiljø en hoveddeterminant for uhelse i befolkningen generelt. Imidlertid har en undersøkelse i Sverige vist at ulik eksponering for dårlig arbeidsmiljø etter sosial posisjon kan forklare en betydelig del av de observerte helseulikhetene mellom sosioøkonomiske grupper i landet (Lundberg, 1991). Hvis slike sosiale determinanter skal takles, kreves det derfor en bedre forståelse av de prosessene som genererer og opprettholder sosiale ulikheter, og deretter en inngripen i prosessene på de mest effektive stedene (se Del 2: Dahlgren og Whitehead, 2006).

5. Uttalte politiske intensjoner er ikke nok: det er viktig å overvåke tiltakene så de ikke gjør skade

Dette prinsippet krever en vurdering av fordelingseffekter, ikke bare gjennomsnittlige effekter. Det klassiske eksempelet når det gjelder helseutjevning, er de ugunstige virkninger av enkelte reformer i helsesektoren de siste tiårene som nylig har skapt en *medisinsk fattigdomsfelle* (Whitehead, Dahlgren og Evans, 2001), der økende egenandeler ved sykdom har skjøvet flere mennesker ut i fattigdom. I dette tilfellet forvandles velferdssystemet, som opprinnelig skulle hjelpe de syke, til et fattigdomsfremmende system. Fellen utviklet seg i et tempo som krevde årvåkenhet dersom man skulle ha oppdaget den i tide. Tilsvarende kan tiltak som er utviklet for å hjelpe fattige mennesker, virke stigmatiserende for de samme menneskene de var ment å hjelpe, og således medvirke til at de avslår den tilbudte hjelpen.

Dette prinsippet om å gjennomføre helseulikhets-konsekvensvurderinger gjelder en rekke tiltak utenfor og i helsesektoren. Faktisk kan den største faren ligge i bredere makropolitikk som *skjuler* negative helseeffekter fordi den ikke betraktes som helserelatert (Del 2: Dahlgren og Whitehead, 2006).

6. Velg egnede verktøy til å monitorere ulikhetene og måloppnåelsen

Dette prinsippet kan virke opplagt, men som prinsippene 1–5 viser, kan tiltak som skal redusere ulikheter rettes mot mange forskjellige mål, og hvert av dem kan kreve egne indikatorer. Overvåking av helseendringer hos de fattige kan for eksempel ikke klarlegge hvordan fattige klarer seg i forhold til rike. Det siste krever at man måler framgangen både øverst og nederst i det sosiale hierarkiet og deretter sammenligner de to. En slik sammenligningen mellom ytterpunkter i det sosiale hierarkiet kan på sin side man ikke fortelle stort om virkninger gjennom hele samfunnet. Dette kan kreve indikatorer på det såkalte helseunderskuddet – dvs. den kumulative forskjellen mellom den mest privilegerte gruppen og hver suksessive sosiale gruppe for hver spesifikke faktor.

Det er viktig å overvåke både *relative* og *absolutte* endringer i sosiale helseulikheter fordi de gir forskjellig informasjon om størrelsen og retningen på endringen. Et eksempel på et relativt mål er *forholdet* mellom dødeligheten for den minst privilegerte og dødeligheten for den mest privilegerte gruppen. Et absolutt mål i dette tilfellet ville være *forskjellen mellom* dødeligheten for den minst og den mest privilegerte gruppen. Tabell 1 i vedlegget gir et numerisk eksempel med bruk av engelske tall for trender i karsykdommer etter deprivasjonskategori. Det absolutte målet i dette eksempelet viser en nedgang i ulikheter i dødelighet, mens det relative målet viser de en økning.

7. Gi en stemme til de stemmeløse

Dette prinsippet innebærer for eksempel å innhente marginaliserte gruppers syn og øke deres reelle deltakelse (i motsetning til rent symbolske konsultasjoner). De mer taleføre personene i befolkningen og de som er best representert, har gjerne større innflytelse enn de som står i en svakere stilling. Hvis noe skal gjøres med dette, må byråkrater og fagfolk arbeide målbevisst med administrative systemer og informasjon som kan gjøre det enklere for lekfolk å delta i beslutninger som påvirker helsen deres.

8. Så langt det er mulig bør sosiale ulikheter i helse beskrives og analyseres separat for menn og kvinner

En separat beskrivelse og analyse er påkrevet fordi både omfanget av og årsakene til observerte sosiale ulikheter i helse noen ganger er ulike for de to kjønnene. Det er derfor svært viktig at slike forskjeller er kjent og tatt hensyn til i utviklingen av strategier for å bekjempe helseulikheter.

Verdien av å kombinere kjønnsesifikke og sosioøkonomiske analyser ble nylig demonstrert i det svenske programmet for forbygging av ulykker. Ulykkestall for befolkningen som helhet indikerte at det var relativt god framgang i arbeidet med

ulykkesforebygging. Men når dataene ble delt opp på kjønn og sosial status, viste det seg at det var stor forskjell på ulykkesfrekvenser og -typer hos jenter versus gutter, menn versus kvinner og lavinntektsgrupper versus høyinntektsgrupper. Den kombinerte kjønns- og sosioøkonomiske analysen viste også at spesielt arbeiderklassekvinner var svært utsatt for farer i hjemmet og på arbeidsplassen. Da disse forskjellene kom for dagen, ble det også klart at det var behov for å skreddersy ulykkesforebyggende strategier etter kjønn og sosioøkonomiske forhold (La Flamme, 1998). Det samme er i økende grad tilfellet for tobakksforebyggende tiltak (Kunst, Giskes og Mackenbach, 2004).

En annen grunn til å påse at systematiske helseforskjeller mellom kjønn analyseres etter sosioøkonomisk bakgrunn, er at årsakene kan variere med sosial posisjon. Fattige kvinner kan for eksempel bli diskriminert både fordi de er kvinner og fordi de er fattige. Tiltak mot helseforskjeller som er forårsaket av denne såkalte doble byrden, kan kreve andre strategier enn de som er utarbeidet for å fjerne kjønnsbetingede helseforskjeller blant mer velstående kvinner. Den utbredte tendensen til å overse kjønn i analyser av sosiale helseulikheter og, motsatt, overse sosial posisjon i kjønnsspesifikke analyser, bør derfor erstattes med en kombinert tilnærming som tar hensyn til både sosial posisjon og kjønn.

9. Relater helseforskjeller etter etnisk eller geografisk bakgrunn til sosioøkonomisk bakgrunn

Analyser av systematiske helseforskjeller etter etnisk bakgrunn bør om mulig relateres til sosioøkonomisk bakgrunn, siden omfanget av og årsakene til observerte etniske forskjeller har en tendens til å endres med sosial posisjon. Tilsvarende bør etnisk bakgrunn tas hensyn til i analyser av sosiale helseulikheter i land med markert etnisk diskriminering.

Forskjeller i helse mellom geografiske områder bør også analyseres, med tilbørlig hensyn til forskjeller i sosial struktur. Aldersjustert helsetilstand i områder med en relativt homogen befolkning, sosioøkonomisk sett, kan da brukes i stedet for sosioøkonomiske status i studier av helseforskjeller når mål på individuell sosioøkonomisk status, for eksempel personlig yrke eller inntekt, ikke er tilgjengelig.

10. Helsesystemene basert på utjevningsprinsipper

Prinsipper for helseutjevning omfatter følgende.

- Offentlige helsetjenester bør ikke drives for profitt, og pasientene må ikke utnyttes som inntekstkilder.
- Tjenestetilbudet bør baseres på behov, ikke betalingsevne. Dette krever et finansieringssystem for helsetjenester som tar hensyn til helserisiko gjennom

befolkningen, slik at de som tilhører høyrisikogruppene på et gitt tidspunkt subsidieres av dem som er i lavrisikogruppene.

- Alle bør tilbys den samme høye tjenestestandarden uavhengig av sosial posisjon, etnisk tilhørighet, kjønn eller alder.
- Helsetjenesten bør bygge på eksplisitte verdier, og det må påses at samfunnet styrer mot disse målene så effektivt som mulig.

Sammendrag

Sosiale ulikheter i helse er systematiske forskjeller i helsetilstand mellom forskjellige sosioøkonomiske grupper. Slike ulikheter er sosialt frambrakte (og derfor mulig å endre) og urettferdige. I praksis kan alle systematiske helseforskjeller mellom sosioøkonomiske grupper i eurpeiske land betraktes som urettferdige og mulig å unngå, og følgelig som sosiale ulikheter i helse. Denne oppfatningen av urettferdighet er basert på allmenne menneskerettighetsprinsipper.

Tilgjengelig kunnskap peker på omfattende (og økende) sosiale ulikheter i helse i Europa i dag, i hvert fall etter relative mål. Behovet for å treffe tiltak som kan redusere disse ulikhetene og deres bakenforliggende årsaker blir stadig mer presserende som en hovedutfordring for folkehelsen. Det krever en ny måte å tenke på i politikken og dessuten fornyet påpasselighet i overvåkingen av effekter av politikk, slik at ingen grupper i befolkningen ekskluderes eller blir hengende etter.

Stadig flere land i Europa har gått løs på utfordringen med sosiale helseulikheter og utviklingen av de praktiske tiltak som kan iverksettes i det enkelte land for å forbedre situasjonen. Hensikten med dette dokumentet er å bidra til en felles forståelse av begrepene og prinsippene som kan danne grunnlag for tiltak mot helseulikheter.

Strategier for å redusere sosiale ulikheter i helse presenteres i det ledsagende dokumentet «Utjevning, del 2» av Dahlgren og Whitehead (2006).

Referanser

Acheson D et al. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health report*. London, The Stationery Office.

Benach J, Yasui Y (1999). Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53:423–431.

Blane D, Davey Smith G, Bartley M (1993). Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness*, 15:1–15.

British Department of Health (2005). *Tackling health inequalities: status report on the programme for action*. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/76/98/04117698.pdf>, accessed 15 May 2006).

Burström B (2004). Social differentials in the decline of infant mortality in Sweden in the twentieth century: the impact of policies and policy. In: Navarro V, ed. *The political and social contexts of health*. New York, Baywood Publishing Company Inc.

Costa G, Spadea T, Dirindin N (2002). Italy. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge: 229–239.

Dahlgren G (1994). Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare? [Health care markets of the future – winners and losers?]. Stockholm, Bokförlaget Natur och Kultur (in Swedish).

Dahlgren G, Whitehead, M (1992) *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414 (2); [http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf), accessed 15 May 2006).

Dahlgren G, Whitehead M (2006). Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 3).

Daniels N, Kennedy B, Kawachi I (2000). Justice is good for our health. In: Cohen J, Rogers J, eds. *Is inequality bad for our health?* Boston, Beacon Press.

Evans T, Peters F (2001). Ethical dimensions of health equity. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press.

Graham H (2004a). Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy*, 33(1):115–131.

Graham H (2004b). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82:101–124.

Hart JT (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1(7696): 405–412.

Jougla E et al. (2000). Chapitre de: Les inégalités sociales de santé. [Social inequalities in health] In: de Leclerc A et al., eds. *La découverte*. Paris, Inserm (http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/dossiers/sante_environnement/att00000579/12septembre2000.pdf, accessed 15 May 2006) (in French).

Källin W, Müller L, Wytenbach J (2004). *The face of human rights*. Baden, Switzerland, Lars Müller Publishers.

Kunst A, Giskes K, Mackenbach J on behalf of the EU Network on Interventions to Reduce Socio-economic Inequalities in Health (2004). *Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies*. Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus Medical Centre.

Laflamme L (1998). *Social inequality in injury risks: knowledge accumulated and plans for the future*. Stockholm, Karolinska Institute and National Institute of Public Health (Report 1998: 33).

Lee Jong-wook. (2004). *Address by the Director-General to the Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, Tuesday, 18 May 2004*. Geneva, World Health Organization (document number: A57/3).

Leinsalu M, Vagero D, Kunst A (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*, 32(6):1081–1087.

Louckx F (2002). Patient cost sharing and access to care. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge: 188–198.

Lundberg O (1991). Causal explanations for class inequality in health – an empirical analysis. *Social Science & Medicine*, 32(4):385–393.

Mackenbach J (1994). Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research programme. *BMJ*, 309(6967):1487–1491.

Mackenbach JP et al. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge: 25–50.

Marinacci C et al. (2004). The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of north west Italy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(3):199–207.

Marmot M (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing Plc.

Mesrine A. (1999). Les differences de mortalité par milieu social restent fortes [*Differences in mortality according to social class are still important*]. *Données Sociales*, 228–235.

Sen A (2000). *Development as freedom*. New York, Random House, Inc.

Shkolnikov VM, Field MG, Andreev EM (2001). Russia: dimensions of the gender gap in mortality. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press: 138–155.

Valkonen T, Sihvonen A-P, Lahelma E (1994). Disability-free life expectancy by education in Finland. In: Mathers CD, McCallum J, Robine J-M, eds. *Advances in health expectancies. Proceedings of the 7th meeting of the International Network on*

Health Expectancy (REVES), Canberra, February 1994. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare: 160–168.

Van de Water HPA, Boshuizen HC, Perenboom RJM (1996). Health expectancy in the Netherlands 1983–1990. *European Journal of Public Health*, 6:21–28.

Whitehead M (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414; http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD_414.pdf, accessed 16 May 2006).

Whitehead M, Dahlgren G, Evans T (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358(9284):833–836.

Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L (2001). Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press: 308–324.

WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. London, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf, accessed 16 May 2006).

WHO (1978). *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization (Health for all series, No. 1; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>, accessed 16 May 2006).

WHO Regional Office for Europe (2005). *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European health for all series, No. 7; <http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>, accessed 16 May 2006).

Ziglio E et al., eds (2003). *Health systems confront poverty*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Public Health Case Studies Series, No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, accessed 16 May 2006).

Tillegg:

Illustrasjon av forskjellene mellom relative og absolutte mål for sosiale ulikheter i helse

Tabell 1. Absolutte og relative endringer i aldersstandardisert dødelighet (per 100 000) for karsykdommer hos personer under 75 år etter deprivasjonsområde i England, 1995–1997 og 2001–2003

Rater og forskjeller	1995 1997	2001 2003	Endring
Dødelighet for de 20 % mest depriverte lokalsamfunnene (dødelighet per 100 000)	173	129	—
Dødelighet for England totalt (dødelighet per 100 000)	141	103	—
Absolutt forskjell mellom depriverte områder og England totalt (dødelighet per 100 000)	$173-141 =$ 32	$129-103 =$ 26	Reduksjon
Relativ forskjell (forhold) mellom depriverte områder og England som helhet	$173/141 =$ 1,22	$129/103 =$ 1,25	Økning

Kilde: Fra British Department of Health (2005): 32–33.