

Prioritering, styring og likebehandling

Utfordringer i norsk helsetjeneste



Henriette Sinding Aasen, Berit Bringedal,
Kristine Bærøe og Anne-Mette Magnussen (red.)

KAPITTEL 1

Hvorfor er sosiale ulikheter i helse urettferdige?

Gry Wester, postdoktor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Abstract

One of the stated objectives of the Norwegian public health act of 2012 is to reduce the social inequalities in health. However, different scholars disagree about what it is that makes these health inequalities unjust – or what, precisely, is the nature of their moral significance. In this chapter, I first provide an overview of the phenomenon of the social inequalities in health, and present two of the dominant causal theses, the social determinants of health view and the health selection view. I then discuss different accounts of when and why these health inequalities are unjust. I argue that the social inequalities in health are unjust primarily because they represent systematic disadvantage across several domains of well-being, and thus reflect inequalities in overall well-being. This view has some implications for what kinds of policies we ought to promote to reduce the social inequalities in health, and for how the relevant policy outcomes should be conceived and framed. On this view, the primary goal is to reduce inequalities in overall well-being, and thus it broadens the scope of relevant policies, including not only improvements to health in the

worst off groups, but also improvements in other central domains of well-being. In particular, this view will direct us to address the mechanisms and pathways that link disadvantage in one domain of well-being with disadvantage in other domains of well-being.

Innledning

Lov om folkehelsearbeid, eller folkehelseloven,¹ trådte i kraft 1. januar 2012. «Folkehelseloven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller», heter det på Helse- og omsorgsdepartementets nettsider.² Men loven gir ingen begrunnelse for hvorfor sosiale helseforskjeller bør utjevnes. Sosiale helseforskjeller – det vil si helseforskjeller mellom sosio-økonomiske grupper³ – representerer et komplekst og sammensatt fenomen, og det er mulig å gi flere forskjellige forklaringer på hvorfor de er urettferdige. Loven sier heller ikke noe mer om hvilke typer tiltak som bør igangsettes. Spørsmålet om hvilke tiltak som bør igangsettes, er spesielt relevant for problemstillinger knyttet til både tilgang til og likebehandling samt prioritering av helsetjenester. For eksempel har det vært diskutert hvorvidt det bør tas hensyn til hvordan den individuelle pasients sosioøkonomiske status kan påvirke hans eller hennes kapasitet til å dra nytte av behandlingen som gis (Bærøe & Bringedal, 2011; Bringedal & Bærøe, 2016; Hurst 2009). Alternativt kan man også ta utgangspunkt i en videre forståelse av prioritering, som inkluderer

-
- 1 Lov av 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelse (folkehelseloven). Se: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
 - 2 <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
 - 3 Folkehelseinstituttet (2015). Definisjoner: sosial ulikhet i helse. Se: <https://www.fhi.no/hn/ulikhet/sosial-ulikhet-i-helse/>

tiltak utenfor helsetjenesten. Det er viktig å klargjøre hvordan man begrunner at helseforskjeller er urettferdige, ettersom dette kan ha implikasjoner for hvilke tiltak man bør igangsette. Dette kapitlet vil bidra til en klargjøring av hvorfor sosiale ulikheter i helse er urettferdige.

I dette kapitlet presenteres først litt bakgrunnsinformasjon om ulikheter i helse generelt, og sosiale ulikheter i helse spesielt. Deretter gis en oversikt over noen av de sentrale årsaksforklaringene for de sosiale ulikhetene i helse. Til slutt vil jeg diskutere ulike forklaringer på hvorfor disse ulikhetene er urettferdige. Jeg vil argumentere for at disse ulikhetene er urettferdige, ikke fordi ulikheter i helse er moralsk verre enn andre typer ulikheter, men snarere fordi ulikhetene i helse mellom sosio-økonomiske grupper representerer hva vi kan kalle systematisk eller sammensatt ulikhet over flere velferdskomponenter. Dette synet på ulikhet i helse har blitt fremsatt av Daniel Hausman, og jeg vil her presentere ytterligere argumenter til støtte for denne tilnærmingen. Jeg diskuterer også hvilke implikasjoner dette synet har for hvilke typer tiltak vi bør prioritere for å utbedre slik urettferdighet. Hvis helse anses å ha tilnærmet lik betydning som andre velferdskomponenter, vil man i noen grad ha andre målsettinger for utbedrende tiltak enn om helse betraktes som et spesielt viktig gode. Det gir oss et grunnlag både for å gjøre en mer nyansert vurdering av forskjellige former for helseforbedrende tiltak og å utvide spekteret av mulige relevante tiltak.

Hva er ulikheter i helse?

Ulikheter i helse, eller helseforskjeller, er et begrep som naturlig nok viser til en ulik fordeling av helse. Men både «helse» og «ulikhet» kan defineres og måles på flere forskjellige måter, og dermed er det mange forskjellige fenomener som kan karakteriseres som ulikhet

i helse. For eksempel, dersom en rockestjerne lever et kortere liv enn en ikke-rockestjerne, idrettsutøvere har flere kneskader eller slitasjeskader enn dem som ikke er idrettsutøvere, en eldre person har hjerteflimmer, mens en yngre person ikke har det, kan alle disse tilfellene i prinsippet beskrives som ulike tilfeller av helseforskjeller. Men ikke alle slike tenkelige helseforskjeller er interessante i et likhets- eller rettferdighetsperspektiv. Når vi snakker om ulikheter i helse, tenker vi vanligvis på helse på befolkningsnivå. Da ser man gjerne på helse i et livsløpsperspektiv, altså total helse over et helt liv, heller enn helse på et gitt tidspunkt eller i en gitt fase av livet (Asada, 2007). Man bruker også gjerne relativt grovkornede mål på helse, som dødelighet eller forventet levealder, eller i noen tilfeller såkalt «kvalitetsjustert» forventet levealder, som viser antall år man kan forvente å leve i god helse, fri for sykdom, skade eller svekket funksjonsevne. Det er også vanlig å måle ulikheter i helse som ulikheter i forekomst av kjente sykdommer eller dødsårsaker.

Når man snakker om ulikheter i helse, må det også klargjøres hvem sin helse det er som sammenlignes. Ulikhet i helse kan konseptualiseres og måles som ulikheter mellom individer (såkalt univariat måling) eller ulikheter mellom grupper (såkalt bivariat måling). Asada (2013) har foreslått en metode for å kombinere den univariate og den bivariate målemetoden, men denne metoden er foreløpig ikke ferdig utviklet. Både graden av ulikhet og type ulikhetsmønster varierer avhengig av hvilken målingsmetode som benyttes, og de to metodene har forskjellige normative implikasjoner (se Asada, 2007). For eksempel vil den univariate målingen vise total mengde ulikhet i en befolkning, og den er dermed egnet til å sammenligne hvor store helseulikhetene er i forskjellige land (se f.eks. Gakidou, Christopher & Frenk, 2000; Murray, Gakidou & Frenk, 1999; WHO, 2000). Den bivariate målingen, derimot, viser hvordan helse varierer i forhold til en annen gruppeattributt eller -variabel. Det vil si at man deler en gitt befolkning

inn i grupper etter en variabel X – for eksempel kjønn, inntekt, geografisk region, yrkesklasse eller etnisitet – og sammenligner gjennomsnittlig helse for hver gruppe. Slik kan man se om menn har bedre eller dårligere helse enn kvinner, eller om helsa er bedre i urbane eller rurale områder. Sosioøkonomiske ulikheter i helse, som vi straks skal komme tilbake til, er også et eksempel på en slik bivariat helseforskjell.

Den bivariante målingen gjengir gjennomsnittlig helse innad i hver gruppekategori – det vil si at ulikheter mellom individer innad i en gruppe ikke er synlige. Disse ulikhetene kan være betydelige (Asada, 2007). Valget mellom de forskjellige målemetodene konfronterer oss med spørsmålet om hvilke typer helseulikheter som er relevante fra et rettferdighetsperspektiv. Ulike teoretiske tilnærminger har forskjellig svar på hvilke ulikheter i helse som kan sies å være urettferdige. Dette kommer jeg tilbake til i del 5.

I dette kapitlet skal vi først og fremst fokusere på sosiale ulikheter i helse. Det er den typen ulikhet i helse som hittil har fått mest oppmerksomhet i diskusjoner om ulikhet i helse.

Sosiale ulikheter i helse

«Sosioøkonomisk klasse» kan defineres og måles på forskjellige måter. Vanligvis bruker man enten yrkesklasse, inntekt eller utdanning, eller en kombinasjon av disse, som kriterium for hvilken sosioøkonomisk klasse en person tilhører (Asada, 2007). Etnisitet eller fødeland kan også brukes som mål på sosioøkonomisk klasse, men har ikke vært mye brukt i Norge (men se Ljunggren, 2017). Hver av disse byr på ulike problemer for klassifisering (se Folkehelseinstituttet, 2015), men de gir likevel en brukbar antydning om en persons sosioøkonomiske plassering (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Helse fordeler seg slik at jo høyere sosioøkonomisk klasse, jo bedre helse, og dess lavere klasse, dess dårligere helse. Dette

mønsteret reflekterer dessuten ikke bare en forskjell mellom fattig og rik, eller mellom høyt utdannede og lavt utdannede, men snarere en gradient, det vil si en gradvis forbedring av helse etter som man forflytter seg oppover i det sosiale hierarkiet.

Dette mønsteret kommer til syne for en rekke typiske måter å måle helse på, inkludert dødelighet, forventet levealder, kvalitetsjustert levealder og forekomst av sykdom. Jo lavere sosioøkonomisk klasse, jo høyere forekomst av nær sagt alle kjente sykdommer, skader og plager, inkludert hjerte- og karsykdom, slag, lungesykdommer, kreft eller ulykker.

Mønsteret er videre godt dokumentert i nær sagt alle vestlige, industrialiserte land. Hvor store disse ulikhetene er, varierer noe fra land til land. Hvis vi ser på forventet levealder, finner vi gjennomsnittlige ulikheter på tre-sju år (Mackenbach & Bakker, 2002). Men det er også dokumentert lommer med mye mer ekstreme ulikheter, som for eksempel i Glasgow i Skottland. Her finner vi en ulikhet på hele 28 år: Forventet levealder blant menn i den fattigste bydelen er 54 år, mens den blant menn i en av de mest velstående bydelene bare 20 km unna er 82 år (Marmot, 2010). Hvis vi ser på kvalitetsjustert levealder, er de gjennomsnittlige ulikhetene mye større, som regel over ti år (Mackenbach & Bakker, 2002).

Sosiale ulikheter i helse er også godt dokumentert i Norge, uavhengig av om sosioøkonomisk klasse er målt som inntekt, utdanning eller yrkesklasse (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014). Gjennomsnittlig forventet levealder for kvinner og menn med lengst utdanning er seks-sju år høyere enn for kvinner og menn med kortest utdanning (Folkehelseinstituttet, 2016). Vi finner også en høyere andel både av selvrapportert dårlig helse samt muskel- og skjelettsykdommer og psykiske plager hos lavt utdannede grupper sammenlignet med høyt utdannede grupper (Kurtze, Eikemo & Kamphuis, 2013; Dahl mfl., 2014). Kunnskapsrapporten fremstilt av Dahl med flere (2014) viser også en opphopning av dårlig

helse og dårlige levekår hos enkelte utsatte grupper, for eksempel sosialhjelpsmottakere. Helseforskjellene kan ses i alle livets faser, men øker hos voksne, før de igjen avtar blant eldre. Videre er det generelle bildet av utviklingen av helseforskjeller over tid i Norge at de sosiale ulikhetene i dødelighet har økt frem mot 2010, selv om denne tendensen har flatet ut etter 2000 (Dahl mfl., 2014).

Kanskje overraskende er helseforskjellene i Norge og Norden blant de største i Europa (Mackenbach, Kulhanova, Artnik, Bopp mfl., 2016). Dette omtales ofte som et paradoks, da både Norge og Norden har velutviklede velferdssystemer og relativt lav ulikhet i inntekt og levekår sammenlignet med de andre europeiske landene, noe man kunne forvente skulle føre til mindre helseforskjeller (Dahl mfl., 2014).

Hva er årsakene til sosiale ulikheter i helse?

Forskjellige teorier har blitt foreslått for å forklare de ulikhetene vi ser, og det foreligger noe uenighet om hva som faktisk er årsakene. Spesielt gjelder uenigheten hva som er det egentlige forholdet mellom sosio-økonomiske forhold og helse. På den ene siden har vi såkalte sosiale årsaksforklaringer. Disse er ofte assosiert med Michael Marmot, som er en autoritet på helseforskjeller i England. Han argumenterer for at helseforskjeller er et produkt av sosiale og økonomiske samfunnsforhold. Men mange økonomer, blant annet nobelprisvinner i økonomi Angus Deaton, er skeptiske til en slik konklusjon og argumenterer for at helseforskjeller i stor grad er et produkt av sosial seleksjon. Vi skal her kort gå gjennom disse to ulike forklaringene på helseforskjeller i litt mer detalj.

Sosiale helsedeterminanter

Den sosiale årsaksforklaringsmodellen omfatter et spekter av årsaksforklaringer som vanligvis presenteres sammen. Disse

refereres som regel til som «sosiale helsedeterminanter». Mer generelt kan vi skille mellom materielle og psykososiale faktorer innenfor denne forklaringsmodellen.

Materielle faktorer viser til forskjellige aspekter av det materielle miljøet som påvirker helse direkte. Absolutt fattigdom eller materiell deprivasjon innebærer at grunnleggende biologiske behov for mat, rent vann, klær, og husly ikke er dekket. Det kan også innebære dårlige sanitære forhold og mangel på tilgang til grunnleggende helsetjenester. Slike forhold er ikke spesielt utbredt i moderne, velstående land som Norge, og det er ikke noen viktig årsak til sykdom og tidlig død her. Men slike faktorer er ikke nødvendigvis totalt fraværende i velstående land heller – for eksempel kan de være gjeldende for spesielt utsatte eller marginaliserte grupper, som hjemløse eller papirløse flyktninger. Det kan også forekomme lommer med alvorlig fattigdom og deprivasjon selv i velstående land, som i England, der det er kjent at enkelte grupper lever på sosialhjelp under fattigdomsgrensa (Marmot, 2010).

Arbeidsforhold er en annen viktig materiell årsaksforklaring. Vi kan skille mellom tre typer materielle helse- og risikofaktorer som kan forekomme på arbeidsplassen: fysiske risikoer (ubeskyttet maskineri, støy, vibrasjoner, stråling), kjemiske risikoer (luftforurensning, giftige gasser, røyk) og ergonomiske risikoer (repetitive bevegelser og hardt fysisk arbeid) (Benach, Muntaner, Solar, Santana mfl., 2009). Slike risikoer forekommer i mye større grad i lavere yrkesklasser og antas å kunne forklare noe av helsegradienten (Benach mfl., 2009).

Kvaliteten på nabolaget der man bor, kan også påvirke helsa. Jo fattigere et nabolag er, jo høyere forekomst av flere direkte helse- og risikofaktorer: høyere konsentrasjon av luftforurensning, mer støy, mer trafikk (som øker risikoen for trafikkulykker), høyere forekomst av kriminalitet og mangel på grønne lunger (Marmot, 2010; SSB, 2012; WHO, 2011).

Psykososiale helsedeterminanter påvirker helse gjennom stressmekanismer. Stress, og særlig kronisk stress, antas å påvirke immunsystemet negativt, slik at det fungerer mindre effektivt. Dermed er kroppen mer sårbar for infeksjoner og sykdom. Det er en rekke sosiale og materielle faktorer som kan gi økt stress. Lavere sosioøkonomiske klasser antas å være utsatt for faktorer som forårsaker kronisk stress i mye større grad, og det er dermed sannsynlig at disse kan forklare noe av den sosialt betingede helsegradienten.

Den kanskje viktigste faktoren er materiell usikkerhet. Å ha lav inntekt, selv når den er tilstrekkelig til å dekke grunnleggende behov, og å stadig måtte slite for å få endene til å møtes, er en sannsynlig kilde til stress, også kronisk stress (Marmot, 2004). Jobbusikkerhet er også en kjent helserisiko: Arbeidsledighet er blant annet assosiert med økt dødelighet og økt risiko for hjerte- og karsykdom, depresjon og selvmord (Marmot, 2010). Lav jobbstabilitet er også assosiert med dårligere fysisk og mental helse (Marmot, 2010). Dette er en spesielt relevant faktor i dag gitt en økende tendens mot flere midlertidige og deltidsstillinger, inkludert såkalte nulltimerskontrakter, samt spredning av den digitale, app-baserte økonomien («gig economy» eller deleøkonomi på norsk), med lavere jobbsikkerhet og færre rettigheter (Standing, 2011). Generelt sett har arbeidere med lavere utdanningsnivå og lavere kvalifikasjoner høyere sjanse for å oppleve perioder med arbeidsledighet og lavere jobbsikkerhet (Marmot, 2010). Det psykososiale arbeidsmiljøet er også i noen grad en mulig forklaringsfaktor. Ifølge «demand-control»-modellen kan for eksempel en kombinasjon av «high demand» (stress forårsaket av stor arbeidsbyrde) og «low control» (liten grad av kontroll og beslutningsfrihet) gi høyere risiko for hjerte- og karsykdom (Karasek & Theorell, 1991). Det er betydelig empirisk evidens for denne hypotesen, og kombinasjonen av stor arbeidsbyrde og lav kontroll er i noen grad mer forekommende i lavere yrkesgrupper (Siegrist, Benach, McKinght, Goldblatt mfl., 2009).

Enkelte har argumentert for at relativ fattigdom kan bidra til dårligere helse (Marmot, 2004; Wilkinson & Pickett, 2010). Relativ fattigdom defineres som at man er fattig i forhold til majoriteten av befolkningen i samfunnet man lever i, til tross for at grunnleggende materielle behov er dekket. I Norge ligger grensen for relativ fattigdom på 60 prosent av medianinntekten.⁴ Relativ fattigdom innebærer ofte sosial eksklusjon, fordi man ikke har midler og ressurser til å ta del i ordinære sosiale forpliktelser og arenaer i samfunnet man lever i (Marmot, 2004). Som kjent har den skotske økonomen og filosofen Adam Smith fremmet ideen om at livets nødvendigheter ikke bare må omfatte goder som strengt tatt er nødvendige for overlevelse, men også slike goder som sørger for at man kan opptre i offentligheten uten skam, hvilket blant annet inkluderer passende bekledning (en linskjorte, på hans egen tid) (Smith, 1976 [1776]). Mangel på «vanlige» goder som vaskemaskin, mobiltelefon eller datamaskin og utilstrekkelig inntekt til å invitere venner, ha en hobby eller reise på ferie kan gi følelser av skam, engstelse og mindreverd (Marmot, 2004; Wilkinson & Pickett, 2010). Det er likevel uklart akkurat hvordan og i hvor stor grad slike fenomener kan gi dårligere helse, og denne typen årsaksforklaring er mye mer kontroversiell sammenlignet med de materielle årsaksforklaringene (se f.eks. Lynch, Smith, Harper & Hillemeier, 2004).

Sosial seleksjon

Tilhengere av sosial seleksjon-forklaringsmodellen er skeptiske til den påståtte årsakssammenhengen mellom ulikheter i inntekt og ulikheter i helse. Litt forenklet kan vi si at denne modellen hevder at årsakssammenhengen stort sett går i motsatt retning, det vil si at det er dårlig helse som fører til lav inntekt, snarere enn omvendt.

4 FN-sambandet (2017): <http://www.fn.no/Tema/Fattigdom/Hva-er-fattigdom>

For eksempel vil den kjente sammenhengen mellom arbeidsledighet og dårlig helse forklares av at dårlig helse fører til arbeidsledighet, ved at man til sist kan miste jobben som følge av sykdom og fravær. Sammenhengen mellom dårlig helse og lav inntekt kan også forklares av at dårlig helse vil føre til tidlig pensjon, hvilket igjen vil føre til lavere total inntekt (Case & Deaton, 2003).

Angus Deaton, som er en fremtredende tilhenger av sosial seleksjon-modellen, legger stor vekt på utdanning og argumenterer for at de høyere sosioøkonomiske klassenes bedre helse i stor grad kan forklares av deres høyere utdannings- og kunnskapsnivå (Deaton, 2013, 2015). Kunnskap i seg selv har en positiv effekt på helse, mener Deaton, fordi kunnskap gjør folk i stand til å ta vare på seg selv, til å bruke helsesystemet til sin fordel og dessuten til raskt å tilegne seg informasjon og adoptere helsefremmende adferd etter hvert som ny kunnskap blir tilgjengelig. Det finnes betydelig empirisk støtte for at utdanning kan ha en direkte positiv effekt på helse (Cutler, Deaton & Lleras-Muney, 2011). Deaton er dessuten opptatt av hvordan foreldrenes utdannings- og inntektsnivå påvirker barnas helse. Barn av foreldre med lav utdanning har dårligere helse ved fødselen enn barn av foreldre med høy utdanning, og foreldrenes lavere inntekt påvirker også negativt barnas helse gjennom for eksempel dårligere ernæring. Dette har negative følger for barnas kognitive utvikling, læring og skolegang, som vil akkumulere over tid. På lengre sikt vil disse barna vanligvis oppnå lavere utdanningsnivå, som igjen fører til lavere inntekt. Til tross for at Deaton skisserer noen andre årsaksmekanismer enn det tilhenger av den sosiale årsaksforklaringsmodellen fokuserer på, er det likevel en del overlapp mellom de policy-tiltakene de to partene anbefaler. Å forbedre barns helse, mener Deaton, er det langt viktigste tiltaket vi kan sette i gang, blant annet ved å bekjempe fattigdom i barnefamilier. Nettopp dette tiltaket har også blitt fremhevet både i Black-rapporten, en av de tidlige og viktigste rapportene

om sosiale ulikheter som har blitt utgitt (Black, Morris, Smith & Townsend, 1980), og i den mer nylige utkomne *Marmot review* (Marmot, 2010). Derimot er Deaton og andre som deler hans syn, sterkt uenig i at omfordeling av inntekt i seg selv vil ha noen effekt på ulikheter i helse.

Andre faktorer

Andre sentrale årsaksforklaringer foruten disse to hovedmodellene inkluderer individuell livsstil og tilgang til helsetjenester. Individuell adferd som har betydning for helse, inkluderer kosthold, mosjon og forbruk av tobakk og alkohol (Folkehelseinstituttet, 2016). Generelt sett ser vi en sosial gradient i usunn adferd, med høyere tendens til usunt kosthold, røyking og lite mosjon blant lavere sosioøkonomiske klasser, og det synes dermed svært sannsynlig at disse faktorene forklarer noe av helsegradienten. Forbruk av alkohol følger imidlertid ikke det samme mønsteret, men det er noe større andel av alkoholmisbruk og avhengighet blant lavere sosioøkonomiske klasser (Folkehelseinstituttet, 2009; Helsedirektoratet, 2016). Det er generelt store ulikheter mellom prevalensen av røyking mellom de sosioøkonomiske klassene, og ettersom røyking er svært skadelig for helse, antas denne adferden å ha stor betydning for helsegradienten (Mackenbach, Stirbu, Roskam, Schaap mfl., 2008). Det er likevel vanskelig å fastslå akkurat hvor mye av helsegradienten slike faktorer kan forklare, og her er det uenighet. Mange anser også livsstilsfaktorer som en sosial årsaksforklaring, i og med at bruk av tobakk og alkohol, kosthold og mosjon også i betydelig grad påvirkes av sosioøkonomiske forhold, for eksempel i hvor stor grad man har anledning, tid eller råd til å trene eller spise sunt (Marmot, 2010). Ikke minst høyere prevalens av røyking i lavere sosioøkonomiske klasser kan delvis skyldes at røyking brukes som en strategi for å takle en hverdag under press for å få endene til å møtes, spesielt blant kvinner (Graham, 1987).

Det er også mye som tyder på at ulikheter i bruk av helsetjenester kan forklare noe av helsegradienten. Selv om det i prinsippet er lik tilgang til helsetjenester i de fleste europeiske land der de sosiale helseforskjellene har blitt studert, er det flere studier som viser at de høyere sosioøkonomiske klasser i større grad benytter seg av det tilgjengelige helsetilbudet (van Doorslaer, Koolman & Jones, 2004; van Doorslaer, Wagstaff, van der Burg, Christiansen mfl., 2000). Dette gjelder spesielt bruk av spesialisthelsetjenester, der man finner de største ulikhetene i bruk av tjenester (Stirbu, Kunst, Mielck & Mackenbach, 2011; van Doorslaer, Masseria & Koolman, 2006). Dette er også godt dokumentert i Norge (Vikum, Krokstad & Westin, 2012).

Det er en viss enighet om at alle disse faktorene beskrevet hittil spiller inn og bidrar til de sosiale helseforskjellene, så uenigheten som foreligger, gjelder snarere hvordan de forskjellige faktorene vektlegges, eller hvilke faktorer og årsaksmekanismer som har størst betydning. Denne uenigheten lar seg vanskelig oppklare på gjeldende tidspunkt. En nylig metastudie kunne ikke avgjøre om det er bedre støtte for den ene eller den andre modellen (Kröger, Pakpahan & Hoffmann, 2015). En vanskelighet er at de samme dataene samsvarer med forskjellige tolkninger av kausal retning (se Marmot, 2013; Case & Paxson, 2008). Det er simpelthen svært utfordrende å fastslå med sikkerhet hva de langsiktige årsakene er.

Hvorfor er helseforskjeller urettferdige?

Forskjellige teoretikere gir forskjellig svar på hvilke helseforskjeller som er urettferdige, og hvorfor de er det. Jeg gir her en kort oversikt over noen forskjellige tilnæringsmåter til disse spørsmålene.

Fra et rettferdighetsteoretisk perspektiv må man ta stilling til hvordan rettferdig fordeling av helse relateres til rettferdighetsteori mer generelt. Rettferdighetsteorier i dag er gjerne pluralistiske,

hvilket vil si at begrepet rettferdig fordeling dreier seg om fordelingen av mer enn ett gode – for eksempel helse, inntekt, utdanning, status og sosialt nettverk. Et viktig spørsmål blir dermed hva forholdet er mellom rettferdig fordeling av helse og rettferdig fordeling av andre goder vi også er opptatt av. Filosofen Fabienne Peter (2004) har skilt mellom det hun kaller «direkte» og «indirekte» tilnærminger til rettferdig fordeling av helse, ut fra hvordan de relaterer rettferdig fordeling i helse til rettferdig fordeling av andre goder. Ved en såkalt **direkte** tilnærming kan en fordeling av helse «i seg selv» være rettferdig eller urettferdig – det vil si sett i isolasjon fra eller uavhengig av hvordan andre viktige sosiale goder, som inntekt, er fordelt. Med andre ord kan en univariat måling av helseulikhet, som altså bare viser fordelingen av helse, vurderes som rettferdig eller urettferdig. En slik tilnærming er ofte motivert av et underliggende syn om at helse er et spesielt viktig gode. Det kan innebære at ulikheter i helse muligens er moralsk mer problematisk enn ulikheter i fordelingen av andre typer goder, som inntekt, og at vi bør akseptere mindre grad av ulikhet i denne fordelingen enn i fordelingen av andre goder, og gjøre mer for å jevne ut ulikheter i helse enn andre typer ulikheter (Anand, 2002).

Ved en **indirekte** tilnærming sammenlignes derimot rettferdig fordeling i helse i større grad med rettferdig fordeling generelt sett. Hvorvidt en gitt fordeling av helse er rettferdig eller ikke, er i mye større grad avhengig av hvordan andre relevante goder i samfunnet er fordelt. Derfor er også en bivariat måling av helse mye mer relevant etter denne tilnærmingen, fordi den viser hvordan fordelingen av helse varierer i forhold til fordelingen av andre goder, som inntekt eller utdanning. Dessuten er det større sannsynlighet for at bivariat ulikhet skyldes systematiske og kanskje sosiale årsaker – det er liten sjanse for at ulikheter mellom grupper reflekterer tilfeldige mønstre. Vi kan ytterligere skille mellom to versjoner av en slik tilnærming, fremsatt av henholdsvis Norman Daniels (2008) og Daniel Hausman (2007, 2013).

Norman Daniels' syn kan oppsummeres med at hvorvidt en gitt fordeling av helse er rettferdig eller ei, avhenger av våre sosiale institusjoner. Dersom våre sosiale institusjoner og deres tilhørende prinsipper for fordeling er rettferdige, vil også den fordelingen av helse vi finner i et slikt samfunn, være rettferdig. Daniels presenterer dette synet som en videreutvikling av John Rawls' teori om rettferdig fordeling (Rawls, 1971). Selv om Rawls opprinnelig satte spørsmålet om helse til side, argumenterer Daniels for at Rawls' opprinnelige prinsipper for rettferdig fordeling faktisk gir oss et svar på hva som er en rettferdig fordeling av de sosiale helse-determinantene (Daniels, Kennedy & Kawachi, 2004; Daniels, 2008). Ut fra en litt forenklet oppsummering av Daniels' syn kan vi si at når inntekt og andre sentrale sosiale ressurser er fordelt i tråd med Rawls' prinsipper, vil den resulterende fordelingen av helse også være rettferdig. Det er riktignok vanskelig å si nøyaktig hvordan en slik fordeling vil se ut, men det er rimelig å anta at Rawls' prinsipper gir langt mindre ulikhet i inntekt enn vi kan se i de fleste samfunn i dag. Hvis ordinære sosiale ressurser er rettferdig fordelt i et samfunn, vil forekomsten av helseulikhet heller ikke være urettferdig, etter Daniels' syn.

Daniel Hausman har et litt annet syn. Hausman er opptatt av fordelingen av det han kaller «overall well-being» (2007, 2013). «Well-being» eller velferd forstås her bredt, som «hvor godt stilt» folk er, eller hvor gode livsmuligheter de har. Den grunnleggende ideen her er at velferd består av flere komponenter, eller sagt på en litt annen måte avhenger velferd av flere forskjellige goder. Disse komponentene eller godene omfatter blant annet helse, inntekt, utdanning, sosiale nettverk og status. Ifølge Hausmans perspektiv gis ikke helse noen særstilling i forhold til andre viktige goder. Selv om helse er en svært viktig del av vår totale velferd, er helse likevel bare ett av flere elementer som alle er viktige for et godt liv. Videre argumenterer Hausman for at disse forskjellige

velferdskomponentene i noen grad kan erstatte hverandre. Det vil si at å ha mer av en komponent kan delvis eller helt kompensere for at man har mindre av en annen komponent: Ulikheter i forskjellige goder kan i noen grad utjevne hverandre. Ulikhet i fordelingen av enkeltkomponenter har liten eller ingen betydning så lenge det er noenlunde likhet (eller ikke for stor ulikhet) «totalt sett», altså gitt fordelingen av alle velferdskomponentene sett under ett («overall well-being»). Her kan man også se noen likheter med Amartya Sens capability approach og ideen om at individets totale kapabilitetssett (eller mulighetssett) er det beste målet på individets velferd (se Bringedal & Bærøe, 2016 for ytterligere diskusjon). I henhold til dette synet foreligger det altså ikke spesifikke krav til hvordan komponentene skal fordeles hver for seg: Det vil si at man er ikke så opptatt av fordelingen av hver av disse godene isolert sett. Unntaket er mer ekstreme mangler på et gode. Jo mindre man har av et gitt gode, jo mer sannsynlig er det at denne mangelen kan oppveies av mer av et annet gode, og mangelen på dette ene godet vil dermed i større grad reflektere lav «overall» eller total velferd (se Hausman, 2007). Fordelingen av ett av disse godene isolert fra de andre godene, er ikke «i seg selv» rettferdig eller urettferdig. Fordelingen av enkeltkomponenter er bare urettferdige i den grad, og fordi, de reflekterer ulikheter i helhetlig velferd.

De sosiale ulikhetene i helse er et godt eksempel på en type ulikhet som reflekterer ulikheter i helhetlig velferd, etter Hausmans syn. Sosioøkonomisk klasse anses som en god indikator for «livsmuligheter» eller helhetlig velferd, og naturlig nok er dette i enda større grad tilfelle når sosioøkonomisk klasse kombineres med helse. Det vil si at en person med både lav sosioøkonomisk klasse og dårlig helse kan antas å ha nokså dårlige muligheter for et godt liv. De sosiale ulikhetene i helse representerer med andre ord en systematisk ulikhet, eller systematisk deprivasjon: det å være dårlig stilt når det gjelder flere sentrale enkeltkomponenter av helhetlig

velferd. Deaton (2002) hevder også et slikt syn og understreker at individuell velferd ikke kan reduseres til verken inntekt eller helse alene, men avhenger av begge, og at den sosiale helsegradienten er et onde nettopp fordi den viser at de som har dårligst helse, også er de som har lavest inntekt og materiell sikkerhet.

Sammenlignet med Daniels' syn omfatter Hausmans syn et bredere spekter av sosiale ulikheter som potensielt urettferdige. Hausmans teori er mer konsekvensialistisk orientert, i den forstand at årsakene til ulikheter i helse ikke spiller like stor rolle for å avgjøre om disse ulikhetene er urettferdige. For Hausman spiller det ikke noen rolle om det er lav inntekt som forårsaker dårlig helse, eller omvendt. I begge tilfeller er utfallet, lav inntekt i kombinasjon med dårlig helse, urettferdig, fordi det reflekterer en ulikhet i helhetlig velferd. For å si det på en annen måte er både sosiale årsaksforklaringer og sosial seleksjon like relevant. Daniels på sin side er i all hovedsak opptatt av de sosiale helsedeterminantene, og han vurderer fordelingen av helse på bakgrunn av hvorvidt de sosiale helsedeterminantene er rettferdig fordelt. Men, det har altså vist seg vanskelig å fastslå med sikkerhet hva det eksakte årsaksforholdet mellom inntekt og helse er – det vil si i hvor stor grad de sosiale helseforskjellene er et resultat av at inntekt påvirker helse, eller at helse påvirker inntekt. Derfor kan det synes noe problematisk å anta, som Daniels gjør, at de sosiale ulikhetene i helse nødvendigvis vil reduseres til et akseptabelt nivå dersom vi kan oppnå en mye likere fordeling av inntekt.

Hvilke tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse bør vi prioritere?

Jeg vil her argumentere for at Hausmans svar på hvorfor sosiale ulikheter i helse er urettferdige, er det beste utgangspunktet for å utforme og rangere tiltak for å redusere disse ulikhetene.

Målsettingen vår burde være å forbedre livsvilkårene for de gruppene som har et betydelig dårligere utgangspunkt for å leve et godt liv, og vi bør strebe etter å oppfylle denne målsettingen ved å fokusere på hvordan og på hvilke områder vi kan oppnå mest mulig, snarere enn å begrense oss til å bare fokusere på forbedring av helse.

Mange vil kanskje motsette seg en slik tankegang, på bakgrunn av at de anser helse som et spesielt viktig gode, kanskje det viktigste, i livet. Helse er naturligvis en absolutt betingelse for et godt liv i den forstand at et minimalt nivå av helse er nødvendig for å leve. Men helse er et komplekst og mangefasettert gode, og utover denne observasjonen er det ikke nødvendigvis åpenbart at helse er viktigere enn alle andre goder for et godt liv, og det følger ikke nødvendigvis at vi som samfunn bør bruke mer ressurser på helse enn på andre sosiale goder.

Helse er viktig for våre muligheter til å delta i ordinære menneskelige aktiviteter. Sykdom og helseproblemer kan innebære forskjellige former for funksjonstap som kan forhindre oss i å utføre normale gjøremål eller forfølge planer og prosjekter. Men mange andre goder har også stor påvirkning på hvilke muligheter vi har i livet, blant annet inntekt og utdanning. Hausman argumenterer for at inntekt på mange måter har større innflytelse på ens helhetlige velferd enn helse, generelt sett. Inntekt kan blant annet skaffe en tilgang til fordeler innenfor mange andre velferdsgoder, som utdanning, sosial status, (effektive) rettigheter og makt. Selv om dårlig helse kan være et hinder for å få tilgang til noen av disse godene, gir ikke god helse bedre tilgang på samme måte som inntekt; helse kan ikke på samme måte som inntekt «byttes inn» i andre type fordeler. På den annen side kan noen helseproblemer være spesielt begrensende. Spesielt helseproblemer som forhindrer en fra å ha jobb, er begrensende, da dette også fører til at man ender opp med relativt lav inntekt, som ytterligere begrenser ens muligheter.

Slike helseproblemer fører dermed til en akkumulering av dårligere muligheter.

Dette er et svært komplekst spørsmål, og det er kanskje ikke mulig å fastslå hvilket gode som har størst påvirkning på våre livsmuligheter. Og naturligvis avhenger det også i stor grad av hva slags samfunn man lever i. For eksempel er lav inntekt mindre begrensende for helhetlig velferd og livsmuligheter i et samfunn med mange offentlige velferdsgoder. Og på samme måte er det å ha en funksjonshemming mye mindre begrensende i et samfunn der det i stor grad er lagt til rette for funksjonshemmede menneskers behov. Men nettopp fordi det kan være vanskelig å si hvilket gode som er viktigst, synes det hensiktsmessig å ta et mer helhetlig syn. Ved å se på fordelingen av flere goder sammen har vi et mye bedre utgangspunkt for å vurdere folks livsmuligheter.

Ved første øyekast er det kanskje ikke noen opplagte og betydelige forskjeller mellom de tiltakene mot sosiale ulikheter i helse de ulike teoretiske rammeverkene vi har sett på, anbefaler. Ut fra den direkte tilnærmingen, der helse anses som et spesielt viktig gode og fordelingen av helse er det aller viktigste, må tiltak likevel rette seg mot andre faktorer som påvirker helse, da helse naturligvis ikke kan «omfordeles» ved å ta helse fra den som har mest, og gi til den som har minst. Det er da hensiktsmessig å rette seg mot de sosiale helse-determinantene, spesielt materiell fattigdom, tilgang til sosiale tjenester, arbeids- og levevilkår, og tilgang til helsetjenester og generelle folkehelse-tiltak. Disse tiltakene sammenfaller for det første i stor grad med Daniels' rammeverk, fordi de gjelder en type sosiale ressurser hvis fordeling dekkes av Rawls' prinsipper. For det andre vil tiltak som fattigdomsbekjempelse og forbedring av arbeids- og levevilkår ikke bare potensielt ha en positiv effekt på helse for de relevante gruppene, men også representere en forbedring ut fra et mer generelt velferdsperspektiv. Derfor kan slike tiltak også gis støtte ut fra Hausmans teoretiske ståsted og vekt på ulikhet

i helhetlig velferd. Med andre ord synes det å være stor enighet mellom de ulike teoretiske rammeverkene om hvilke tiltak vi bør igangsette for å utjevne de sosiale helseforskjellene.

Det er likevel noen forskjeller mellom de ulike teoretiske tilnærmingene som vi bør merke oss. Det første punktet gjelder hvordan vi definerer og måler hvor godt vi har lyktes med tiltakene våre. I en kommentar i *The Lancet* diskuterer Johan Mackenbach en rekke strategier som har blitt anvendt i England for å redusere sosiale ulikheter der (Mackenbach, 2010). Han observerer at selv om mange av de individuelle målsettingene har blitt helt eller delvis oppfylt, som for eksempel reduksjon i forekomst av barnefattigdom, tiltak for forbedring av omsorg og skole for barn og utbedring av primærhelsetjenester i dårlig stilte bydeler, har de foreløpig ikke gitt den ønskede reduksjonen av helseforskjeller. Ut fra den direkte tilnærmingen har disse tiltakene ikke lyktes. Men ut fra Hausmans helhetlige velferdsperspektiv er det ingen spesiell grunn til å bare fokusere på tiltakenes helseeffekt. Den sentrale målsettingen er å redusere ulikhet i helhetlig velferd, noe som like fullt kan oppnås ved å utjevne fordelingen av noen av de andre komponentene eller godene som inngår i helhetlig velferd. Hausmans perspektiv gir oss altså et bredere grunnlag for å vurdere forskjellige tiltaks effekt: De bør evalueres ikke bare på bakgrunn av hvor effektive de er til å redusere helseforskjeller (noe vi fortsatt mangler god evidens på), men snarere ut fra *hvor stor* effekt de har på forbedring av helhetlig velferd for de dårligst stilte. Med andre ord bør vi ikke begrense oss til bare å vurdere eventuelle forbedringer av helse hos de lavere sosio-økonomiske gruppene, men også ta med i betraktningen forbedringer innenfor andre velferdskomponenter eller -goder, som inntekt, status, utdanning, sosiale nettverk og så videre. Ut fra et mer generelt velferdsperspektiv har de tiltakene Mackenbach diskuterer, oppnådd mye positivt, selv om man så langt ikke har dokumentert noen målbar redusering av helseforskjeller.

For det andre kan Hausmans helhetlige velferdsperspektiv gi grunnlag for å gjøre en mer nyansert vurdering av forskjellige former for helseforbedrende tiltak. Hvis man simpelthen er opptatt av å redusere sosiale ulikheter i helse, har det ikke noen spesiell hensikt å se ytterligere på hva slags helseforbedringer som er oppnådd hos lavere sosioøkonomiske klasser. Ut fra Hausmans tilnærming er det derimot hensiktsmessig å skille mellom forskjellige typer helseforbedringer. Ikke alle mulige helseforbedringer er nødvendigvis likeverdige ut fra hvordan de påvirker helhetlig velferd eller livsmuligheter. Fra et helhetlig velferdsperspektiv er det spesiell grunn til å fokusere på helsefremmende tiltak som også kan ha en positiv effekt på andre velferdskomponenter og goder, og dermed gir en større reduksjon i systematisk ulikhet. For eksempel er tiltak rettet mot helseproblemer som påvirker ens evne til utdanning og arbeid, spesielt relevante. Dette kan også ses i sammenheng med Wolff og de-Shalits (2007) diskusjon om «corrosive disadvantage» og «fertile functionings». «Corrosive disadvantage» viser til akkumulering av flere former for deprivasjon over tid, ved at deprivasjon innenfor én velferdskomponent fører til ytterligere deprivasjon innenfor andre velferdskomponenter, for eksempel i tilfellet der en person først mister jobben, deretter blir hjemløs, og så blir syk. «Fertile functionings» viser til hvordan forbedring innenfor enkelte velferdskomponenter kan ha positiv effekt innenfor andre velferdskomponenter, enten direkte eller ved å redusere risiko for deprivasjon innenfor disse andre komponentene, som i eksempelet nevnt ovenfor, der forbedring av helse kan ha en positiv effekt på utdanning og arbeid. Som Wolff og de-Shalit påpeker, er det viktig med en forståelse av begge disse fenomenene for å utvikle god sosialpolitikk.

For det tredje vil Hausmans vektlegging av «overall well-being» også utvide spekteret av mulige tiltak. På dette grunnlaget kan man inkludere ikke bare tiltak som kan forbedre helse, men også tiltak

som forbedrer kårene for de dårligst stilte innenfor hvilken som helst av de sentrale velferdskomponentene, samt tiltak som kan påvirke konsekvensene av dårlig helse for andre viktige goder. Sistnevnte kategori inneholder for eksempel ordninger som gjelder sykefravær og sykelønn, uføretrygd og pensjonsordninger. Slike ordninger kan bidra til at dårlig helse ikke gir like stort tap av inntekt. Fleksible arbeidskår kan også være et middel for å bedre tilgangen til arbeid for dem som er helt eller delvis uføre, også med redusert tap av inntekt som følge. På samme måte kan en viss fleksibilitet i utdanningssystemet også gi bedre muligheter for utdanning for dem med dårlig helse. Det kan også ha noe for seg å tenke ut fra hvilke tiltak som kan oppnå best mulig effekt, uavhengig av om tiltakene gjelder forbedring av helse eller innenfor andre sentrale velferdsgoder. Helse er, tross alt, i mye mindre grad under direkte sosial kontroll enn goder som inntekt og andre viktige sosiale ressurser, og de forskjellige årsaksmekanismene er fortsatt ikke så godt forstått, så det kan ha noe for seg å tenke ut fra hvordan samfunnet kan tilpasses for at de som har dårligere helse enn andre, ikke lider ytterligere tap av andre velferdsgoder. Dette har vi mye større anledning til å påvirke.

Konklusjon

I dette kapitlet har vi sett på fenomenet ulikheter i helse, med spesiell vekt på ulikheter i helse mellom sosioøkonomiske klasser. Det er en vedtatt målsetting, nedfelt i folkehelseloven, at disse helseforskjellene skal utjevnes. Det er imidlertid flere måter å tenke rundt hvilke aspekter ved de sosiale helseforskjellene som gjør dem urettferdige, og dette kan ha implikasjoner for hvilke tiltak vi bør sette i gang, og hvordan de skal vurderes. Det bør vurderes om det kan være hensiktsmessig å presisere i folkehelseloven hvilken forklaring som ligger til grunn for at disse helseforskjellene skal utjevnes. Hvis helse anses som et spesielt viktig gode, vil man i noen grad

ha noen andre målsetninger for utbedrende tiltak enn hvis helse ses på som én av flere komponenter i helhetlig velferd. Dette siste perspektivet, representert av blant andre Hausman, gir et bredere utgangspunkt og sikter seg inn mot forbedring ikke bare av helse, men også andre sentrale velferdskomponenter i velferd. Selv om helse åpenbart er et svært viktig gode, er det ikke helt klart at helse nødvendigvis har større innvirkning på vår helhetlige velferd enn for eksempel inntekt. Jeg støtter derfor Hausmans syn og har her argumentert for at vi bør vurdere et bredere spekter av mulige tiltak mot de sosiale helseforskjellene, der vi måler suksess ut fra tiltakenes effekt for å redusere ulikheter i helhetlig velferd.

Referanser

- Anand, S. (2002). The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(7), 485–487.
- Asada, Y. (2007). *Health inequality. Morality and measurement*. Canada: University of Toronto Press.
- Asada, Y. (2013). A summary measure of health inequalities. Incorporating group and individual inequalities. I N. Eyal, S. Hurst, O.F. Norheim & D. Wikler (red.), *Inequalities in health. Concepts, measures and ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., & Quinlan, M. (2009). *Employment, work, and health inequalities. A global perspective*. Geneva: WHO.
- Black, D., Morris, J., Smith, C., & Townsend, P. (1980). *Inequalities in health. Report of a research working group*. London: Department of Health and Social Security.
- Bringedal, B., & Bærøe, K. (2016). Økt rettsliggjøring for likebehandling i helsetjenesten? *Retfærd*, 153(2), 6–18.
- Bærøe, K., & Bringedal, B. (2011). Just health. On the conditions for acceptable and unacceptable priority settings with respect to patients' socio-economic status. *Journal of Medical Ethics*, 37(9), 526–529.
- Case, A., & Deaton, A. (2003). *Broken down by work and sex. How our health declines*. Working Paper No. 9821. Cambridge, Massachusetts: NBER.

- Case, A., & Paxson, C. (2008). Stature and status. Height, ability and labor market outcomes. *Journal of Political Economy*, 116(3), 499–532.
- Cutler, D., Deaton, A., & Lleras-Muney, A. (2006). The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives*, 20(3), 97–120.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K.A. (2014). *Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Daniels, N. (2008). *Just health. Meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, N., Kennedy, B., & Kawachi, I. (2004). Health and inequality, or, why justice is good for our health. I S. Anand, F. Peter & A. Sen (red.), *Public health, ethics, and equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Deaton, A. (2002). Policy implications of the gradient of health and wealth. *Health Affairs*, 21, 13–30.
- Deaton, A. (2013). What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities? I N. Eyal, S. Hurst, O.F. Norheim & D. Wikler (red.), *Inequalities in health. Concepts, measures and ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Deaton, A. (2015). *The great escape – health, wealth, and the origins of inequality*. Princeton, New Jersey og Oxford: Princeton University Press.
- FN-Sambandet (2017). *Fattigdom*. Nedlastet fra <https://www.fn.no/Tema/Fattigdom/Fattigdom>
- Folkehelseinstituttet (2009). *Levekårsundersøkelsen 2005. Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenlikninger*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet (2015). *Definisjoner: sosial ulikhet i helse*. Nedlastet fra <https://www.fhi.no/hn/ulikhet/sosial-ulikhet-i-helse/>
- Folkehelseinstituttet (2016). *Folkehelse rapporten (nettutgaven). Helsetilstanden i Norge*. Nedlastet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Gakidou, E.E., Christopher, J.L.M., & Frenk, J. (2000). Defining and measuring health inequality. An approach based on the distribution of health expectancy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 42–54.
- Graham, H. (1987). Women's smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25(1), 47–56.
- Hausman, D.M. (2007). What's wrong with health inequalities? *Journal of Political Philosophy*, 15(1), 46–66.

- Hausman, D. M. (2013). Egalitarian critiques of health inequalities. I N. Eyal, S. Hurst, O.F. Norheim & D. Wikler (red.), *Inequalities in health. Concepts, measures and ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Helsedirektoratet (2016). *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet*. IS-2474. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Folkehelseloven*. Nedlastet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
- Hurst, S.A. (2009). Just care. Should doctors give priority to patients of low socioeconomic status? *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 7–11.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1991). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kröger, H., Pakpahan, E., & Hoffmann, R. (2015). What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *European Journal of Public Health*, 25(6), 951–960.
- Kurtze, N., Eikemo, T.A., & Kamphuis, C.B. (2013). Educational inequalities in general and mental health. Differential contribution of physical activity, smoking, alcohol consumption and diet. *European Journal of Public Health*, 23(2), 223–229.
- Ljunggren, J. (2017). *Oslo – ulikhetenes by*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Lynch, J., Smith, G.D., Harper, S., & Hillemeier, M. (2004). Is income inequality a determinant of population health? Part 2. US national and regional trends in income inequality and age- and cause-specific mortality. *Milbank Quarterly*, 82(2), 355–400.
- Mackenbach, J.P. (2010). The English strategy to reduce health inequalities. *The Lancet*, 377(9782), 1986–1988.
- Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.J., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M. mfl. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468–2481.
- Mackenbach, J.P., Kulhanova, I., Artnik, B., Bopp, M., Borrell, C., Clemens, T. mfl. (2016). Changes in mortality inequalities over two decades. Register based study of European countries. *BMJ*, 353, i1732. doi: 10.1136/bmj.i1732.

- Mackenbach, J., & Bakker, M. (2002). *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge.
- Marmot, M. (2004). *The status syndrome*. London: Bloomsbury.
- Marmot, M. (2013). Fair society, healthy lives. I N. Eyal, S. Hurst, O.F. Norheim & D. Wikler (red.), *Inequalities in health. Concepts, measures and ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. London: Department for International Development, UK Government.
- Murray, C.J.L., Gakidou, E.E., & Frenk, J. (1999). Health inequalities and social group differences. What should we measure? *Bulletin of the World Health Organization*, 77(7), 537–543.
- Peter, F. (2004). Health equity and social justice. I S. Anand, F. Peter & A. Sen (red.), *Public health, ethics, and equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Siegrist, J., Benach, J., McKinght, A., Goldblatt, P., & Muntaner, C. (2009). *Employment arrangements, work conditions and health inequalities. Report on new evidence on health inequality reduction, produced by task group 2 for the strategic review of health inequalities post 2010*. London: Marmot Review.
- Smith, A. (1976 [1776]). *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations* (nyutgivelse ved R.H. Campbell & A.S. Skinner (red.)). Oxford: Clarendon Press.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer*. IS-1282. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- SSB (2012). *Barn og unges miljø og helse 2011*. Rapport 12. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Standing, G. (2011). *The precariat. The new dangerous class*. London og Oxford: Bloomsbury Publishing.
- Stirbu, I., Kunst, A.E., Mielck, A., & Mackenbach, J.P. (2011). Inequalities in utilisation of general practitioner and specialist services in 9 European countries. *BMC Health Services Research*, 11, 288. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-288>.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H., Christiansen, T., De Graeve, D., Duchesne, I. mfl. (2000). Equity in the delivery of

- healthcare in Europe and the US. *Journal of Health Economics*, 19(5), 553–583.
- van Doorslaer, E., Koolman, X., & Jones, A.M. (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics*, 13(7), 629–647.
- van Doorslaer, E., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, 174(2), 177–183.
- Vikum, E., Krokstad, S., & Westin, S. (2012). Socioeconomic inequalities in health care utilisation in Norway. The population-based HUNT3 survey. *International Journal for Equity in Health*, 11(48). <http://doi.org/10.1186/1475-9276-11-48>
- WHO (2000). *World health report 2000. Health systems. Improving performance*. Geneva: WHO.
- WHO, & European Commission. (2011). *Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe*. Bonn: World Health Organization.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The spirit level. Why equality is better for everyone*. London: Penguin.
- Wolff, J., & de-Shalit, A. (2007). *Disadvantage*. Oxford: Oxford University Press.