

# Har alle rett på et visst antall gode leveår?



## Kommentar og debatt

Det er i dag økende oppmerksomhet omkring sosioøkonomiske ulikheter i helse, også i Norge. Tema for denne artikkelen er helsetjenestens medansvar for ulikhetene, og hva helsetjenesten eventuelt kan gjøre for å medvirke til reduksjon av «helsekløften». Artikkelen tar utgangspunkt i den engelske helseøkonomen Alan Williams' artikkel fra 1997 om «the fair innings principle» og drøfter noen eksempler på hvordan effektivitetshensyn og en sosioøkonomisk rettferdighetstanke kan komme i konflikt med hverandre i helsetjenestens praktiske arbeid. Avslutningsvis drøftes ulike strategier som helsetjenesten, og samfunnet, kan benytte hvis man ønsker å redusere de sosioøkonomiske ulikheter i helse og dødelighet.

I det siste tiåret er det fremlagt mye dokumentasjon om forskjeller i helsetilstand mellom ulike sosiale grupper i vår del av verden. Mennesker med ulike yrker, ulik inntekt og ulikt utdanningsnivå ender opp med ulik helsetilstand og ulik levealder (1–3). Dette synes også å gjelde Norge og de andre nordiske land, som har gått for å være «egalitære» samfunn (4–9). De sosiale ulikhetene er i varierende grad knyttet til bestemte sykdommer. Små relative forskjeller i forekomst kan gi et stort bidrag til absolutte forskjeller i helse og dødelighet hvis det dreier seg om en sykdom med stor utbredelse og høy dødelighet. Det ser f.eks. ut til å være en nord-sør-gradient i Europa når det gjelder hvilke sykdommer som skaper ulikhetene (10). Forskning omkring de sykdomsspesifikke årsaker til sosioøkonomiske helseulikheter er viktig for å kunne vite hvor innsatsen skal settes inn dersom man ønsker å gjøre noe med ulikhetene (11).

### Kan en effektiv helsetjeneste bidra til å øke helseforskjellene?

I løpet av de siste 20–30 årene har det skjedd en betydelig utvikling av helsetjenesten i vår del av verden, både i omfang og kvalitet. Det har vært store vitenskapelige og teknologiske fremskritt. I tillegg kommer gevinster fra kvalitetsutvikling og økt vekt på kunnskapsbasert medisin. Det kan imidlertid tenkes at noen grupper, f.eks. de med høy utdanning, er best i stand til å nyttiggjøre seg effektive helsetjenester, og at dette bidrar til å vedlikeholde og øke «helsekløften».

I den grad helsetjenestene er privatisert og bruken er avhengig av pasientenes kjøpe-

---

Sturla Gjesdal

sturla.gjesdal@isf.uib.no

Seksjon for sosialmedisin

Institutt for samfunnsmedisinske fag

og

Program for helseøkonomi

Universitetet i Bergen

Ulriksdal 8c

5009 Bergen

---

kraft, er en slik sammenheng nokså logisk. Men hva med den offentlig finansierte helsetjenesten, som fortsatt er hovedleverandør av helsetjenester her i landet? Kan det tenkes at det også her finnes en skjev fordeling av ytelser og av helsegevinster?

Tema for denne artikkelen er helsetjenestens ansvar for de sosioøkonomiske helseforskjellene. Utgangspunktet er den engelske helseøkonomen Alan Williams' artikkel fra 1997 om «the fair innings argument» (12) og en drøfting av hvordan effektivitetshensyn og en sosioøkonomisk rettferdighetstanke kan komme i konflikt med hverandre i helsetjenestens praktiske virksomhet.

### Avveining mellom effektivitet og rettferdighet

Helseøkonomi oppfattes ofte (også av mange helseøkonomer) som en disiplin som utelukkende er opptatt av *effektivitet*, det vil si «mest mulig helse for hver krone som samfunnet stiller til disposisjon for helseformål». Denne målsettingen kan også forsvares på et etisk grunnlag (13). Knappe ressurser skal ikke sløses bort på behandlingsmetoder uten dokumentert effekt, heller ikke ut fra et fordelingsperspektiv. Helsetjenesten selv er også i økende grad blitt opptatt av effektivitet, i betydningen *det som virker*. Archie Cochrane regnes som grunnleggeren av kunnskapsbasert medisin. Tidlig i 1970-årene, da han skrev sin epokegjørende bok om helsetjenesten (14), var han nær knyttet til det nyetablerte helseøkonomiske miljøet i Storbritannia, der Alan Williams var en av pionerene (15).

Rettferdighetsperspektivet (16) har en sentral plass innenfor helseøkonomien. I engelskspråklig helseøkonomisk litteratur møter man ofte begrepet «equity» (17, 18). «Equity» betyr både «rettferdighet» og «likhet» (equality). Helseøkonomer har imidlertid ulike definisjoner av «equity»-begrepet (18):

- Like mye behandling (ressurser) til alle (per capita)
- Lik behandling ved likt behov

- Lik behandling ved likt behov forutsatt sannsynlig behandlingseffekt
- Lik tilgjengelighet til helsetjenester (tilbudslighet)
- Likt forbruk av helsetjenester for individer/grupper med likt behov
- Likhet i helse (resultatlighet)

### «The fair innings argument»

Williams (12) baserer sin artikkel på et radikalt rettferdighetsprinsipp, han har resultatlighet (likhet i helse) som et overordnet mål. Ethvert menneske bør ha krav på et visst antall gode leveår, en viss andel av samfunnets totale helse. Williams tar utgangspunkt i britisk statistikk, som viser forventet levealder for en mann i sosialklasse 1 og 2 på 72,5 år, sammenliknet med 67,7 år i klasse 4 og 5. Korrigert for økt forekomst av kronisk sykdom og helsesvikt blant de svakest stilte blir forskjellen i forventede kvalitetsjusterte leveår (QALY) enda større, 66 respektive 57 år. Liknende data om inntektsrelaterte forskjeller i leveutsikt og kvalitetsjusterte leveår foreligger for Sverige (19), Finland og Norge (20) (Næss Ø, Claussen B, Thelle DS. Inequalities in all-cause and cause-specific death measured by various socio-demographic variables. (Foreløpige resultater fra The Oslo Mortality Study.) Presentert på «Making a difference», Gardermoen 14.–16.5. 2001) og Danmark (21).

Williams argumenterer for at tiltak som kan bedre de svaktstiltes leveutsikter bør prioriteres, og at de som allerede har oppnådd sin «rettferdige andel» av gode leveår, bør være tilbakeholdne med å kreve ytelser fra helsetjenesten. En slik «utjevningsspolitikk» vil bety at samfunnet gir avkall på viss mengde «total helse» i bytte med større likhet og rettferdighet. Williams spør hvor mye «total helse» fellesskapet er villig til å ofre for å redusere helseforskjellene. Målet om resultatlighet er i høyeste grad kontroversielt, og andre helseøkonomer hevder at likhet i tilbud eller likhet i bruk av helsetjenester er mer realistiske tilnærminger til rettferdighetsidealet (18, 22)

«Fair innings»-prinsippet kan oppfattes som en form for diskriminering av tidligere friske og vellykkede samfunnsborgere, særlig hvis de er eldre. Williams (som selv har passert de 70) skriver at han er villig til å komme bak i helsekøen til fordel for yngre og mer svaktstilte. Williams tar ikke hensyn til om tidligere friske eldre selv har bidratt til sin gode helse gjennom sunn livsførsel. Det vil også finnes etisk holdbare argumenter for deres rett til effektiv helsehjelp når de en gang blir syke, selv om det altså kan øke ulikhetene.

### Et eksempel på avveining i praksis

Det følgende eksemplet er basert på forutsetningen at det er knapphet på ressurser, i dette tilfellet organer, til pasienter med behov for slik behandling. Vi tenker oss at det

er to aktuelle kandidater, begge med et like stort og akutt behov for behandling. De er begge 60 år gamle, men bare én kan motta behandling.

- A er en professor eller bedriftsleder, tidligere frisk, ikke-røyker.
- B er uførepensjonist pga. langvarige psykiske plager. Han/hun er tidligere ufaglært arbeider som har røykt to pakker rulletobakk i uken siden 16-årsalderen.

Frem til dette tidspunkt har A hatt 60 år med god helse, som betyr at han/hun allerede har hatt 60 QALY. B har hatt 40 år med god helse, men de siste 20 årene har helsen vært redusert til 70 % (0,7 QALY per år). B har dermed hatt  $40 + 14 = 54$  QALY. Dette er en forenklet beregning, som ikke tar hensyn til diskontering. Man antar at A har en utmerket prognose. For enkelthets skyld kan vi anta at han/hun har 90 % sjanse til å få ti fullgode år etter operasjonen. Dette vil gi A totalt 69 QALY. For B er prognosen mye dårligere. Det er kanskje bare 50 % sjanse til å leve i ti år til, og disse årene vil dessuten være i den tidligere reduserte helsetilstand (0,7 QALY/år). Med operasjon vil B få  $5 \times 0,7$  QALY = 3,5 QALY i tillegg til sine tidligere 54. Totalt over livsløpet vil B da ende opp med 57,5 QALY.

Det er tre valgmuligheter så lenge bare én av pasientene kan behandles:

- A bør velges pga. effektivitetshensyn. Han/hun har størst mulighet for å dra nytte av operasjonen, og dette vil gi størst helsegevinst for samfunnet.
- Ut fra egalitære hensyn (likt behov for behandling) bør de to kandidatene stilles likt og det bør foretas loddtrekning.
- B bør velges ut fra et radikalt rettferdighetsprinsipp (for å tilstrebe «fair innings»). Selv uten behandling har A hatt flere gode leveår enn B kan oppnå med behandling.

Basert på dagens prioriteringsprinsipper, som i stor grad vektlegger effektivitetshensyn og forventet effekt av behandling (23) er det grunn til å tro at A uten videre vil være den foretrukne kandidat. Selv loddtrekning ville av mange bli oppfattet som irrasjonell og for radikal løsning på dette dilemmaet. Mange vil reagere sterkt mot tanken om at A skal ofre sine fremtidsutsikter for å bidra til at sosiale ulikheter i helse skal bli redusert. Det vil være sterke og moralsk holdbare argumenter bak dagens praksis med å foretrekke pasienter som pasient A når vanskelige valg skal gjøres i helsetjenesten (bl.a. har A bidratt betydelig til helsetjenesten gjennom skatt og folketrygdavgift). Man bør imidlertid være klar over at slike «rasjonelle» valg, som sannsynligvis gjøres hver eneste dag, på ulike nivåer i helsetjenesten, bidrar til å vedlikehold eller øke de sosiale ulikhetene i helse. I dette tilfellet ender A opp med 69 QALY eller mer pga. hjelp fra helsetjenesten, mens B må gå i graven med sine 54 QALY.

### Andre strategier for å utjevne sosioøkonomiske helseforskjeller

#### Spesielle helsetiltak for fattige og andre svaktstilte

Helsetjenesten har en lang tradisjon for «særomsorg» for svaktstilte grupper. I universalismens navn og for å unngå stigmatisering av svake grupper er mye slik særomsorg avviklet i løpet av de siste 10–20 år. Men det hevdes nå at «når helsetjenestens bølge er full», dvs. når helsetjenesten opplever kapasitetsproblemer, vil «sosiale lovmessigheter» gjøre de svaktstilte til tapere (24, 25). Oppfatningen om en slik «sosial lovmessighet» er tidligere formulert av den britiske forskeren og allmennlegen Julian Tudor Hart (26). Det slås derfor til lyd for gjeninnføring av særomsorger (27).

Særomsorg vil ofte bestå av tverrfaglige eller tverrsektorielle tiltak og organisasjonsformer. Et sentralt problem i denne sammenheng vil være *kvaliteten* på slike tilbud. En større metastudie (28) har vurdert effekten av særtiltak for svaktstilte grupper. Ikke uventet er det her stor mangel på dokumentasjon, men ifølge forfatterne er det holdpunkter for at slike tiltak kan ha effekt dersom man går frem på rett måte. Mange tenker at slike tiltak skal finansieres med «friske penger», at ikke tas fra den ordinære helsetjenesten, noe som kunne hatt større utjevningseffekt.

#### Tiltak for å redusere de absolutte helseforskjellene

Det er spesielle sykdommer som i størst grad bidrar til de absolutte sosioøkonomiske ulikheter i helsetilstand og dødelighet. Mye tyder på at koronar hjertesykdom og andre tobakksrelaterte sykdommer, alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk er de viktigste i Nord-Europa. Hvis helsetjenesten i større grad konsentrerer kreftene omkring forebygging, behandling og rehabilitering av slike lidelser, vil de absolutte helseforskjeller kunne reduseres vesentlig (10). Det mangler likevel mye dokumentasjon som grunnlag for utforming av en slik strategi, og hittil kan det se ut som om det er de ressurssterke som har profittert mest på forebyggende tiltak som helseopplysning, røykeavvenning osv.

### Er de sosioøkonomiske helseforskjeller i det hele tatt helsetjenestens ansvar?

Blant helseøkonomer, epidemiologer og andre som forsker på årsakene til sosioøkonomiske helseulikheter, er det mange ulike teorier, hvorav flere ikke nødvendigvis står i motsetning til hverandre (29):

- Ingen kausal sammenheng, det hele skyldes konfunderende faktorer og artefakter (30)
- Sosial seleksjon, omvendt årsaksforhold: Sykdom fører til sosiale problemer og dårlig økonomi.
- Den materialistiske teori: Dårlig økonomi fører til sykdom og mangel på god helsehjelp.

– Den psykososiale teori (31). Relative forskjeller heller enn absolutte forskjeller i inntekt og innflytelse over eget liv fører til sykdom. Data fra Norge tyder på at forskjeller i utdanningsnivå mer enn ulikheter i inntekt forklarer helseulikhetene her i landet (21).  
– Atferd og kultur: Usunn livsstil blant svaktstilte fører til ulik sykkelighet og dødelighet (32).

Sosioøkonomiske helseforskjeller har, som begrepet impliserer, sin rot i samfunnsforholdene. En vanlig oppfatning er derfor at de sosioøkonomiske helseulikhetene bare kan reduseres gjennom tiltak i samfunnet, og at helsetjenestens rolle bare kan være å påpeke og dokumentere tingenes tilstand. En «empowerment»-strategi kan synes aktuell hvis man legger til grunn den psykososiale teoriens hovedvekt på relative forskjeller og avmakt blant de svaktstilte (33). Det er imidlertid fortsatt uklart hvem som skal ha ansvaret for å myndiggjøre de svaktstilte, og hvordan dette skal foregå i praksis.

### En handlingsplan mot sosioøkonomiske helseforskjeller

I Storbritannia har det i mange år vært en faglig debatt om sosioøkonomiske helseforskjeller, en debatt som startet med Black-rapporten i 1980 (34). Det er nylig fremlagt en statlig handlingsplan (35), basert på en uavhengig vitenskapelig rapport (36) om hvordan man kan bedre folkehelsen og redusere sosioøkonomiske helseforskjeller. Den vitenskapelige rapporten inneholder 39 hovedpunkter. Her står samfunnsmessige (materielle) forhold som fattigdomsproblematikk, inntektspolitikk, skatter, utdanning, boligpolitikk og ernæring sentralt. Helsetjenestens rolle fremstilles som mer perifer. Helseopplysning vedrørende røyking, kosthold og mosjon og selvmordsforebyggende arbeid nevnes imidlertid som viktige tverrsektorielle tiltak som kan redusere helseforskjeller. De siste tre av hovedpunktene gjelder spesifikt helsetjenesten:

- Lik tilgang til helsetjenester på alle nivåer må bli en viktig del av kvalitetssikring og etterprøving av helsetjenestens arbeid.
- En mer rettferdig fordeling av ressurser innen helsetjenesten må få høy prioritet.
- Lokale helsemyndigheter skal utarbeide «helsemessige rettferdighetsprofiler» for «sin» befolkning, med jevnlig oppdatering av data vedrørende sosioøkonomiske forskjeller i dødelighet og sykkelighet.

### Konklusjon

Det er ingen ny påstand at helsetjenesten ikke er utformet slik at de som har de største helseproblemene, de fattige og andre svaktstilte, får den beste hjelpen (26). I motsetning til den tradisjonelle oppfatningen om at helsetjenesten kan gjøre lite med helseulikhetene, har vi i denne artikkelen beskrevet et radikalt og resultatbasert likhets- og rettferdighetsprinsipp for helsetjenesten, som tar

som utgangspunkt i at alle mennesker bør ha rett på et visst antall gode leveår. Helsetjenesten kan fortsatt (utilsiktet) bidra til økte helseforskjeller hvis man ensidig prioriterer ut fra effektivitet. Personer fra de øverste sosiale lag vil ofte ha best prognose og best effekt av behandling, og blir derfor valgt først.

For radikale løsninger når det gjelder avveiningen mellom effektivitet og rettferdighet kan imidlertid medføre diskriminering av pasienter med legitime krav på hjelp fra den offentlige helsetjenesten. En effekt av slike løsninger kan bli økt flukt fra det offentlige helsevesen over i privat sektor. Dette kan føre til en utarming av det offentlige helsevesenet, noe de svaktstilte ikke vil være tjent med.

I stedet for å betrakte skjevfordelingen som en «sosial lovmessighet» kan det tenkes at helsetjenesten – med større bevissthet og mer debatt om helsemessige ulikheter og urettferdighet – kan bidra til at dagens ulikheter i hvert fall ikke forsterkes. Det er likevel sannsynlig at tiltak utenfor helsetjenesten vil være mest avgjørende hvis samfunnet ønsker å gjøre noe med de sosioøkonomiske helseforskjellene.

### Litteratur

1. van Dorlaer E, Wagstaff A, Bleichrodt H, Calonge S, Gerdtham UG, Gerfin M et al. Income-related inequalities in health: some international comparisons. *J Health Econ* 1997; 16: 93–112.
2. Kunst AE, Geurts JJM, van den Berg J. International variations of socioeconomic inequalities in self reported health. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49: 117–23.
3. Wilkinson RG. Divided we fall. The poor pay the price of increased social inequalities with their health. *BMJ* 1994; 308: 1113–4.
4. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJE, Groenof F, Geurts JJ, and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet* 1997; 349: 1655–9.
5. Rognerud M, Strand BH, Heselberg Ø. The health of disadvantaged groups in Norway. Rapport 2000: 2. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 2000.
6. Jennum AK, Thelle DS, Stensvold I, Hjermann H. Regionale ulikheter i sykdomsrisiko i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 23–7.
7. Brekke M, Hjortdahl P, Thelle DS, Celius EG, Heldal E, Joner G et al. Forskjeller i sykkelighet mellom indre øst og ytre vest i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 14–7.
8. Dahl E, Birkelund GE. Health inequalities in later life in a social democratic welfare state. *Soc Sci Med* 1997; 44: 871–81.
9. Arntzen A, Moum T, Magnus P, Bakketeig L. The association between maternal education and postneonatal mortality. *Trends in Norway 1968–1991. Int J Epidemiol* 1996; 25: 578–84.
10. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med* 1997; 44: 757–71.
11. Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, Shipley M, Marks NF. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Soc Sci Med* 1997; 44: 901–10.
12. Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the «fair innings» argument. *Health Econ* 1997; 6: 117–132.
13. Mooney G, McGuire A. Economics and medical ethics in health care: an economic viewpoint.

I: Mooney G, McGuire A, red. *Medical ethics and economics in health care*. Oxford: Oxford University Press, 1988.

14. Cochrane AL. *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
15. Maynard A, Sheldon TA. *Health economics: has it fulfilled its potential? I*: Maynard A, Chalmers I, red. *Non-random reflections on health services research*. On the 25<sup>th</sup> anniversary of Archie Cochrane's effectiveness and efficiency. London: BMJ Publishing Group, 1997.
16. Gulbrandsen P. Rettferdighet – den største og mest krevende dyden. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1149–52.
17. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ* 1993; 12: 431–57.
18. Grytten J, Rongen G, Sørensen R. Can a public health care system achieve equity? The Norwegian Experience. *Med Care* 1995; 33: 938–51.
19. Gerdtham U-G, Johannesson M. Income-related inequality in life-years and quality-adjusted life-years. *J Health Econ* 2000; 19: 1007–26.
20. Sihvonen A-P, Kunst AE, Lahelma E, Valkonen T, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health expectancy in Finland and Norway in the late 1980s. *Soc Sci Med* 1998; 47: 303–15.
21. Brønnum-Hansen H. Socioeconomic differences in health expectancy in Denmark. *Scand J Public Health* 2000; 28: 194–9.
22. Mooney G, Hall J, Donaldson C, Gerard K. Utilisation as a measure of equity: weighing heat? *J Health Econ* 1991; 10: 475–80.
23. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
24. Hetlevik I. Den fulle allmenmedisinske bøtten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3547–8.
25. Thesen J. Psykiatrisatsingen i primærhelsetjenesten – et hus uten grunnmur. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1843.
26. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1: 405–12.
27. Westin S. Tid for å gjenetablere særomsorger? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1613.
28. Arblaster L, Lambert M, Entwistle V, Forster M, Fullerton D, Sheldon T et al. A systematic review of the effectiveness of health services interventions aimed at reducing inequalities in health. *J Health Serv Res Policy* 1996; 1: 93–103.
29. Wildman J, Jones A. Inequalities in health. I: Askildsen JE, Haug K, red. *Helse, økonomi og politikk*. Bergen: Cappelens akademiske forlag, 2001.
30. Gravelle H. How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact? *BMJ* 1998; 316: 382–5.
31. Wilkinson R. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.
32. Lynch JW, Kaplan A, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Med* 1997; 44: 809–19.
33. Norges offentlige utredninger. Det er bruk for alle – styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. NOU 1998: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1998.
34. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. *Inequalities in health: report of a research working group (the Black report)*. London: Department of Health and Social Security, 1980.
35. Contoyannis P, Forster M. «Our healthier nation»? *Health Econ* 1999; 8: 289–96.
36. Acheson D, Barker D, Chambers J, Graham H, Marmot M, Whitehead M. *Independent inquiry into inequalities of health (the Acheson Report)*. London: Department of Health, 1999.