

Likt for alle?

Sosiale skilnader i bruk av helsetenester





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

Heftet 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-1738

Kontaktpersoner:
Tone P. Torgersen, tpt@helsedir.no
Øyvind Giæver, ogi@helsedir.no
Janne Strandrud, jas@helsedir.no
Stig Erik Sørheim, ses@helsedir.no

Design og trykk: www.kursiv.no

Likt for alle?

Sosiale skilnader i bruk av helsetenester

Jon Erik Finnvold
2009

Forord fra Helsedirektoratet

Tilgang til helse- og omsorgstjenester er et viktig velferdsgode for alle, uavhengig av sosial bakgrunn. Det er bred politisk enighet om at det ikke skal være tykkelsen på lommeboka eller utdanningsnivået som avgjør om man får de tjenestene man har behov for. Derfor er likeverdige helse- og omsorgstjenester et sentralt mål i Stortingsmelding 20: Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Vi finner store sosiale forskjeller i helse på mange områder, enten vi studerer helseatferd, sykelighet eller dødelighet. Derimot har vi begrenset kunnskap om sosiale forskjeller i tilgang til helse- og omsorgstjenester i Norge i dag. Stortingsmelding 20 etterlyser derfor mer kunnskap både om sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester og om forhold som kan skape eller motvirke slike forskjeller.

Denne rapporten er et ledd i arbeidet med å tilveiebringe den kunnskapen som etterlyses i Stortingsmelding 20. Rapporten belyser noen av de metodiske utfordringene som studier av sosial ulikhet og helsetjenester byr på og går gjennom norsk og internasjonal forskning på feltet. Den peker også på noen av mekanismene som kan bidra til ulikhet og presenterer empiriske eksempler fra norsk helsetjeneste.

Rapporten peker på at systemreformer og strukturendringer i helsetjenesten, slik som brukervalg og finansieringsformer, kan ha konsekvenser for fordeling. Litteraturgjennomgangen viser imidlertid at man i liten grad har vurdert fordelingseffekter når systemreformer introduseres.

Det er ikke alltid mulig å vite på forhånd hvordan systemendringer vil slå ut for ulike grupper, og det er ikke sikkert at de vil slå likt ut for alle. Fordelings-effekter bør derfor være et sentralt hensyn når strukturendringer gjennomføres i helsetjenesten: Hvordan påvirker endringene tilgangen til tjenesten for ulike grupper? Bidrar de til å forsterke eller begrense forskjellene mellom rik og fattig, mellom mennesker med ulik utdanning, etnisk bakgrunn og funksjonsevne, og mellom mennesker i og utenfor

arbeidslivet? Bare på den måten er det mulig å skaffe kunnskapen vi trenger for å oppnå målet om likeverdige tjenester.

I årene som kommer vil nye datakilder og registre kunne bidra til ny kunnskap om sosiale ulikheter i bruk av, tilgang til og resultater av helsetjenester i ulike sosiale grupper. Et personidentifiserbart pasientregister vil være en viktig kilde til informasjon.

Helsedirektoratet vil takke Jon Erik Finnvold for arbeidet med rapporten. Den er et viktig første skritt på veien til å styrke kunnskapsgrunnlaget på feltet. Rapporten inngår i Helsedirektoratets rapportserie om sosiale ulikheter i helse. De synspunkter som fremkommer i rapporten står likevel for forfatterens regning.

A handwritten signature in black ink, reading "Bjørn-Inge Larsen". The signature is written in a cursive style with a large initial "B".

Bjørn-Inge Larsen
Helsedirektør

Forord

Rapporten er utarbeidd på oppdrag frå Helsedirektoratet. Framstillinga gjer eit innblikk i seinare forskning om korleis helsetenesta fungerer for ulike sosiale grupper. Intensjonen har ikkje vore å gje ei fullstendig oversikt over dette forskingsområdet. Berre ein liten del av litteraturen om emnet er referert i rapporten. Dei som ønskjer ei større oversikt vil ha nytte av å gå vidare med litteraturen som er referert i kapittel 3. Rapporten presenterer også resultat frå ei empirisk undersøking om korleis helsetenesta fungerer for familiar som har barn med kronisk sjukdom. Framstillinga av resultat nyttar i hovudsak enkle tabellar som syner samanhenger mellom sosial bakgrunn og ulike aspekt ved familiaranes bruk av helsetenester. Dei samanhengane som er kommentert er testa med statistiske mål som ikkje alltid er omtala i rapporten.

Forord fra Helsedirektoratet	4
Forord	6
Samandrag	8
Tabellar	10
1. Politikk for eit likeverdig helsetilbod: det umuliges kunst?	11
2. Metodiske utfordringar	15
2.1 Å justere for behov	15
2.2 Tilgang og bruk: kva skal målast?	16
2.3 Forklaringsproblemet	17
2.3.1 Pasient eller helsetilbod	17
2.3.2 Kontekst eller komposisjon	18
2.4 Dei lukka rom	19
2.5 Fråfall	19
3. Kvar går empirien?	21
3.1 Likeverdig tilgang til helsetenester. Goddard & Smith 1998	21
3.2 Utsette grupper og tilgang til helsetenester: ein kritisk tolkande gjennomgang. Dixon Woods m.fl. 2005	22
3.3 Er den engelske National Health Service likeverdig? Ein gjennomgang av funn. Dixon m.fl. 2007.	23
3.4 Oppsummering	24
4. Helsereformer og likeverd: blir det betre dersom pasienten kan velja?	27
4.1 Ja, det blir betre..	28
4.2 .. eller kanskje verre?	28
4.3 Typar av tenester avgjer nytten av valfridom?	30
4.4 Helsereformer og konsekvensar for sosiale gradientar	30
5. To empiriske illustrasjonar: bruk av helsetenester og stønad hos familiar med astmatiske barn	33
5.1 Utval	33
5.2 Variasjonar i sjukdom	34
5.3 Bruk av helsetenester	36
5.3.1 Samla mål for legekontaktar	37
5.3.2 Akutt sjukehusopphald	39
5.3.3 Legevakt	40
5.3.4 Oppsummering	43
5.4 Tilgang på informasjon om trygderettar	44
5.4.1 Kven informerte om retten til å søke?	44
5.4.2 Stønadsprosessen: Kven fekk avslag?	46
5.4.3 Hjelp til utfylling av søknad om stønad.	47
5.4.4 Kven tok initiativ til å søke?	48
5.4.5 Oppsummering	49
5.5 Sosiale gradientar i kontaktmønster og bruk av stønad: typisk norsk?	50
5.6 Avslutning	51
Litteratur	53
Vedlegg: Tabell	56

Samandrag

Helsepolitikken i Norge og andre europeiske land representerer eit relativt høgt ambisjonsnivå når det gjeld fordeling av helsetenester mellom sosiale grupper. Politikken bygger på målsettinga om 'eit likeverdig helsetilbod'. Kapittel 1 drøftar ulike tolkingar av omgrepet likeverdig helsetilbod. Målsettingar knytt til likeverd i helsepolitikken er blant anna kritisert for å vera vage, og for at det er gjort lite arbeid for å etterprøve i kva grad målsettingane blir oppfylt. Til ein viss grad heng dette saman med at det er vanskelig å måle i kva grad helsetenesta fungerer like godt mellom ulike grupper. Desse problema er nærmare omtale i kapittel 2.

Eit hovudproblem er å etablere gode mål for variasjonar i behov mellom sosiale grupper. Ei anna utfordring er å definere indikatorar for bruksfrekvens og behandlingresultat. Ein høg bruksfrekvens kan t.d. representere både positive og negative utfall: negative dersom det handlar om akutte behov for tenester som skuldast at helseproblemet ikkje er løyst på ein tilfredsstillande måte, positive dersom bruken er ein del av eit planlagt behandlingsopplegg. Andre problem handlar om vanskar med å få innsyn i ulike arenaer der tildeling av tenester skjer. Desse problema dreier seg dels om juridiske grenser for innsyn i den sosiale interaksjonen mellom lege og pasient.

Den britiske helsetenesta har vore utgangspunktet for ein betydelig del av forskinga på sosiale fordelingsverknader. I kapittel 3 vert det gjort greie for nokon av hovudresultata frå desse undersøkingane. Når det gjeld bruk av meir spesialiserte helsetilbod og førebyggjande tenester har det vore ein tendens til meir bruk blant grupper med høgare sosioøkonomisk status. For akutte tenester er det funne ein tendens til meir bruk blant grupper med lågare sosioøkonomisk status.

Innføring av større grad av brukarval har vore sentralt i den britiske helsepolitikken. Kapittel 4 omtaler diskusjonen rundt dei sosiale fordelingsverknadene av slike reformer. Det vert hevda at grupper med låg sosial status kan kjenne seg meir sårbar overfor helsetenesta, og at meir valfridom kan gje ei større grad av meistring og kontroll, og dermed eit meir likeverdig helsetilbod. Andre hevder at brukarvalsordningar er nedbrytande for tilliten til helsetenesta, at behova for å velje er overvurderte, og at utsette grupper vil ha større problem med å gjere seg nytte av brukarvalsordningar.

Kapittel 5 presenterer resultat frå ein empirisk studie av bruk av helse-tenester og helserelevante trygdeordningar blant familiar med kronisk sjuke astmatiske barn. Ser ein på den samla bruken av ulike helsetenester, er det ulike behovsmål som styrer bruken av tenester. Sjølv om foreldre med låg utdanning rapporterer om fleire legekontaktar, skuldast dette at borna har meir alvorleg astma. Bruk av samla mål på bruken av helsetenester viser seg å skjule sosiale mønstre i bruken av ulike deltenester. Foreldre med låg utdanning har oftare kontakt med legevakt, også når det vert kontrollert for variasjonar i behov. Familiar med høg utdanning har oftare hatt opphald på Voksentoppen senter for astma og allergi, det høgaste nivået i behandlingshierarkiet for barn med astma.

Foreldre som har born med astma kan søke om grunn- og/eller hjelpe-stønad for å kompensere for utgiftene som sjukdommen medfører. Kapittel 5 belyser erfaringane til foreldra rundt søknadsprosessen. Resultata viste at foreldre med høg utdanning oftare fekk informasjon om muligheten til å søke stønad av lege, og sjeldnare fekk avslag på søknad. Fleire resultat peikar i retning av at terskelen for tilståing av stønad er lågare for dei med høg utdanning. I kva grad dette fører til at stønad oftare blir tildela foreldre med høg utdanning når ein tek omsyn til behov kan ein ikkje sikkert slå fast. Det skuldast at analysane er basera på ein populasjon der alle har fått stønad.

Tabellar

- Tabell 1.1. Fordelingsprinsipp og målgrupper
- Tabell 5.1. Respons på spørsmålet “Hvordan vurderer du/dere hans/hennes helse sånn i sin alminnelighet?” Etter foreldras utdanningslengde. Prosent. (N)
- Tabell 5.2. Respons på spørsmålet “Sammenlignet med situasjonen første gangen en lege stilte diagnosen astma, hvordan er hans/hennes helse alt i alt nå?” Etter foreldras utdanningslengde. Prosent. (N)
- Tabell 5.3. Respons på spørsmålet “Hvor ofte i gjennomsnitt har barnets søvn blitt forstyrret på grunn av hoste de siste 12 måneder?” Etter foreldras utdanningslengde. Prosent. (N)
- Tabell 5.4. Talet på legekontakatar/kontroller ved: helsestasjon, legevakt, allmennpraksis, spesialist på sjukehus og privatpraktiserende spesialist utanfor sjukehus. Gjennomsnittleg antall kontakatar siste 12 månader.
- Tabell 5.5. Andel som svarte 'Ja' på spørsmålet 'Har barnet vært innlagt på sykehus de siste 12 måneder på grunn av akutt astma?' Prosent.
- Tabell 5.6. Bruk av legevakt og opphold på Voksentoppen sentralinstitusjon for astmatikere.
- Tabell 5.7. Grunn- og hjelpestønad. Tidsintervall frå diagnosetidspunkt til første gongs innvilging av stønad. Etter kven som informerte foreldra om muligheten til å søke om grunnstønad/hjelpestønad. Gjennomsnittleg antall månader.
- Tabell 5.8. Informasjon om trygderettar. Andel som blei informert av lege/ sosionom/sjukepleiar om retten til å søke stønad. Prosent. (N)
- Tabell 5.9. Andel som svarte 'Ja' på spørsmålet 'Har du/dere tidligere fått avslag på søknad om grunn- og/eller hjelpestønad for barnets astma' Etter utdanningslengde Prosent. (N=1688)
- Tabell 5.10. Respons på spørsmålet Har du/dere fått tilbod om personlig veiledning til utfylling av søknad om grunn- og/eller hjelpestønad? Etter utdanningslengde Prosent. (N=1688)
- Tabell 5.11. Andel som svarte 'Ja' på spørsmålet ' Vil du si at du/dere uten oppfordring av lege eller andre selv tok initiativ til å søke om stønad?' Etter utdanningslengde Prosent. (N=1688)
- Vedleggstabell. Multivariate logistiske regresjonsanalysar. Sannsynlighet for å ha brukt tenester med ulik spesialiseringsgrad. Odds-ratio.

1. Politikk for eit likeverdig helsetilbod: det umuliges kunst?

I kva grad er ein universell helseteneste garantist for at alle får like mykje og like god hjelp for helseproblema sine? For å svare på dette spørsmålet er det nødvendig å avklare kva ein meiner med 'like mykje og like god hjelp'. Det finst ulike versjonar eller forståingar av kva for tildelingsprinsipp som helsetenesta skal arbeide etter. Under følgjer ein kort oversikt over dei viktigaste posisjonane, og nokon av dei problema som kan oppstå dersom ein konsekvent velgjer eit bestemt tildelingsprinsipp.

Eit omgrep som ofte brukast er at helsetilbodet skal vera likeverdig. På engelsk brukar ein omgrepet 'equity'. Eit likeverdig helsetilbod blir halde fram som ei målsetting for helsepolitikken i dei fleste land. Kva som ligg i omgrepet 'likeverdig helsetilbod' er ikkje eintydig. Sitatet under fortel om eit ambisiøst ideal der alle skal oppnå det same behandlingresultatet. Det handlar om ei helseteneste som evnar å fange opp alle, og gje like god hjelp på ulike nivå av spesialisering:

'Full equality' would presumably result if all with equal needs, endowed with equal propensities to consult and faced with equal access to health care, consulted with equal-quality GPs for equal lengths of time and equal contents of consultation. They would, if necessary, be referred, after equal waits, to consultants of equal quality who treated them equally and achieved equal outcomes' (Powell & Exworthy 2003, 53).

I Stortingsmelding nr. 20 (2006/07) legg den sentrale helseforvaltninga opp til eit liknande ambisjonsnivå:

'Helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige med hensyn til både tilgjengelighet, bruk og resultat. I denne meldingen dekker begrepet «bruk av helsetjenester» alle disse tre sentrale aspektene ved tjenesten.' (s. 57, St.meld. nr. 20, 2006/07, Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller)

Powell og Exworthy (2003) skil mellom fire ulike dimensjonar: Ressurser, tilgang, bruk og resultat. Etter Goddard og Smith (2001) kan ein eventuelt leggje til eit femte element: kvalitet. For å nå det mest avanserte resultatmålet er det ein føresetnad at ressursane er fordelt slik at dei gjer lik

tilgang til alle, som også brukar dei tenestene dei har behov for med same kvalitative utbytte.

Det enklaste fordelingsmålet inneber ei fordeling av *ressursar* som berre tek omsyn til folketalet. Eit område med dobbelt så mange folk blir tildelt dobbelt så mykje ressursar. Så kan ein ta omsyn til at kostnadene ved tenesteproduksjon varierer frå område til område, og vidare at behova er ulike mellom regionar. Eit mål som talet på legeårsverk pr. innbyggjar på kommunenivå illustrerer det enklaste nivået. Vidare kan ein trekke inn smådriftsulempar som følgjer med det å vere ein liten kommune (t. d. lange reiseavstandar, store administrasjonskostnader) eller ulemper som er knytt til kommunar med ein stor feriebefolkning (t.d. tilreisande som treng legevakt). Vidare kan ein ta omsyn til at behova varierer, og trekke inn variasjonar i levealder eller omfang av dei eldste befolkningsgruppene.

Tilnærmingar som fokuserer på *tilgang* tek inn over seg at bruken av ulike helsetilbod er forbunde med kostnader for pasienten. Det kostar å reise, ein må ta fri frå jobben, og det kan vere eigenandelar for konsultasjonar, prøvetaking eller medisin. Gjennom ulike tiltak ønskjer ein å legge til rette for at alle har like muligheter til å nytta dei helsetilbod som sjukdommen krev.

Sjølv om tenestar i prinsippet er like tilgjengelig for alle, er det ikkje sikkert at tenestene er like mykje i *bruk* av alle grupper. Informasjon er ein viktig faktor, der kunnskap om tilbodet i mange tilfelle er ein føresetnad for bruk.

Den siste dimensjonen handlar om helsetilstand snarare enn helse-tilbod. Helsetilbodet er likeverdig i den grad innsatsen leier til utjamning av helseproblem mellom individ og sosiale grupper. Det er særleg visse sjukdomsgrupper som er i fokus, sjukdommar der helsetenesta spelar ei særleg viktig rolle for overleving og meistring.

Det handlar om fordelingsprinsipp med ulike ambisjonsnivå, ulike oppfatningar av kva det er som skal fordelast, og kva som er adekvate strategiar for å nå målet. Kven som er målet for tildelinga må også spesifiserast. Tabellen under illustrerer ein måte å definere ulike målgrupper for dei ulike fordelingsprinsippa:

Tabell 1. Fordelingsprinsipp og målgrupper

	A.	B.	C.	D.
	Ressursar	Tilgang	Bruk	Resultat
Sosial bakgrunn (Inntekt/utdanning/yrke)	1	2	3	4
Etnisitet	5	6	7	8
Kjønn	9	10	11	12
Individ	13	14	15	16
Geografi	17	18	19	20

Dersom ein legg målsettinga i stortingsmeldinga til grunn er det celler nummer 2, 3 og 4 som er dekkande, men meldinga tek også inn den geografiske dimensjonen (18, 19 og 20). Britisk helseteneste har historisk vore oppteken av ressursar og tilgang (kolonne A og B), i det seinare også resultat når det gjeld geografi og sosial bakgrunn (Powell og Exworthy 2003).

I fleire artiklar har Martin Powell retta ein generell kritikk mot bruken av målsettingar knytt til likeverd i helsepolitikken. Bruken av likeverd som målsetting for helsepolitikken kan lett bli ståande som symbolpolitiske ytringar fordi dei ikkje kan etterprøvast. Vidare blir målsettingar kritiserte for å vere vage, og for å endra seg over tid. Det er heller ikkje gjort noko systematisk arbeid når det gjeld å etterprøve i kva grad målsettingane blir oppfylt.

Meir spesifikke innvendingar er også blitt retta mot dei ulike målsettingane. Til dømes vil det ofte vera ein konflikt mellom omsynet til effektivitet og omsynet til fordeling. Sjølv moderate eigenandelar kan representere ein terskel for grupper med låg kjøpekraft. Likevel kan oppheving av eigenandelar innebere eit tilbod som blir dårlegare for alle. I nokre tilfelle kan det vere skilnader mellom evna til å nyttiggjera seg behandling for pasientar som har like medisinske behov. Med knappe ressursar kan ein då kome opp i situasjonar der pasientar med t.d. tidligare rus- eller sosiale problem blir systematisk nedprioritert. Money (1983) hevdar at det i prinsippet ikkje er mogleg å skape eit helsetilbod som er likeverdig samstundes som alle omsyn til effektivitet er fullt utnytta.

Eit problem som er knytt til bruk av tenester som resultatmål er at preferansar kan vera normativt betinga, og variere systematisk mellom folkegrupper. T. d. vil ikkje ein religiøs minoritet som Smiths vener tillate at borna deira får vaksiner på helsestasjonen. Det kan og vere skilnader mellom kvinner og menn når det gjeld t.d. viljen til å oppsøke lege for ulike tilstandar.

Ein kritikk som er retta mot helsetilstand som resultatmål er at den er forbunde med svært store kostnader, og urealistisk fordi mange faktorar som påverkar variasjonar i helsetilstand er utanfor det helsetenesta kan påverke, t.d arbeidsmarknad og miljø.

Ein ambisiøs helsepolitikk kan også kome i konflikt med andre verdjar. Mange helsetilbod er eit lokalt ansvar på bydels og kommunenivå. Det lokale sjølvstyre er ein sentral verdi, som set grenser for dei ambisjonar ein kan ha for eit likeverdig helsetilbod. Mange medisinske gode blir tildela i situasjonar der det ikkje finst klart definerte reglar eller kriterium for tildeling. Det blir opp til skjønsmessige vurderingar hos profesjonsutøvarer, som i stor grad opererer innafor ei ramme av teieplikt med avgrensa innsyn, og dermed utanfor demokratisk kontroll.

Powell konkluderer med at politikken på området blir 'the art of the impossible'. Dersom dei overordna målsettingane om det likeverdige helsetilbod ikkje kan oppfyllest på ein meningsfull måte, må dei reformulerast hevdar Powell. Oppgåva for helsepolitikken blir då å definere kva slags ulikskap ein kan leve med, og kva slags ulikskap som ikkje kan tolererast.

Uavhengig av ambisjonsnivå for korleis helsetenester skal tildelast treng ein informasjon om korleis helsetenesta faktisk fungerer for ulike pasientgrupper. Når det gjeld den norske helsetenesta er kunnskapstilfanget på dette området lite. Dette problemet er erkjent av sentrale styresmakter (sjå Stortingsmelding nr. 20, s 57-62). Skal ein kome i inngrep med sosial ulikskap i helsetenesta må ein ha klarlagt om det faktisk er eit problem. Helst bør ein også få klarlagt kva for årsaksmechanismar som skapar eventuelle variasjonar mellom sosiale grupper. Det avgrensa kunnskapsgrunnlaget skuldast i nokon grad metodiske problem. Kva desse problema består i, er nærmare omtala i neste kapittel.

2. Metodiske utfordringar

Profesjonar og legemiddelindustri kan – ofte i samarbeid med pasientorganisasjonar – etterspørje forskning retta mot å forstå utbreiing av sjukdom eller verknad av behandlingmetodar og medisin. Rikshospitalets forskingsmiljø har åleine ein produksjon på om lag 50 dr. grader og 800 forskingspublikasjonar årleg. Medisinsk forskning er omfattande, og ein har også god oversikt over sosiale variasjonar i kva slags sjukdommar som folk lever med (morbidity) og døyr av (mortality). Informasjonsgrunnlaget når det gjeld helsetenestas faktiske verknader for ulike pasientgrupper er ikkje like omfattande. Det kan vere mange ulike årsaker til dette. Pasientsida representerer sjeldan ei gruppe med stor kjøpekraft som kan etterspørje forskning. Og mens epidemiologisk forskning nyttar dødsårsaksregistre og ulike helseundersøkingar, finst det ikkje tilsvarende kjelder for forskning på helsetenester. Med eit betydelig omfang av medisinsk og epidemiologisk forskning kan det verke paradoksalt at sosiale konsekvensar av heletenestas eigen aktivitet i så liten grad blir gjenstand for forskning. Ei av forklaringane kan ligge i at forskning om sosiale verknader av heletenestas aktivitet er forbunde med metodiske utfordringar. Under blir det gjort greie for nokon av desse problema når det gjeld tilgang på og bruk av helsetenester.

2.1 Å justere for behov

Det er relativt enkelt - gjennom bruk av offentlege register, undersøkingar av representative utval eller meir avgrensa populasjonar - å måla variasjonar mellom ulike gruppers bruk av eller tilgang på helserelaterte godar. T.d. kan ein kopla informasjon om foreldras utdanning til registeret over grunn- og hjelpestønad. Ordninga med grunn- og hjelpestønad skal kompenserte for høge utgifter knyta til kronisk sjukdom hos born. Det er berre alvoret i sjukdommen som er gyldig som tildelingskriterium. I utgangspunktet skal registeret fange opp dei som er hardast råka av dei sjukdommane som fell inn under ordninga. Ved å samanlikne utdanningsnivået til foreldre som er mottakarar av stønad med utdanningsnivået til alle foreldre med barn i same aldersgrupper, får ein relativt god oversikt over den sosiale profilen på bruken av stønad. Problemet er at vi ikkje veit korleis omfanget og alvorsheten av dei diagnosane som er utløyssande for stønad fordeler seg i dei

same folkegruppene. Derfor kan ein ikkje slå fast at eit høgare stønadsnivå for ei gruppe faktisk reflekterer eit tilsvarande omfang av sjukdom.

Problemet med å korrigere for variasjonar i morbiditet er gjennomgåande for mange studiar. Poenget med eit likeverdig helsetilbod er jo at like sjukdomstilfelle skal få det same helsetilbodet. Mange nasjonale helseundersøkingar har mål for både morbiditet, tilgang og bruk av helsetenester, dermed kan ein korrigere for variasjonar i behov. Behovsmålet ein då brukar er eigenvurdert helsetilstand, dvs. spørsmål av typen *'Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet. Vil du si den er svært god, god, verken god eller dårlig, dårlig eller svært dårlig?'* Problemet med spørsmål om eigenrapportert helse er at dei byggjer på ein føresetnad om at det ikkje er systematiske variasjonar mellom ulike grupper når det gjeld rapportering av sjukdom (Goddard & Smith 2001). Dette er ein føresetnad som det i beste fall er tvil om er hald i. Elstad (1996) har til dømes vist at grupper med høgare sosioøkonomisk status har lågare terskel for rapportering av sjukdom. Dette betyr at analyser av variasjonar i bruksfrekvens som kontrollerer for eigenrapportert sjukdom kan gje eit usikkert resultat. Fordi ein manglar "objektive" mål på variasjonar i sjukdom mellom sosiale grupper, kan analyser som viser at lågare inntektsgrupper brukar tenester meir gje eit misvisande bilete av bruken av tenester (Goddard & Smith 2003 s. 1156). I områdebaserte studiar finn ein ofte at bruken av tenester er høgare i såkalla 'deprived areas'. Likevel er ikkje dei observerte gradientane så markerte som dei sosio-økonomiske skilnadene i utbreiing av sjukdom skulle tilsei.

2.2 Tilgang og bruk: kva skal målast?

Tilgang er ein kompleks storleik som ikkje lar seg operasjonalisere direkte. I staden nyttar ein indikatorar som tilgang på ressursar, tilgang på fast legekontakt eller legesenter, ventetider, eigenandelar eller andre hinder for bruk av tenester. Det er tale om 'potensiell tilgang' som *kan* ende som 'realisert tilgang'.

Faktisk bruk er ikkje nødvendigvis eit mål for kvaliteten eller kvantiteten av helsetilbodet. Ein oversikt utarbeidd i 1995 (Benzeval m. fl.) konkluderte med at pasientar frå middelklassa brukte meir tid hos legen, stilte fleire spørsmål og fekk meir informasjon frå lege. Dette handlar meir om det kvalitative innhaldet i konsultasjonane.

Bruken kan og reflektere administrative krav slik som t.d. sjukemeldingar. Eit anna problem ligg i at variasjonar i bruk kan vere eit resultat av korleis nytta av behandlinga blir oppfatta. Dersom nokre grupper systematisk opplever eit kvalitativt dårleg tilbod, kan dette redusere bruken av tenesta. På same måte kan behandlingsapparatet oppfatte at bestemte sosiale grupper har mindre att for tenesta, og dermed får eit meir avgrensa tilbod. Det kan vere ein tendens hos behandlingsapparatet til å legge vekt på kriterie som ikkje har med sjukdomstilstand å gjera, t.d. at yrkesaktive blir prioritert ved tildeling av knappe medisinske gode. Ved tildeling av sjukeheimplassar har ein funne at inntakskomiteen kan ha ei rekkje kriterie som ikkje har med sjukdom og funksjonsevne å gjere. T.d. kan innsatsen til pårørande telja positivt (Lorentzen 2005). Andre har vore inne på at høg bruksfrekvens i allmennpraksis for grupper med låg inntekt eller utdanning reflekterer ein manglande kontroll med sjukdommen, som derfor resulterer i fleire konsultasjonar enn det som er nødvendig. Høg bruksfrekvens reflekterer då manglande kontroll med sjukdommen. Det finst også studiar som har funne at pasientar med lågare utdanning eller inntekt blir diagnostisert på eit seinare tidspunkt enn andre. Dette aukar frekvensen av besøk, og kan også ende med akutt sjukehusinnlegging eller anna bruk av spesialisthelsetenester - 'avoidable hospitalization' - som kunne vore unngått dersom sjukdommen hadde vore betre meistra.

Dei ulike fortolknings- og måleproblema gjer at det ikkje alltid er opplagt at ein høg bruksfrekvens er uttrykk for noko positivt. Dermed er det ikkje så enkelt som at 'all we need is more of the same' (Mohan 1998).

2.3 Forklaringsproblemet

Sosiale variasjonar i helsetilbod er eit empirisk fenomen som er krevjande å beskrive og sjølv sagt heller ikkje lett å forklare. Forklaring involverer prosessar på mikronivå der dei strategiane pasientane brukar for å meistre sjukdom blir påverka av individuelle kjenneteikn ved behandlaren og av meir overordna strukturar som asymmetriske maktrelasjonar og tilgang på ressursar i behandlingssystemet.

2.3.1 Pasient eller helsetilbod

Ei hovudutfordring er å skilje mellom trekk ved pasienten og trekk ved helsetilbodet. Trekk ved helsetilbodet kan til dømes handle om at helse-

personell har behovsvurderingar som ikkje utelukkande byggjer på alvoret i sjukdommen, men også vurderer pasientens evne til å gjere seg nytte av ei behandling. Difor kan pasientar med ei tidligare rus- eller psykiatrisk problem ha større problem enn andre med å nå fram i køen ved tildeling av knappe medisinske gode som t. d. organtransplantasjonar. Som døme på trekk ved pasienten kan mangel på fleksibilitet i arbeidssituasjonen føre til vanskar med å møte fram til avtalar med helsetenesta. Det er også systematiske skilnader mellom ulike sosiale grupper når det gjeld sosiale nettverk og sosial deltaking (Barstad 2000). Å ha ein stor omgangskrins som også inkluderar helsepersonell kan vere til hjelp for å handtere ein situasjon med t.d. kronisk sjukdom.

Dersom ein ikkje maktar å avgrense ulike kjelder til ulikskap, er grunnlaget for politisk eller administrativ intervensjon for å redusere ulikskap mindre. Eit empirisk design som på same tid tek opp i seg relevante trekk ved både behandlar og pasient er vanskelig å få til.

2.3.2 Kontekst eller komposisjon

Omgrepa kontekst og komposisjon har ofte vore framme i diskusjonar om kvifor det finst variasjonar i sjukdom mellom ulike geografiske område (Macintyre, Maciver og Sooman 2003). Omgrepa kan også vera fruktbare for å forstå kvifor bruken av helserelaterede trygdeordningar varierar geografisk (Finnvold 2003, 2009).

Komposisjonelle årsaker handlar om at det er systematiske forskjellar i samansetnaden av ulike sosiale grupper mellom område. Busetnads-mønsteret, særleg i store byar, er segregert etter etniske og sosioøkonomiske kjenneteikn. Variasjonar i utbreiing av sjukdom handlar ikkje om områda i seg sjølv, men om menneska som bur der. Variasjonane i helsetilbodet er utfall av ulik behandling av sosiale grupper frå behandlingsapparatet, eller at det er variasjonar i korleis ulike grupper brukar helsetenesta. Når ulike område har ulik sosial samansetnad (komposisjon), vil ein då kunne observere geografiske skilnader som skuldast segregasjon. Det er med andre ord forskjellar mellom folk som indirekte blir synlege gjennom forskjellar mellom område.

Alternativt kan ein sjå på forskjellar som uttrykk for kontekstuelle tilhøve, slik som dårlege miljø eller mangelfull offentleg infrastruktur. Ein observasjon av sosiale variasjonar i helsetilbod kan tolkast som eit utslag

av at det lokale helsetilbodet ikkje er adekvat utrusta eller tilpassa det lokale sjukdomsbiletet. Dermed er det trekk ved den lokale konteksten som er observert. Når bruken av t.d. spesialisthelsetenester er mindre hos pasientar med låg utdanning eller inntekt kan dette skuldast variasjonar i lokal tilvisingspraksis, eller at kapasiteten på sjukehusa varierer geografisk.

I empiriske undersøkingar er det viktig å skilje mellom kontekstuelle og komposisjonelle effektar. Dei politiske implikasjonane av desse to effektane er svært ulike. Variasjonar som er kontekstuelle krev ein områdeforankra politikk, mens nasjonale tiltak må til for å få bukt med komposisjonelle faktorar.

2.4 Dei lukka rom

For visse metodiske tilnærmingar er helsetenesta nærast ein stengt arena. Omsynet til teieplikta gjer at interaksjon mellom lege og pasient vanskelig lar seg observere av utanforståande. Tilgangen til institusjonar som sjukehus og sjukeheimar er også sterkt avgrensa for forskning, der eit regelverk basert på samtykke kan gje utvalspopulasjonar som ikkje er representative. Særleg er den kvalitative forskinga på organisatoriske tilhøve i helseinstitusjonar truga av ei stadig strengare lovbasert regulering av innsyn (Murphy og Dingwall 2003). Det same kan til ein viss grad seiast om kvantitativ forskning. Likevel har ein fått eit større potensial for kvantitativ forskning på grunn av eit auka elektronisk informasjonstilfang. Igjen er det slik at interaksjon vanskeleg lar seg fange av kvantitative forskingsdesign.

2.5 Fråfall

Mens innsynsproblematikken gjer seg gjeldande for kvalitative tilnærmingar, er fråfallsproblemet ei særleg utfordring for kvantitative design. Grupper med kjenneteikn som låg utdanning, låg inntekt eller sosiale stønader er systematisk underrepresenterte i både postale og intervjubaserte undersøkingar. Mens epidemiologisk forskning nyttar dødsårsaksregisteret der fråfallet av openbare årsaker er minimalt, har ein ikkje tilsvarende datakjelder for å fanga opp trekk ved helsetenestene. Fråfallsproblemet kan få særleg store konsekvensar for forskning på helsetenestene, fordi det er dei svakaste ein ikkje greier å nå. I noka mon er dette eit spørsmål om ressursar. Med tid og innsats vil ein kunne nå ein større del av fråfallsgruppene, t.d. ved å sende mange purringar eller ta personleg kontakt (intervju) med dei

som ikkje sjølv har teke initiativ til å svare. I den grad ein får betre tilgang på registerdata, t.d. etableringa av Norsk pasientregister, vil ein også kunne skaffe informasjon om dei om ikkje svarar.

3. Kvar går empirien?

For undersøkingar av norsk helseteneste er det utarbeidd ei kunnskaps-oversikt som omhandlar sosio-demografiske forskjellar i bruk og tilgang på helsetenester (Clench-Aas 2007). Gjennomgangen skil mellom somatisk helseteneste, psykiatri og tannhelseteneste. Innafor kvart av desse områda definerast deltenester. Vidare er det skilt mellom spedbarn, barn, vaksne og eldre innafor kvart område. Med denne framgangsmåten kan ein lettare få fram hol i kunnskapen. Når det gjeld somatiske helsetenester er hovudfunnet at kontakt er styrt av behov. I den grad det er funne variasjonar, peikar det i retning av at personar med høg utdanning brukar tenestene meir. For psykiatri er det gjort få studiar som kontrollerer for variasjonar i behov, men studiar av barn indikerer meir bruk hos barn frå familiar med låg utdanning. For tannhelse gjeld det at vaksne med høgare utdanning oftare tek kontakt. Eit hovudproblem med mange av studiane er at dei er deskriptive og ikkje kontrollerer for variasjonar i behov. Rapporten konkluderer med at det er store hol i kunnskapsgrunnet, og at andre skandinaviske land er komne lenger i denne forskinga.

For britisk helseteneste finst det ein betydelig forskingslitteratur om mulige sosiale gradientar i bruk og tilgang på helsetenester. Under blir tre forsøk på å systematisere denne litteraturen omtala.

3.1 Likeverdig tilgang til helsetenester. Goddard & Smith 1998

Oversikta til Goddard og Smith nytta ei inndeling som likna den som blei brukt i den norske studien, men inkluderte i tillegg geografi. For kvar av desse kategoriane vurderte Goddard og Smith allmennpraksis, akutte sjukehusopphald, psykiatri, førebyggjande helsetenester og institusjons-helsetenester.

Litteraturstudien frå 1998 fann at for generelle mål for bruk av sjukehusenester og allmennpraksis kunne ein ikkje spore eintydige sosiale gradientar. For bruken av meir spesialiserte medisinske tilbod fann dei ein tendens til mindre bruk for pasientar med lågare sosioøkonomisk status. Goddard og Smith kritiserte det metodiske grunnlaget for desse funna. Dei hevda at tenestebehovet ofte var undervurdert blant grupper med låg sosioøkonomisk status slik at underforbruket var enda større enn det studiane viste. For førebyggjande tenester slik som vaksinasjonar og screening

viste litteraturgjennomgangen til Goddard og Smith eit klart underforbruk hos grupper med låg sosioøkonomisk status.

3.2 Utsette grupper og tilgang til helsetenester: ein kritisk tolkande gjennomgang. Dixon Woods m.fl. 2005

Dixon Woods og medarbeidarar deler forskingsbidraga i 5 ulike grupper: etter indikatorar for sosioøkonomisk status, etnisitet, barndom, alderdom og kjønn. Dei legg opp til ei meir analytisk tilnærming enn den Goddard og Smith bruka. I staden for ei meir mekanisk sortering etter befolkningsgrupper og typar av tenester, er fokus på fire tema:

1. *Strategiar for å finne hjelp til helseproblemet.* Sjølv om tenester er tilgjengelige, og symptoma eksisterer, betyr ikkje dette at tenester faktisk nyttast. Folk må erkjenne og vurdere sine eigne symptom, og finne ei adekvat adresse for desse i helsetenesta. Dette er oppgaver som krev ein bestemt kompetanse som kan vera sosialt eller kulturelt betinga. Ikkje minst kan tilgang til ressursar og personlege nettverk spele ei sentral rolle. Det kan også vere skilnader i korleis pasienten og helsetenesta oppfatar helseproblemet, skilnader som kan føre til tersklar både for førstegangs behandling for eit problem og vidare oppfølging. Det eksisterer portvaktarar på mange nivå, og identitetsproblem kan oppstå i kommunikasjonen med desse.
2. *Kor tilgjengelige tenestene er.* Dette handlar om variasjonar på tilbodssida, herunder manglande kapasitet, variasjonar i kvalitet og ujamn geografisk spreiiing av tenester.
3. *Organisatoriske trekk ved helsetenestene.* Yrkesgruppene i helsetenesta baserer seg i følgje forfattarane på ein 'idealbrukar' som er stand til å respondere på tenesta etter yrkesgruppenes forventningar, og som har preferansar som liknar måten tenestene er organiserte på. Grupper som i mindre grad tilfredsstillar desse forventningane kan få større problem enn andre.
4. *Intervensjonar for å forbetre tilgang på tenester.* Dette er tiltak som t.d. garantiar for ventetider, standardisering av helsetilbod, tiltak retta mot bestemte medisinske tilstandar eller behandlingar, samhandlingsreformer og brukarmedverknad i utforming av tenester.

Rapporten bygger på ein svært omfattande og kompleks litteratur. Forfattarane finn ingen eintydig samanheng mellom tilgang på tenester og låg sosioøkonomisk status. Dei hevdar vidare at eit rigid skilje mellom produsent og mottakar av tenester ikkje er fruktbart. I staden handlar det om ein prosess der omgrepet 'candidacy' står i sentrum. Det dreier seg om ein dynamisk prosess der bruk av tenester er eit resultat av yrkesutøvarens skjønsmessige vurdering av pasientens behov, men der også pasienten må gjera eit arbeid for å presentere seg sjølv ovafor helsetenesta. Litteraturgjennomgangen finn at det gjennomgåande er slik at grupper med låg sosioøkonomisk status brukar lett tilgjengelige tenester oftare enn andre. Eit paradoks er det derfor at dei same gruppene i mindre grad nyttar førebyggjande tenester. Rapporten hevdar at grupper med låg sosioøkonomisk status handterer helseproblem som ein serie med kriser, heller enn ein kontinuerlig prosess der eiga helse skal ivaretakast på ein strategisk måte. Studiene dei ser på er ikkje eintydige, men tendensen synest å vera at bruken av spesialisthelsetenester ikkje er likeverdig. Svært utsette grupper, slik som heimlause, får ikkje det tilbodet dei skal ha. Former for bruk av helsetenester basert på avtalar identifiserast som eit særleg problem for grupper med låg sosioøkonomisk status. Å møte til ein avtale krev ei mobilisering av eit sett av emosjonelle og praktiske resursar som kan vere meir krevjande for utsette og sårbare grupper. Forfattarane etterlyser meir forskning som kan få belyse kva som må til for at fleire møter til avtaler og skaffar seg avtaler med meir spesialiserte helsetilbod.

3.3 Er den engelske National Health Service likeverdig? Ein gjennomgang av funn. Dixon m.fl. 2007.

Oversikta til Dixon er i hovudsak oppteken av tilgang på tenester. Forfattarane erkjenner at dei fleste studiar omhandlar bruk av tenester og ikkje tilgang. Dei tek sosio-økonomiske variasjonar i bruk av tenester som indikatorar på avvik frå målsettinga om likeverdig helsetilbod. Dei er også klare på at variasjonar i bruk mellom grupper kan skuldast bevisste val. Dette gjeld til dømes bruken av legevakt som alternativ ved negative erfaringar med det ordinære legetilbodet. Ut frå ein normativ ståstad kan det derfor vere vanskelig å sjå på variasjonar i bruksfrekvens som avvik frå ei norm om likeverdig helsetilbod. Som regel vil studiar av bruk av tenester ikkje greie å skilje ut variasjonar som skuldast bevisste preferansar.

Eit anna problem ved å nytte sosio-økonomiske bruksvariasjonar som indikatorar ligg i skiljet mellom evna til å gjere seg nytte av eit tilbod, og alvoret i sjukdommen. Dette er to eigenskapar som ikkje alltid er samfallande. I praksis blir bruksindikatorar tolka som indikator for variasjon i helsetilstand i dei studia som forfattarane drøfter.

Kunnskapsoversikten deler litteraturen inn to grupper etter forskingsdesign: det som blir definerte som 'Mikrostudiar' handlar om spesifikke behandlingar eller tenester retta mot bestemte pasientgrupper. Ofte handlar det om operasjonar, men førebyggjande tenester slik som screeningar og vaksinasjonar er også studert. Det kan også dreie seg om studiar av bestemte geografiske område. Slike undersøkingar baserer seg ofte på journalar eller andre kjelder, der kliniske vurderingar frå helsepersonell definerer alvoret i pasientens sjukdomstilstand. Ein hovudkonklusjon frå denne typen av studiar er at det ikkje er eit samsvar mellom behov og bruk eller tilgang, og at grupper med låg sosio-økonomisk status brukar tenestene mindre enn det omfang av helseproblem skulle tilsei.

'Makrostudiar' handlar om generelle befolknings-undersøkingar. I denne typen studiar handlar det som regel om aggregerte mål på bruk av tenester, med behovsindikatorar henta frå brukaranes eigen oppleving av helseproblema sine. Når det gjeld sosio-økonomiske gradientar i bruken av tenester finn forfattarane at mønstra har endra seg over tid. Mens tidligare studiar viste ein tendens til meir bruk hos grupper med høg inntekt, finn ein i seinare studiar at grupper med låg sosio-økonomisk status brukar meir tenester, også etter at det er justert for behovsindikatorar.

3.4 Oppsummering

Studiane til Dixon m.fl. (2007) og Goddard & Smith (1998) representerer ein "mekanisk" gjennomgang av relevant forskning. Dei to tilnærmingane skil seg noko frå kvarandre i måten litteraturen blir klassifisert på. Mens Goddard & Smith brukar typar av tenester/ spesialiseringsnivå som utgangspunkt, er det metodisk tilnærming som ligg til grunn for klassifiseringa til Dixon m.fl. Ut frå desse to oversiktene kan ein konkludere at

- Spesialiserte tenester brukast meir av grupper med høg sosio-økonomisk status
- Førebyggjande tenester brukast meir av grupper med høg sosio-økonomisk status

- Akutte tenester brukast meir av grupper med låg sosioøkonomisk status
- Allmennlegetenester har ingen eintydig sosial gradient, men det kan sjå ut til å vere ein tendens til meir bruk blant grupper med låg sosioøkonomisk status, ein tendens som er blitt meir tydeleg over tid

Eit problem med kunnskapsoppsummeringar av denne typen er at dei lett kan gje eit statisk bilete av korleis helsetenesta fungerer. Dersom ein finn mange nok studiar av eit fenomen eller ein bestemt teneste som peikar i same retning, kan det feste seg eit inntrykk av meir eller mindre lovbestemte samband. Det forskinga i mindre grad seier noko om er dei mekanismane som skapar og opprettheld mønstre i form av sosiale gradientar. Dermed står mønstra fram som noko som ikkje lar seg forandre.

Dei konkluderande punkta over kan for så vidt finnast att i oversikta til Dixon Woods m.fl. (2005). Men som tittelen på rapporten deira viser, "a critical interpretive view", er ambisjonsnivået å dra slutningar som peikar ut over summen av konkrete forskingsbidrag. Mangfaldet av litteratur som forfattarane tek utgangspunkt i blir betrakta som ein empiri som sjølv må analyserast, og som nye omgrep og innsikter kan utleiast frå. Det er snakk om ein syntetiserande bruk av forskingsresultat frå eit mangfald av studiar. Gjennom ei analyserande tilnærming prøver dei å klargjera mekanismar som ligg bak og kan forklare det ein på "overflata" kan observere som sosiale gradientar i bruken av helsetenester.

Omgrepet "candidacy" representerer ei forståing av variasjonar i bruk av tenester som resultat av ein prosess der behovet for helseundersøking/utgreiing og eventuell intervensjon forhandlast fram mellom individet og helsetesta. Dette er ein dynamisk prosess som heile tida redefinerast, og der mellom anna desse faktorane verkar inn:

- Historikken i relasjonen mellom personalet og pasienten, dei som over tid har hatt negative erfaringar får mindre forventningar til kva dei kan oppnå, og oppsøker derfor helsetenester sjeldnare.
- Geografisk opphoping av negative levekårstilhøve kan føre til ei "normalisering" av symptom som i andre miljø ville blitt oppfatta som symptom med behov for hjelp.
- Folk må sjølv vere i stand til å identifisere og vurdere eigne symptom, og finne ein adekvat adresse i behandlingsapparatet for desse

symptoma. Dette er oppgåver som krev bestemte former for kompetanse og ressursar som også utviser sosiale mønstre.

- Evna til å møte til avtaler med helsetenesta kan vere bestemt av språklege og praktiske tilhøve, slik som transport eller omsorgsoppgåver.
- Yrkesgruppene i helsetenesta baserer seg ofte implisitt på det ein kan kalla ein "idealbrukar". Dette er pasientar som er i stand til å tilpasse eigen kompetanse og ressursar til den måten tenesta er organisert og formidla på.

4. Helse reformer og likeverd: blir det betre dersom pasienten kan velja?

I skandinaviske velferdsstatar har det ikkje vore nokon tradisjon for at borgaren skal ha rett til å velja mellom alternative helsetenestetilbydarar. Ideen har vore at dei offentlege løysingane skal ha ein slik kvalitet at spørsmålet om alternativ ikkje blir relevant. Ein konsekvens av dette er at det blir eit 'svart hol' i den demokratiske prosessen (Rothstein 1998). Dette kan vera eit særleg problem i tilfelle der yrkesutøvarane spelar ei avgjerande rolle for livssituasjonen til klienten. Dersom personar med fysiske funksjonshemmingar ikkje har høve til å velja eller byte ut dei hjelparane dei blir tildela frå sentralt hald, kan dei bli eksponerte for ein 'unchecked exercise of power' (Rothstein 1998 s.196). Det som finn stad innafor 'dei lukka rom' lar seg vanskeleg styre frå sentralt hald. Haldningane, ambisjonane og kompetansen til yrkesutøvarane i 'felten' er i høg grad bestemmande for om velferdstenestene har dei kvalitetane ein er samde om. Innføring av større valfridom er motivert av ei forventning om at tenestetilbodet blir meir lydhør for forventingar og behov tenestemottakaren har. Den einskilte skal gjennom val av tenestetilbod utstyrast med ei 'korrigerande makt'.

Kva er sambandet mellom likeverd og meir valfridom for pasientane? Bidreg valfridom i seg sjølv til større likeverd, eller vil nokon sosiale grupper ha meir å tene på å få høve til å velja? Det finst argument både for og imot at omsynet til likeverd blir styrka ved innføring av større valfridom. Det er nærliggande å tru at artikulerde grupper med høg utdanning i størst grad er i stand til å gjere seg nytte av meir valfridom. For å etterspørje relevante helsetenester treng ein informasjon om helsetenestene og korleis ein får tilgang til dei. Kva er fordelane og ulempene ved ulike behandlingstilbod, kven skal ein spørja, og kva slags rettar har ein? Det er grunn til å tru at denne informasjonen er lettare å få tak i for folk med høgare utdanning, som er meir fortruleg med å søke skriftleg informasjon frå ulike kjelder, har god tilgang på internett og dessutan eit nettverk som kan hjelpa dei med å navigere seg i systemet. Bruk av alternative private tilbod er ein muleg strategi berre for dei med finansielle middel. For dei med relativt små ressursar kan kostnader knytt til meir reising, skifting av arbeid eller eventuell barnepass gjere det vanskelegare å dra fordelar av meir valfridom.

4.1 Ja, det blir betre..

Dixon og Le Grand (2006) finn fleire argument for at større valfridom ikkje nødvendigvis favoriserar menneske med høg utdanning eller høg sosial status. Dersom det er slik at grupper med lågare utdanning eller låg sosial status kjenner seg meir sårbare overfor helsetenesta, kan meir valfridom gje ei større grad av meistring og kontroll, og dermed eit meir likeverdig helsetilbod. Dersom desse gruppene i større grad kan ha exit som strategi, kan dette også endre haldningar hos helseprofesjonane, og dermed gjere dei meir lydhøre over behova til desse gruppene. Dixon og Le Grand hevdar derfor at større valfridom langt på veg verkar utjamnande på ulike sosiale grupper makt andsynes tenestene dei står ovanfor. Likevel kan det vere barrierar i form av til dømes tilgang på informasjon. Slike problem kan møtast med politiske verkemiddel, til dømes med ei offentleg pasienthjelparordning¹ som kan bistå og realisere 'informerte val' (Supported choice). Ei slik ordning kan informere om behandlingssopplegg, alternative behandlarar og korleis gjere avtalar med dei, sjå på spesielle behov når det gjeld transport, eller løyse eventuelle språklege problem. Problemet er at ei slik ordning er kostnadskrevjande, særleg dersom det medfører at ein ny profesjon blir etablert. Dixon og Le Grand meiner likevel at desse oppgåvene kan bli teken vare på av eksisterande funksjonar i dei ulike tenestene.

4.2 .. eller kanskje verre?

Ein nyleg gjennomført oversikt over litteraturen om pasientval konkluderer derimot med at behova for å velje er sterkt overvurdert (Greener 2007). Pasientar kan ha meiningar om når dei skal behandlast, i mindre grad kva for behandling dei skal ha og kvar behandlinga skal finne stad. Auka fokus på pasientval tek heller ikkje omsyn til at lege-pasient relasjonen trass alt er ein asymmetrisk maktrelasjon. Greener (2003) hevdar at ideen om å erstatte den tradisjonelle offentlege helsetenesta med ein 'kvasi-marknad' basert på at pasienten vel mellom ulike behandlingstilbod kviler på eit grunnleggande mistak. Vi treng nemleg å stole på doktoren av den grunn at vi ikkje er kompetente til å ta avgjerder om kva slags type behandling vi treng, og kven som best kan tilby denne behandlinga. Vi er avhengige av

¹ I Noreg har ein i det seinare prøvd ut ei ordning med pasienthjelparar i fire kommunar, knytt til ordninga med fritt sjukehusval. Det eventuelle potensialet for sosial utjamning er ikkje drøfta, det er i hovudsak omsynet til effektivitet (reduksjon av ventelister) som dominerer evalueringa av ordninga (Hem 2008). Evalueringa peikar mot fleire alternative måtar å organisera pasienthjelp på.

legen, og må i følge Greener lære oss å ikkje la denne avhengige relasjonen utfordre vår identitet som frie individ. Å vera avhengig er noko vi må gå inn i frivillig og med positiv haldning. Greener trekker også den konklusjon at allmennlegepraksisen må endre seg mykje dersom det skal bli rom for å gje pasienten nok informasjon til å kunne ta fornuftige val om behandlingar i andrelinetenesta. Det er også uklart kva for type informasjon som skal til, og om denne informasjonen faktisk finnast. Greener åtvarar politikarane mot å gjera helsetenesta til ein marknad der ein marknad ikkje kan eksistere.

Pasientval var ein del av reformer som blei introdusert av konservative regjeringar i Sverige og England på 90-talet. Ei ny bølge av liknande reformer kom ti år seinare i dei same landa, då i regi av sosialdemokratiske regjeringar. Marina Fotaki (2006) har samanlikna desse to periodane, og funne at seinare reformer i svært liten grad byggjer på erfaringar frå dei tidligare. Ho rettar også ein generell kritikk mot ideen om den nyttemaksimerande og fullt ut informerte og autonome forbrukaren som grunnlag for den nye pasientrolla. Individuelle val handlar om kva folk er villige til å betale for, som er noko anna enn dei behova folk har for helsetenester. Ho finn også få spor av feedback-mekanismar, det er lite empirisk belegg for at auka vekt på brukarval faktisk gjer tenestene betre eller meir responderande for pasientars behov. Når det gjeld utsiktene til likeverd i tenestetilbodet er pasientval som strategi ein særleg lite eigna strategi, hevdar Fotaki (2006 s. 1069). Årsaka er at barrierar som etnisitet, språk og utdanning avgrensar tilgangen på informasjon, og derfor også avgrensar valmulighetene.

Ein norsk studie peikar på at mange av dei gruppene som skal velje tenestetilbod, faktisk er ute av stand til dette (Eika, 2009). Dette gjeld m.a. demente, utviklingshemma, svært sjuke individ, og barn. Desse gruppene er avhengige av pårørande eller verge. Ikkje alle har like godt utbygde sosiale nettverk. Vi veit at sosial integrasjon også handlar om sosial bakgrunn. Dette gjer at menneskelege ressursar som kan spele ei sentral rolle i valsituasjonar har ei systematisk ulik fordeling. T.d er ein ikkje ubetydeleg andel av sjukeheimspasientar utan aktive pårørande, anten fordi dei ikkje har slekt eller nære vener, dei bur langt unna, eller ikkje er engasjert. Brukarval kan da føre til at dei som ikkje kan velje blir att på institusjonar med dårleg kvalitet. Særleg problematisk er det at tilbodet på desse institusjonane kan bli enda dårlegare. Det er grunn til å tru at dei pårørande som er flinkast til å finne fram til institusjonar med god kvalitet også er dei

som i størst grad overvakar kvaliteten og klagar dersom dei er misnøgde. Dersom ”dei gode vaktbikkjene”, dvs. dei mest aktive pårørande, blir konsentrert i dei gode institusjonane, mistar dei dårlege heimane ein viktig tilsynsressurs. Slik kan brukarval skape ei utilsikta differensiering i tenestetilbodet og ei forverring av tilbodet til dei aller svakaste.

4.3 Typar av tenester avgjer nytten av valfridom?

Dei meir kritiske røystene ser ut til å avvise brukarval som strategi i det heile. Andre er langt meir positive. Pasientval står fram som eit universal-middel som skal skape eit likeverdig og kvalitativt betre og meir effektivt helsevesen. Nokon klar oppfatning om i kva grad meir bruk av pasientval kan realisere eit meir likeverdig helsetilbod er det vanskelig å ha. Auka valfridom kan ha noko for seg på nokon område, men er mindre eigna i andre. For særleg svake grupper og i eldreomsorga kan det sjå ut til at brukarval er lite eigna, i alle fall er det ein fare for at mange ikkje vil ha ein reell sjanse til val. På andre område, slik som t.d. sjukehusval, er valfridom alt ein realitet. Kva for verknader denne ordninga har for eventuell sosial differensiering er ikkje undersøkt.

4.4 Helsereformer og konsekvensar for sosiale gradientar

Litteraturen om pasientval omfattar i hovudsak prinsipielle drøftingar som i liten grad er informera av empiri. Gjennom auka vektlegging av konsumentmakt er reformer som legg opp til pasientval inspirert av marknadsliknande organisasjonsmodellar. Reformar av denne typen vert ofte kalla ”new public management” (NPM). Andre eksempel er etablering av eit organisatorisk skilje mellom bestiller og utfører av helsetenester. Dette skiljet inneber at dei som er administrativt ansvarleg for helsetenestene skal kunne velje mellom ulike tilbydarar. Innafor sjukehussektoren er diagnoserelaterte grupper (DRG) innført som ein del av den innsattsstyrte finansieringa av institusjonane.

Reformene av denne typen har i følgje nokon ein underliggande bodskap om at offentlege tenester bør innrettast som om dei var bedrifter i ein marknad. Dei politiske motiva som ligg bak aktiviteten i helsetenesta kan derfor stå i fare for å miste merksemd. Offentlege velferdstenester betraktast ikkje lenger som middel til å rette opp sosiale forskjellar i levekår, men blir i aukande grad oppfatta som offentlege leveringssystem av konsumentgodar (Eriksen 1996).

Det ser ut til å vere langt mellom studiar som analyserer NPM-relaterte reformer i lys av velferdspolitiske prinsipp som t. d. sosial ulikskap. Problemstillinga er reist av mange, men då i meir prinsipielle former, og ikkje som ansats til empiriske evaluering av reformer. Empiriske studiar som eksplisitt hevdar å analysere samanhenger mellom ressursfordeling i helsetenesta, sosiale gradientar og reformer er gjennomført i land som har vore langt framme når det gjeld NPM-relaterte reformer. Som eksempel kan nemnast Walker m. fl. (2005) frå Australia, og komparative studiar frå England og Sverige (Whitehead m.fl.1997, Diderichson, Varde og Whitehead, 1997). Dette er studiar som ser på endringar over tid når det gjeld sosiale gradientar i kontakten med ulike delar av helsetenesta. Undersøkingane kan strengt tatt ikkje seie noko om i kva grad NPM-relaterte reformer faktisk har innverknad på desse mønstra.

Frå norsk forskning har Lars Grue (2008) gjennomført kvalitative undersøkingar av tilhøva for pasientgrupper med sjeldne funksjonshemmingar i norske sjukehus. I følgje Grue meinte legar at DRG og innsatsstyrt finansiering var med på å tvinge fram ein "økonomitenkning" i høve til kva slags typar pasientar som skal behandlast, kva slags behandling dei skal få, og at det innafor systemet finst gode og dårlige pasientar med omsyn til økonomisk vinning for sjukehuset. Vinnarane kan sjå ut til å vera sjukdommar som er tilpassa ordinære og innarbeidde prosedyrar, som har korte liggetider, og krev liten koordinering eller samordna innsats frå sjukehuset. Rapporten frå Grue viser at organisatoriske tilhøve kan ha ulike konsekvensar for ulike pasientgrupper. Kva dette betyr for sosiale gradientar er ikkje eintydig og treng nærmare gransking.

For eldreomsorga har Vabø (2007) undersøkt konsekvensane av bestiller-utfører ordningar i norske kommunar. Heller ikkje i hennar studie er empiriske konsekvensar for ulike sosiale grupper undersøkt. I ein gjennomgang av forskinga når det gjeld konsekvensane av reformene konkluderer Vabø (2007):

”Sett i forhold til den aktualitet reformene fikk på 1990-tallet, har det vært påfallende lite forskning som kan si noe om hvilke institusjonelle forandringer de har medvirket til. Dette gjelder også for våre nordiske naboland der ideene har hatt større gjennomslagskraft enn her. En oversiktsartikkel som tar for seg de senere årenes forskning omkring NPM i nordisk eldreomsorg, konkluderer at den systematiske kunnskapsinnhenting omkring reformene har vært dominert av kortsiktige og overflatiske utredninger”.

Dette inntrykket kan sjå ut til gjelde mykje av den aktiviteten som fell inn under NPM-reformar. I den grad det er gjennomført evalueringar handlar desse i hovudsak om økonomiske eller administrative konsekvensar. Kva for følgjer reformene har for ulike pasientgrupper er i liten grad systematisk undersøkt.

5. To empiriske illustrasjonar: bruk av helsetenester og stønad hos familiar med astmatiske barn

5.1 Utval

Val av ein diagnose som undersøkingspopulasjon representerer ein 'mikro-strategi'. Å definere ein bestemt diagnose eller sjukdom opnar for andre typar av analyser enn representative undersøkingar. Ein kan t.d. undersøke variasjonar i bruken av avgrensa og spesialiserte behandlingstilbod eller tilgang på trygdeytingar som berre utvalde kronikargrupper kan oppnå.

Har vi med ein diagnose å gjera, er det lettare å skaffe informasjon om korleis alvoret i sjukdommen varierer. Dermed kan ein lettare korrigere for variasjonar i behov. I eksempla under er det born med astma som er bruka. Det betyr at resultatata ikkje nødvendigvis kan overførast til andre diagnosegrupper, eller til vaksne med same diagnose.

Å etablere ein utvalspopulasjon som er avgrensa til ei bestemt diagnosegruppe kan vera krevjande. Eit representativt utval vil berre innehalde ei mindre gruppe med kronisk sjukdom med ein bestemt diagnose. Skal ein analysere variasjonar innafor ei slik gruppe, vil det vere behov for eit svært stort utval. To alternative måtar å definere utvalspopulasjonar er å bruka medlemsregister til pasientpopulasjonar, eller rekruttere deltakarar frå stader der kronikarar får behandling, t. d. sjukehusavdelingar. Det er praktiske, etiske og metodiske problem knytt til begge desse strategiane. I begge høve er representativitet eit problem.

I denne undersøkinga er NAV sitt register over mottakarar av grunn- og hjelpestønad nytta for å definere utvalspopulasjonen. Det norske trygde-systemet omfattar ordninga med grunn- og hjelpestønad. Formålet med ordninga er å avlaste kronisk sjuke sin situasjon gjennom å kompensere for de meirutgiftene som tilstanden bringer med seg. Vilåret som må være oppfylt for å få tildelt stønad, er at det ligg føre ein varig sjukdomstilstand, også etter at det som i lovverket reknast som "hensiktsmessig behandling" er gjennomført. Eit relativt detaljert lov- og regelverk definerer kven som har rett til stønad. NAV har eit register som inkluderer dei som får denne stønaden. Utvalspopulasjonen er henta frå dette registeret. Bruttoutvalet omfatta 2 564 familiar der eitt eller fleire barn hadde astma. Utvalspopulasjonen er omtala i andre publikasjonar (Finnvold 2003, 2006).

Det vart vidare utarbeidd eit postalt spørjeskjema med spørsmål om erfaringar og bruk av helsetenester, barnets helsetilstand og medisinbruk. Det var 70 prosent av familiane som svarte på undersøkinga. I tillegg til informasjonen i skjemaet vart det kopla på informasjon om sosio-demografisk bakgrunn frå ulike register i SSB.

5.2 Variasjonar i sjukdom

NAV sitt register inneheld også informasjon om satsar for stønad, kvart år fastsett av Stortinget i samband med statsbudsjettet. Pr. 1. januar 1997 var det lågaste beløpet på 5 700 kroner i året (sats 1), mens det høgaste beløpet var på 28 000 kroner (sats 6). Hjelpetønad blei gitt med to satsar, 9 600 kroner og 10 300 kroner. I særlege tilfelle blir det gitt høgare beløp til born med vesentlig større behov for hjelp enn det vanlige. I analysane er summen av desse beløpa bruka til å etablere ein indikator for behov.

Skjemaet som foreldra returnerte hadde og fleire spørsmål om helse-tilstand, slik som foreldras generelle vurdering av barnets helse, deira vurdering av korleis helsetilstanden hadde endra seg over tid, erfaringar med anfall, søvnproblem relatert til astma, og bruk av medisin. Astma er ein tilstand som i stor grad kan kontrollerast med rett bruk av medisin. Kva som er rett medisinerings lar seg ikkje fange opp i det skjemaet som blei brukt. Likevel vil opplysingar om medisinbruk representere ein indikator for alvorret i tilstanden. Desse opplysingane henta frå skjemaet saman med graderinga etter stønadsbeløp er grunnlaget for å justere for behov når bruken av helsetilbod skal analyserast.

Dersom ein undersøker korleis alvorret i sjukdommen fordeler seg etter foreldra sin utdanningslengde, finn ein systematiske gradientar for dei fleste indikatorar. Barn av foreldre med låg utdanning vurderer barnets generelle helsetilstand som dårlegare enn andre foreldre. Mens 25 prosent av foreldra med høg utdanning meinte at barnets helse var "meget god", hadde 9 prosent av foreldre med låg utdanning den same vurderinga av barnets helsetilstand. I eit av spørsmåla blei foreldra bedt om å vurdere sjukdommens endring over tid. I alt 70 prosent av foreldre med høg utdanning meinte at barnets helse hadde blitt "mye bedre" i perioden etter at ein lege stilte diagnosen. Det var 50 prosent av foreldra med lågast utdanningsnivå som hadde denne erfaringa. Ser ein på erfaringar med søvnproblem på grunn av hoste hos barnet, var det heile 45 prosent av foreldre med lågast

utdanningsnivå som svarte at dei i gjennomsnitt blei forstyrta minst ei natt i veka gjennom det siste året. For foreldre med høg utdanning var det 21 prosent som svarte at dei hadde blitt forstyrta minst ei natt i veka.

Tabell 5.1 Respons på spørsmålet “Hvordan vurderer du/dere hans/hennes helse sånn i sin alminnelighet?” Etter foreldras utdanningslengde. Prosent. (N)

		Meget god	God	Verken god eller dårlig	Dårlig/meget dårlig	
Begge høgare utdanning	100	25	56	18	2	(102)
Ein av foreldrene høgare utdanning	100	15	57	23	5	(271)
Vidaregåande skule/lågare univers/høgskuleutd.	100	9	51	33	7	(1014)
Begge foreldre grunnskule	100	9	42	40	9	(300)

Tabell 5.2 Respons på spørsmålet “Sammenlignet med situasjonen første gangen en lege stilte diagnosen astma, hvordan er hans/hennes helse alt i alt nå?” Etter foreldras utdanningslengde. Prosent. (N)

		Mye bedre	Noe bedre	Om-trent den samme	Noe/ mye dårligere	
Begge høgare utdanning	100	70	23	6	1	(103)
Ein av foreldrene høgare utdanning	100	60	29	7	4	(272)
Vidaregåande skule/lågare univers/høgskuleutd.	100	59	25	11	6	(1020)
Begge foreldre grunnskule	100	51	29	13	7	(295)

Tabell 5.3 Respons på spørsmålet “Hvor ofte i gjennomsnitt har baretts søvn blitt forstyrret på grunn av hoste de siste 12 måneder?” Etter foreldras utdanningslengde. Prosent. (N)

		Aldri våknet	Mindre enn en natt pr. uke	1 eller flere netter pr. uke	
Begge høgare utdanning	100	14	65	21	(101)
Ein av foreldrene høgare utdanning	100	12	59	29	(273)
Vidaregåande skule/lågare univers/ høgskuleutd.	100	8	57	35	(1023)
Begge foreldre grunnskule	100	5	51	45	(300)

Variasjonane i endring av helsetilstand kan bety at helsetilstanden for barn av foreldre med høgast utdanning har hatt ei meir positiv utvikling enn for andre, slik det går fram av tabellen. Det kan igjen bety at rutinar for å avvikle stønad når sjukdommen ikkje lenger har det alvorlet som krevjast for å innfri krava som er nedfelt i rikstrygdeverkets retningslinjer, ikkje er effektive nok. Ei anna tolking er at terskelen for tildeling av stønad varierer systematisk med foreldras utdanning (sjå under).

Ein implikasjon av dei påviste variasjonane i helsetilstand er at behova for helsehjelp varierer systematisk med foreldras utdanningslengde også innafor ein populasjon som alt er diagnostisert med kronisk sjukdom. I analysane av bruk av tenester blir det tatt omsyn til dette.

5.3 Bruk av helsetenester

Er det variasjonar i bruksfrekvens mellom familiar med ulik utdanningsbakgrunn? I ein tidligare studie er bruken av Voksentoppen sentralinstitusjon for astma- og allergi analysert (Finnvold 2006). Institusjonen representerer det mest spesialiserte behandlingstilbodet, og er retta mot barn med særleg alvorlig astma. For å få opphald på institusjonen må barnet ha ei tilvising frå sjukehuslege. Analysane viste at blant mottakarar av grunn- og hjelpestønad var det alvorlet i sjukdommen som var avgjerande for om barnet hadde hatt opphald på institusjonen. Det var behovsindikatoren basert på storleiken av stønaden som mest tydeleg auka sjansen for å ha

hatt opphald på institusjonen. Uavhengig av behov var det også eit klart samband mellom opphald på institusjonen og foreldras utdanningslengde. Barn av foreldre med høg utdanning hadde oftare hatt opphald. Den høge bruksfrekvensen for barn av foreldre med høg utdanning auka ytterligare ved justering for helsetilstand.

Spørsmålet er om sambandet mellom utdanningslengde og bruken av det mest spesialiserte helsetilbod er den same på andre område av helse-tenesta. Opphald på Voksentoppen representerer ein planlagt strategi for meistring av sjukdommen. Legar både på sjukehus og Voksentoppen avgjer kven som skal få opphald. Mens ein planlagt prosess som involverar profesjonelle vurderingar på fleire nivå leier fram til opphald på institusjonen, kan akutte innleggingar på sjukehus eller kontaktar med legevakt indikere ein manglande kontroll med sjukdomen. Denne typen av bruk kunne i mange tilfelle vore unngått. Fleire studiar reknar sjukehusopphald med visse diagnosar, deriblant astma, som 'preventable hospitalizations' (Pitkin Derosé 2008). Finst det ein sosial gradient når det gjeld akutt innlegging på sjukehus og bruk av legevakt lik den vi har sett for opphald på Voksentoppen? Og kva med meir aggregerte mål på bruk av legetenester, lik dei som er bruka i meir makro- orienterte forskingsdesign?

5.3.1 Samla mål for legekontaktar

I alt 94 prosent av familiane svarte at dei brukte ein fast legekontakt for barnet. I alt 14 prosent svarte at dette var ein allmennlege. For dei øvrige familiane var det legespesialist på sjukehus (34 prosent) eller privatpraktiserande legespesialist (pediater) utanfor sjukehus (31 prosent) som blei oppgjeven som fast legekontakt. I tillegg var det 14 prosent som svarte at dei hadde både ein fast sjukehuslege og fast allmennlege. Kva for institusjonell kontekst som blei bruka var ikkje bestemt av sosial bakgrunn, men geografi. Kontinuitet var eit større problem for familiar i dei minst sentrale kommunane, der legespesialist på sjukehus var det mest vanlege. I meir sentrale kommunar, særleg på søraustlandet, var privatpraktiserande spesialistar oftare bruka som fast legekontakt.

Det er eit mål at ein størst mogleg del av legekontakten rettast mot den faste legen. I praksis vil ei pasientgruppe som dette, med hyppig behov for legekontakt, kome i kontakt med legar på ulike spesialiseringsnivå. I undersøkinga blei det spurd om familiane hadde hatt kontakt med lege på grunn

av sjukdom hos barnet det siste året, og kor mange kontaktar dei hadde hatt. Samlemålet inkluderar legekontaktar ved helsestasjon, legevakt, i allmennpraksis og spesialist på og utanfor sjukehus. I gjennomsnitt hadde barnet hatt vel 8 kontaktar det siste året. Tabellen viser at det er ein sosial gradient, men at det er familiar i begge endar av utdanningsskalaen som utmerkar seg. Barn i familiar der begge foreldra hadde høgare utdanning hadde hatt 6,6 kontaktar, familiar der begge foreldre hadde låg utdanning hadde hatt 10,2 kontaktar. Dette var eit statistisk sikkert samband mellom utdanning og bruksfrekvens. Dette sambandet var ikkje lenger signifikant når mål for alvorret i sjukdommen blei inkludert i analysane. Med andre ord, variasjonane i bruksfrekvens mellom familiar med ulikt utdanningsnivå skuldast at alvorret i barnas sjukdom varierer systematisk med foreldras utdanningsnivå.

Tabellen viser og eit relativt tett samband mellom dei fleste indikatorar på behov og bruksfrekvens, i mindre grad for indikatoren basert på nivået av stønadsutbetalingar. Ein multivariat analyse konkluderer at bruksfrekvensen er likeverdige, det er behovsindikatorar som styrer bruksnivået.

Utvalspopulasjonen skal i prinsippet omfatte dei borna om er hardast ramma av astma. Indirekte viser tabellen at dette er ei heterogen gruppe når det gjeld sjukdom. Vel 60 prosent (1092) oppgjer at barnet sin helsestilstand er svært god eller god, mens om lag 40 prosent (685) oppfatta barnets helse som middels eller mindre god. Dette betyr at det å vere stønadmottakar berre eit stykke på veg fortel om alvorret i sjukdommen som barnet er rama av, og at det innafor ein populasjon med stønadmottakarar finst ein sosial gradient når det gjeld alvorret i sjukdommen.

Tabell 5.4 Talet på legekontaktar/kontroller ved: helsestasjon, legevakt, allmennpraksis, spesialist på sjukehus og privatpraktiserande spesialist utanfor sjukehus. Gjennomsnittleg antall kontaktar siste 12 månader.

	Gjennomsnitt	(N)
Foreldres utdanning		
Begge høgare utdanning	6.6	(103)
Ein av foreldrene høgare utdanning	8.2	(275)
Vidaregåande skule/lågare univers/høgskuleutd.	8.1	(1030)
Begge foreldre grunnskule	10.0	(301)
Total		(1709)
Fråfall eller ufullstendig register	-	(91)
Behovsindikatorar/helsetilstand		
<i>Eigenrapportert helse</i>		
Svært god	4.7	(192)
God	7.2	(900)
Verken god eller dårlig	10.2	(569)
Dårleg/svært dårleg	15.9	(116)
Total		(1777)
Fråfall	-	(23)
<i>Grunn/hjelpestønad, nivå ²</i>		
Lågt	8.1	(953)
Lågt/medium	7.1	(356)
medium/høgt	9.6	(266)
Høgt	9.3	(225)
Total		(1800)
Fråfall	-	-
<i>Medisinering</i>		
Ikkje brukt kortison i tablettform siste månad	8.1	(92)
Brukt kortison i tablettform siste månad	15.1	(1668)
Total		(1760)
Fråfall	-	(40)

2 Stønad, utbetaling pr. månad:

Lågt = 5760-10308, Låg/medium = 10309-16068, Medium/høg = 16069-26363, Høg = > 26363

5.3.2 Akutt sjukehusopphald

Akutt innlegging på sjukehus vitnar om manglande kontroll over sjukdommen. Ordlyden i spørjeskjemaet gjorde det klart at det var snakk om akutt innlegging. Hos born er astma den viktigaste årsaka til opphald på sjukehus. Alle opphald på sjukehus med diagnosen astma blir i studien til

Pitkin Derose (2008) rekna som noko som burde vore unngått ('avoidable hospitalization'). Problemet med å avgjera om bruken av ein bestemt type helsetilbod representerer noko 'bra' eller 'dårleg' blir derfor mindre når det gjeld akutt sjukehusinnlegging. Til saman 8 prosent av mottakarane av stønad hadde hatt akutt innlegging i løpet av det siste året. Tabellen visar eit tett samband mellom alvoret i sjukdomen og kven som har hatt akutt innlegging. Ein multivariat analyse bekreftar at det berre er sjukdomsvariable som gjer statistisk sikre utslag. Det er små absolutte forskjellar mellom familiar på ulike utdanningsnivå, forskjellar som heller ikkje er statistisk sikre. Mange familiar oppfattar helsetilstanden til barnet som svært god, og desse er sjeldan råka av akutt innlegging. For dei som opplever helsa som dårleg eller svært dårleg hadde kvar fjerde familie opplevd akutt innlegging.

Tabell 5.5 Andel som svarte 'Ja' på spørsmålet 'Har barnet vært innlagt på sykehus de siste 12 måneder på grunn av akutt astma?' Prosent.

Total	8
Foreldres utdanning	
Begge høgare utdanning	7
Ein av foreldrene høgare utdanning	8
Vidaregåande skule/lågare univers/høgskuleutd.	8
Begge foreldre grunnskule	9
Behovsindikatorar/helsetilstand	
<i>Eigenrapportert helse</i>	
Svært god	3
God	6
Verken god eller dårlig	10
Dårleg/svært dårleg	25
<i>Grunn/hjelpestønad, nivå ²</i>	
Lågt	7
Lågt/medium	7
medium/høgt	13
Høgt	10
Medisinering	
Ikkje brukt kortison i tablettform siste månad	6
Brukt kortison i tablettform siste månad	37

2 Stønad, utbetaling pr. månad:

Lågt = 5760-10308, Låg/medium = 10309-16068, Medium/høg = 16069-26363, Høg = > 26363

5.3.3 Legevakt

Også legevakt kan reknast som ein type bruk av legetenester som burde vore unngått. Til ein viss grad kan ein rekne med at bruken av legevakt reflekterer ein manglande kontroll med sjukdomen. Det finst imidlertid også døme i litteraturen på at legevakt blir nytta strategisk, som eit middel til å få ei alternativ vurdering dersom ein ikkje er nøgd med tilbodet ein elles har tilgang på (Wise 1997). Dels kan altså bruk av legevakt reflektere eit kvalitativt dårleg helsetilbod. Likevel vil det vere vanskelig å unngå at luftvegsrelaterte problem hos små born skapar behov for legekontakt - i helger, ferier og utanfor arbeidstid. Av tabellen ser ein også at bruk av legevakt er vanlig, til saman 53 prosent av familiane hadde hatt kontakt med legevakt. Data er imidlertid samla inn på ein slik måte at ein ikkje kan skilje ut bakgrunnen for bruken av legevakt.

Mønsteret i bruken av legevakt liknar det som er rapportert for akutt innlegging og samla mål for bruksfrekvens. Ein forskjell ligg i at den høgare bruksfrekvensen for dei med lågast utdanning ikkje fell bort dersom ein tek omsyn til variasjonar i behov (multivariat analyse, sjå tabell i vedlegg). I tabellen er mønsteret for legevakt, det lågaste nivået i behandlingshierarkiet, samanlikna med opphald på Voksentoppen sentralinstitusjon, det høgaste nivået. Behovsvariable styrar begge typar av bruk, men det er forskjellar i kva for variable som slår ut. Høgare stønadsnivå peikar mot auka bruk av Voksentoppen. Dette kan tyde på at legar legg vekt på andre sider ved sjukdommen når dei vurderer behovet for tenester enn det som kan lesast ut av foreldras rapportering av sjukdom hos barnet.

Når det gjeld utdanningsnivå er gradienten den motsette for dei to typane av tenester. Barn av foreldre med høg utdanning får oftare opphald på Voksentoppen. Variasjonen er større enn det som går fram av tabellen dersom ein tek omsyn til at helsetilstanden til barn av foreldre med høg utdanning gjennomgåande er betre.

Tabell 5.6 Bruk av legevakt og opphold på Voksentoppen sentralinstitusjon for astmatikere.

	Prosent andel som hadde hatt kontakt med legevakt siste 12 måneder	Prosent andel som hadde hatt opphold på Voksentoppen sentralinstitusjon
Total	53	11
Foreldres utdanning		
Begge høgare utdanning	44	18
Ein av foreldrene høgare utdanning	51	18
Vidaregåande skule/lågare univers/høgskuleutd.	52	10
Begge foreldre grunnskule	61	10
Indiaktorar for behov		
<i>Eigenrapportert helse</i>		
Svært god	38	12
God	49	10
Verken god eller dårlig	61	11
Dårleg/svært dårleg	70	26
<i>Grunn/hjelpestønad, nivå ²</i>		
Lågt	52	7
Lågt/medium	54	11
Medium/høgt	51	19
Høgt	55	23
<i>Medisinering</i>		
Ikkje brukt kortison i tablettform siste månad	68	10
Brukt kortison i tablettform siste månad	52	29
Sosiale nettverk, sosial deltaking		
<i>Medlemskap i astma- og allergiforbundet</i>		
Ja	55	16
Nei	51	7
<i>Deltatt i aktiviteter arrangert av astma- og allergiforbundet eller andre pasientorganisasjoner?</i>		
Ja	56	18
Nei	51	8
<i>God venn eller slektning som er lege?</i>		
Ja	37	23
Nei	53	11

5.3.4 Oppsummering

For alle analyser er det indikatorar for behov som i statistisk tyding er viktigast for å forstå variasjonar i bruksfrekvens. Slik sett gir analysane eit rasjonelt bilete av ein helseteneste som evnar å fange opp familiar med dei størst behova. For same undersøkingpopulasjon har utdanningsnivået ulik effekt på bruksfrekvensen. Låg utdanning hos foreldre peikar mot eit høgare generelt bruksnivå for samla mål på bruk av helsetenester, akutt-opphald og særleg høgt for legevakt. Høg utdanning peikar mot ein lågare bruksfrekvens. Dei observerte gradientane reflekterer at omfanget av sjukdom også har ein tydeleg sosial gradient. Multivariate analyser (tabell, vedlegg) viser at samvariasjonen mellom mål for bruk og utdanningslengde i ein del tilfelle fell bort når ein tek omsyn til indikatorar for behov. I andre tilfelle vert forskjellar forsterka når indikatorar for behov er med i analysane. I tilfellet legevakt var det slik at foreldre med låg utdanning brukte dette tilbodet meir enn andre, også når variasjonar i behov blei tatt med i analysen (sjå vedleggstabell). Dette betyr at bruk av samla mål på bruksfrekvens kan skjule viktige variasjonar i korleis ulike tilbod blir bruka av ulike grupper.

Den sosiale profilen på bruken av det mest spesialiserte behandlingstilbodet skil seg frå øvrige mål på bruken av tenester. Høg utdanning inneber klart meir bruk av spesialiserte tenester. Analysane over er i hovudsak beskrivande, igjen er det vanskelig å vite kva som ligg bak effekten av utdanningsnivå: kva kan tilskrivast helsetenesta, og kva skuldast ulike måtar familiar handsamar sjukdommen på. To forklaringar som er testa empirisk er sosialt nettverk og busetnadsmønster. Familiar med høg utdanning har eit meir sentralisert busetnadsmønster, utan at dette i særleg grad verkar inn på bruken av dei tenestene som er analysera. Sosiale nettverk, målt som det å ha ein lege i nær slekt eller omgangskrets, minkar til ein viss grad bruken av legevakt og akutte sjukehusbesøk, og gjer opphald på Voksentoppen sentralinstitusjon meir sannsynleg. Dette er ei av forklaringane på at høg utdanning peikar mot meir bruk av det mest spesialiserte helsetilbodet.

Resultata frå undersøkinga av familiar med astmatiske barn har klare fellestrekk med mykje av det som er observert frå britisk helseteneste (kapittel 3). For meir aggregerte mål på kontaktar med allmennlege har ein funne at det ikkje er forskjellar mellom sosioøkonomiske grupper dersom

ein kontrollerer for variasjonar i behov, i nokre tilfelle er det observert ein svak overrepresentasjon i allmennpraksis av grupper med låg sosioøkonomisk status (Dixon m. fl. 2007 s. 105). Ein liknande konklusjon finn ein og hos Dixon-Woods m-fl. (2006) når det gjeld tenester som er lett tilgjengelige ("permeable"). Eit konsistent funn i den britiske litteraturen er at spesialiserte helsetilbod brukast meir av grupper med høg sosioøkonomisk status. Dette er ikkje heilt samsvarande med analysen av akutte sjukehusopphald, men stemmer godt med at familiar med høg utdanning oftare har opphald på Voksentoppen.

Elles illustrerer resultatata at det er avgjerande å inkludera behovsmål, og gjerne behovsmål med fleire kjelder for å avgjera om det faktisk finst skilnader mellom sosio-økonomiske grupper (Goddard og Smith 2001). Å inkludere behovsfaktorar dempar eller eliminerar sosiale gradientar (analysen av akutt sjukehusopphald), men kan også forsterke inntrykket av forskjellar i bruk (analysen av opphald på Voksentoppen sentralinstitusjon).

5.4 Tilgang på informasjon om trygderettar

Kontantyingar representerer utan tvil eit gode. Ettersom det einaste tildelingskriteriet er sjukdomstilhøve, er det ikkje noko stigmatiserande element knytt til mottak av stønad. Aktørane som er involverte i tildelingsprosessen skal i prinsippet ikkje kunne påverke resultatet av tildelinga. Legitimiteten til ordninga kviler på at tildelinga er upersonlig og rettferdig, at det bare er alvoret i helsetilstanden som verkar inn på tildelingsresultatet. Ser ein på den demografiske profilen på stønadmottakarane, er det ein klar overrepresentasjon av born i familiar med låg utdanning eller der mor eller far får sosialhjelp (Finnvold 2001). Demografiske studiar frå Noreg og andre land viser at astma hos born har ein sosial gradient, og at fordelinga av stønad truleg reflekterer dette.

5.4.1 Kven informerte om retten til å søke?

Tidlegare analyser viste at foreldre med høgare utdanning sjeldnare enn andre opplevde forseinkingar i tildelingsprosessen (Finnvold 2003). Informasjon om ordninga spelar ei sentral rolle. Eit fleirtal av dei som hadde stønad meinte at dei hadde fått stønaden for seint. Typisk for desse var at dei hadde funne ut om ordninga på eiga hand eller via sitt eige sosiale nettverk. I alt 26 prosent hadde fått opplyst om at dei kunne søke stønad

av lege, mens 10 prosent hadde fått opplysninga av sjukepleiar/sosionom som arbeidde på sjukehus. Typisk for desse var at dei hadde fått stønad tidligare i barnets sjukdomsperiode. 18 månader hadde det tatt frå diagnosen blei stilt av ein lege til dei fekk stønad første gong, mens det tok 16 månader for dei som var blitt opplyst om trygderettar av sosionom/sjukepleiar. For dei som fekk opplysingar via sitt eige nettverk tok det lenger tid, om lag 26 månader.

Tabell 5.7 Grunn-og hjelpestønad. Tidsintervall frå diagnosetidspunkt til første gongs innvilging av stønad. Etter kven som informerte foreldra om retten til å søke om grunnstønad/hjelpestønad. Gjennomsnittleg antall månader.

Gjennom lege	18	(443)
Gjennom sosionom/sjukepleiar på sjukehus	16	(166)
Gjennom kommunen eller fylkestyrgdekontoret	26	(49)
Gjennom pasientorganisasjonar (NAAF/LHL)	29	(95)
Gjennom venner/familie/kjente	25	(523)
Annen måte	22	(81)

Kva kjenneteiknar familiar som fekk opplysingar om stønad frå profesjonar, og ikkje gjennom eigne nettverk? Slik spørsmålet er formulert går det ikkje fram om foreldra sjølv hadde etterspurt denne informasjonen. Tabell 5.8 viser ein klar sosial gradient når det gjeld legar. I alt 45 prosent av dei med høgast utdanning hadde blitt opplyst om stønad av lege, samanlikna med 24 prosent for dei med middels eller låg utdanning. Ein tilsvarande gradient er ikkje observert for dei som fekk opplysingar om trygderettar via sjukepleiarar eller sosionomar ved sjukehus.

Tabell 5.8 Informasjon om trygderettar. Andel som blei informert av lege om retten til å søke stønad. Prosent. (N)

	Andel som blei informert av lege	Andel som blei informert av sosionom/ sjukepleiar på sjukehus	(N)
Foreldres utdanning			
Begge høgare utdanning	45	10	(103)
Ein av foreldrene høgare utdanning	27	11	(275)
Vidaregåande skule/lågare univers/høgskuleutd.	24	10	(1030)
Begge foreldre grunnskule	24	9	(301)
Total			(1709)
Fråfall eller ufullstendig register			(91)
Sosialt nettverk			
Foreldre som har nære venner eller familie som er lege	46	10	(81)
Utan lege i nettverket	24	9	(1719)
Total			(1800)
Fråfall eller ufullstendig register			-

Informasjon spelar ei sentral rolle i denne og truleg mange andre situasjonar for pasientar med kronisk sjukdom. Det er uklart kvifor foreldre med høg utdanning lettare får informasjon enn andre. Det kan bety at legen oftare har formidla informasjonen, eller at foreldre oftare har søkt informasjon. Det er interessant at det ikkje er nokon sosial gradient når det gjeld den informasjonen som blir formidla av sosionomar og sjukepleiarar. Dette er grupper som kan spele ei viktig rolle dersom t.d ordningar med pasienthjelp blir utvikla vidare.

5.4.2 Stønadsprosessen: Kven fekk avslag?

I alt 14 prosent svarte at dei hadde fått eitt eller fleire avslag før dei fekk tildelt stønad. Typisk for dei som hadde fått avslag var at det hadde tatt lenger tid å få stønad. Dei som hadde fått avslag fekk stønad fyrste gong 22 månader etter at ein lege stilte diagnosen astma, mens familiar som ikkje hadde fått avslag fekk stønaden 16 månader etter diagnosetidspunktet.

Som vist i tabellen hadde foreldre med låg utdanning oftare fått avslag samanlikna med foreldre med høg utdanning. Dette er samanhengar som er statistisk sikre. Det var også slik at foreldre som hadde ein lege i nettverket sitt sjeldnare hadde fått avslag. For foreldre som var medlem i astma- og allergiforbundet var det fleire som hadde fått avslag.

Tabell 5.9 Andel som svarte 'Ja' på spørsmålet 'Har du/dere tidligere fått avslag på søknad om grunn- og/eller hjelpestønad for barnets astma' Etter utdanningslengde Prosent. (N=1688)

Total	14
Foreldres utdanning	
Begge høgare utdanning	10
Ein av foreldrene høgare utdanning	14
Vidaregåande skule/lågare univers/høgskuleutd.	15
Begge foreldre grunnskule	17

5.4.3 Hjelp til utfylling av søknad om stønad.

Undersøkinga omfatta eit spørsmål med formuleringa "Har du/dere fått tilbod om personlig veiledning til utfylling av søknad om grunn- og/eller hjelpestønad?" I alt 60 prosent hadde ikkje fått hjelp til utfylling, mens 12 prosent hadde fått hjelp av lege og 16 prosent av sosialkontor og trygdekontor. Pasientorganisasjonar spelte ein liten rolle, berre 2 prosent hadde fått hjelp av NAAF eller LHL. Dei som ikkje hadde fått hjelp hadde ikkje brukt lenger tid på å få stønad enn andre. Det var ein statistisk sikker tendens til at familiar med låg utdanning hadde fått hjelp til utfylling av trygdekontor eller sosialkontor. Å få hjelp av trygdekontor eller sosialkontor førte likevel ikkje til at stønad blei gitt tidligare enn andre. Det var også ein tendens til at familiar der begge foreldra hadde høg utdanning ikkje hadde fått hjelp. Som tabellen viser var det ikkje store forskjellar.

Tabell 5.10 Respons på spørsmålet Har du/dere fått tilbud om personlig veiledning til utfylling av søknad om grunn- og/eller hjelpestønad? Etter utdanningslengde Prosent. (N=1688)

	Nei	Ja, av leger	Ja, av Trygde/Sosialkontor	Ja, av pasientorganisasjoner	Ja, av andre	(N)
Total	60	12	16	2	10	(1785)
Foreldres utdanning						
Begge høgare utdanning	71	8	10	2	9	(102)
Ein av foreldrene høgare utdanning	60	14	14	2	10	(274)
Vidaregåande skule/lågare univers/høgskuleutd.	61	12	16	2	9	(1023)
Begge foreldre grunnskule	50	13	22	2	13	(297)

5.4.4 Kven tok initiativ til å søke?

I spørjeskjemaet blei familiar som på sjølvstendig grunnlag tok initiativ til å søke om stønad indentifisert gjennom formuleringa 'Vil du si at du/dere uten oppfordring av leger eller andre selv tok initiativ til å søke om stønad?' Intensjonen med spørsmålet er å finne ut kven som er aktive eller passive i stønadsprosessen. Kva er typisk for dei som var passive, og svarte nei på dette spørsmålet? Typisk for desse familiare var at begge foreldra hadde høg utdanning. Vidare at dei oftare var busette i Akershus, eit fylke som er kjenneteikna av at relativt mange barn hadde fått stønad (Finnvold 2001, 2003). Familiar som brukte privatpraktiserande leger var til ein viss grad mindre aktive, mens dei som hadde ein lege i nettverket også var mindre aktive. Ein multivariat analyse som inkluderte variablane i tabellen viste at det var fylkestilknytning som i størst grad verka inn på resultatet, men at det framleis var ein statistisk sikker samanheng mellom høg utdanning og initiativ.

Tabell 5.11 Andel som svarte 'Ja' på spørsmålet ' Vil du si at du/dere uten oppfordring av lege eller andre selv tok initiativ til å søke om stønad?'

Etter utdanningslengde Prosent. (N=1688)

Total	50	(1767)
Foreldres utdanning		
Begge høgare utdanning	37	(101)
Ein av foreldrene høgare utdanning	48	(271)
Vidaregåande skule/lågare univers/høgskuleutd.	52	(1021)
Begge foreldre grunnskule	51	(295)
Busette i Akershus		
Busette i Akershus	37	(429)
Busette i andre fylke	54	(1346)
Brukte privatpraktiserande pediater som fast lege		
Brukte privatpraktiserande pediater som fast lege	46	(542)
Brukte lege på sjukehus eller allmennpraktikar		
Brukte lege på sjukehus eller allmennpraktikar	52	(1214)
Foreldre som har nære venner eller familie som er lege		
Foreldre som har nære venner eller familie som er lege	31	(80)
Utan lege i nettverket		
Utan lege i nettverket	51	(1695)

5.4.5 Oppsummering

Å bli informert om ordninga med grunn- og hjelpestønad av lege eller sosionom og sjukepleier betyr at stønad blir gitt relativt kort tid etter at ein lege stilte diagnosen astma. For dei med høg utdanning var det klart fleire som fekk slik informasjon av lege.

Avslag på søknad førte til seinare tildeling av stønad, eit utfall som var sjeldnare for familiar med høg utdanning. Dette er alle moment som peikar i retning av at terskelen for tilståing av stønad er lågare for dei med høg utdanning.

Det går ikkje fram av spørsmåla om det er foreldra som etterspør informasjon, eller om det er yrkesutøvarane som tilbyr informasjon. At dei med høg utdanning sjeldnare fekk tilbod om hjelp kan bety at dei ikkje søkte om hjelp så ofte som dei andre fordi dei ikkje hadde behov for det. Det kan også bety at lege eller andre spelte ei meir aktiv rolle. Det kjem også fram at dei med høgast utdanning sjeldnare enn andre sjølv tok initiativ til å søke. Når dei med høg utdanning oftare fekk opplyst om retten

til å søke av lege, kan dette tyde på at legane er meir aktive overfor grupper med høg utdanning (Hall, Roter og Katz 1988 s. 666, Benzeval m. fl. 1995).

Resultata har peika på sosiale forskjellar i erfaringar med stønadsprosessen. I kva grad dette fører til at stønad oftare blir tildela foreldre med høg utdanning når ein tek omsyn til behov kan ein ikkje sikkert slå fast. Det skuldast at analysane er basera på ein populasjon der alle har fått stønad. For å trekke meir sikre konklusjonar treng ein eit representativt utval familiar med kronisk sjukdom rekruttera frå andre register eller behandling sinstitusjonar.

5.5 Sosiale gradientar i kontaktmønster og bruk av stønad: typisk norsk?

Det må strekast under at den norske empirien tek utgangspunkt i erfaringane til ei avgrensa pasientgruppe. Det er ikkje sikkert at desse erfaringane er gjeldande for andre diagnosegrupper, eller for den vaksne befolkninga.

Fleire av dei sosiale gradientane som var tydelige kan finnast igjen i dei britiske kunnskapsoppsummeringane: dette gjeld meir bruk av spesialisthelsetenester hos grupper med høg utdanning når ein tek omsyn til variasjonar i behov, og meir bruk av legevakt hos grupper med låg utdanning. Den såkalla Matteus-effekten - der grupper som i utgangspunktet er privilegert også er dei som har størst utbytte av velferdsordningar slik som utdanning og helse (Gal 1998) - kan sjå ut til å vera relevant også for norske tilhøve.

Som nemnt er det vanskeleg å tolka variasjonar i bruk av tenester, både ut frå normative omsyn og korleis gradientane skal forklarast. Sjølv om ein kan observera relativt mykje bruk av tenester blant dei med høg utdanning, betyr ikkje dette at nivået på bruken av tenester i slike grupper representerer ein norm på korleis det skal vere.

Når det gjeld forklaringsproblemet kan ein t.d. sjå på den høge bruken av legevakt og akutte tenester som i fleire studiar er observert for grupper med låg sosioøkonomisk status. At dette er tenester som er lett tilgjengelige kan vera ei forklaring, eller at bruken av akutte tenester uttrykker ein manglande kontroll med sjukdommen. Eit tredje alternativ kan vere at akutte tenester brukast strategisk som alternativ til tenester som ikkje maktar å løyse problema til pasientane (Wise 1997, Arksey & Sloper 1999).

Når det gjeld helserelaterte stønadsordningar er den internasjonale litteraturen svært avgrensa, i alle fall den som tek opp sosiale gradientar. I ein klassisk studie av gatebyråkratiet hevdar Michael Lipsky (1980) at offentlege register over mottakarar av ulike ytingar ofte seier meir om institusjonane som fordeler godane enn om utbreiinga av dei problem som ytingane er retta mot.

Hansell med fleire (2003) har samanlikna den geografiske utbreiinga av astma for fleire datakjelder. Dei geografiske mønstra var ikkje konsistente, og det blei konkludert at dei ulike kjeldene for bruk av helsetenester ikkje utelukkande kunne vere eit uttrykk for variasjonar i utbreiing av astma. Ein britisk studie av bruken av helserelaterte stønader kom til at geografiske variasjonar utrykte meir enn variasjonar i morbiditet, og at bruken av stønader var mindre i område med høg konsentrasjon av etniske minoritetar (Rosato & Reilly 2006). Resultata frå studien av grunn og hjelpestønad peikar også i retning av at faktorar som ligg utanfor behovsvurderingar spelar ein rolle i tildelingsprosessen, og at utdanningsbakgrunn er ein slik faktor.

5.6 Avslutning

Med berre eitt case-studie kan ein sjølv sagt ikkje gje ein allmenn karakteristikk av korleis norsk helseteneste og trygdeordningar fungerer for ulike sosiale grupper. Likevel er resultata konsistente, og viser at helsetenesta gjennomgåande fungerer betre for foreldre med høg utdanning. Kvifor er det slik? Jon Elster (1992) konkluderer at det foreløpig ikkje er utvikla nokon teori for korleis offentlege institusjonar tildeler knappe godar. I sine studiar av tildelingsprosessar fokuserer Elster på yrkesutøvarane og deira rasjonalitet, og konstaterer at dei ofte har stor fridom til sjølv å definere kriteria for tildeling. Dei er "lokale" i den forstand at dei i mindre grad lar seg styre av retningsliner utarbeidd av sentrale styresmakter. Som eksempel på slike lokale prosessar har t.d. tildeling av sjukeheims plassar og organtransplantasjonar vore studert. Tilnærmingar av denne typen har eit eksplisitt teoretisk føremål, som også kan vera fruktbart for studiar av sosiale variasjonar. Yrkesutøvaranes vurderingar av kva behov pasienten har, og ikkje minst evne til å gjera seg nytte av behandlinga, kan vera relevante tema for vidare forskning.

Elsters studie av lokal rettferd ("local justice") er eksempel på forklaringar som tek utgangspunkt i tenestetilbodet. Ein annan forskingsagenda knytt til tilbudssida handlar om informasjonsutveksling, der det kan sjå ut til at yrkesutøvarane har ein tendens til å gje meir informasjon til pasientar med høg utdanning (Hall, Roter & Katz 1988). Faktorar på tilbudssida handlar ikkje berre om individuelle kjenneteikn ved yrkesutøvarane. Den geografiske fordelinga av tenester kan spele ein rolle, det same gjeld organisatoriske tilhøve slik som brukarvalsordningar. Empiriske undersøkingar på dette området er derimot sjeldne.

Årsaker kan også finnast gjennom undersøkingar av sjølv den *sosiale interaksjonen* mellom pasient og yrkesutøvar. Observasjon av sosial interaksjon er eit forskingsmessig design som er det svært krevjande. Korleis interaksjonen artar seg, og kva som er utfallet av interaksjonen, dersom deltakarane har lik eller ulik sosial bakgrunn er eit ope spørsmål. Dette er spørsmål som har vore framme i Amerikanske studiar, der interaksjon mellom deltakarar med ulik etnisk og sosial bakgrunn har vore studert. Malat (2001) fann at Afro Amerikanske pasientar gjennomgåande hadde ei meir negativ oppleving av konsultasjonar med lege samanlikna med pasientar med europeisk bakgrunn. Dette kunne dels forklarast med at Afro Amerikanske pasientar hadde lågare sosial status.

For det tredje handlar det om mekanismar på *pasientsida*. Sosiale nettverk spelar som nemnt ein viss rolle. Den mest vanlege måten å studera pasienterfaringar har vore gjennom survey-baserte studiar av tverrsnittspopulasjonar. Slike tilnærmingar kan i mindre grad bidra med teoretisk innsikt. Som alternativ kan studiar som analyserer pasientars erfaringar med helsetenesta over tid ha meir for seg. Til dømes finst det fleire studiar av diagnostiseringsprosessar. I mange tilfelle er det avgjerande for utviklinga av sjukdommen at den blir diagnostisert tidleg, slik at pasienten kan få rett behandling. Dette gjeld t.d. ulike former for kreft og diabetes. Så langt tyder forskinga på at pasientar med låg sosioøkonomisk status får diagnosen seinare i utviklinga av sjukdommen enn andre (sjå t.d. Macleod m.fl 2000, Woods m.fl 2006).

Litteratur

Arksey, H. & Sloper P. (1999): Disputed diagnoses: the cases of RSI and childhood cancer, *Social Science & Medicine*, 49, 483-497.

Clench-Aas, J. 2007. Sosiodemografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjeneste i Norge – en kunnskapsoppsummering. Notat, Nasjonalt senter for helsetjenesten.

Barstad, A. 2000. Hvem er de ensomme og isolerte? *Tidsskrift for Velferdsforskning* nr. 3, 53-62.

Benzeval M., Judge, K. & Whitehead, M. (eds) (1995) *Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action* (London, King's

Dixon, A., Le Grand J. 2006. Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS. *Journal of Health Services Research & Policy* 11, 162-166.

Dixon A. et.al 2007. Is the British national health service equitable? The evidence on socio-economic differences in utilization. *J Health Serv Res Policy* 12, 104-109.

Dixon Woods m.fl 2005. Vulnerable groups and access to health care: a critical interpretive view. Report for the National co-ordination Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D. (NCCSDO)

Eika K. 2009. When quality-effective demand is low: Limited consumer sovereignty in the human services. Forthcoming in *Feminist Economics*.

Elstad J. I. 1996. How large are the differences - really? Self-reported long-standing illness among working class and middle class men. *Sociology of Health & Illness* 18, 475-498.

Elster, J. 1992. Local justice. How institutions allocate scarce goods and necessary burdens. Russel / Sage

Finnvold J.E. 2000. Grunn- og hjelpestønad til astmatiske barn: Er trygdetilbudet rettferdig fordelt? *Samfunnspeilet* nr. 2.

Finnvold J.E. 2003. Til enhver etter behov? Om tildeling av trygdeytelser til familier med astmatiske barn. *Tidsskrift for Velferdsforskning* nr. 4.

Finnvold J. E. 2006. Access to specialized health care for asthmatic children in Norway: the significance of parents' educational background and social network. *Social Science & Medicine* 63, 1316-1327.

Finnvold J. E. 2009. Socio-spatial inequalities and the distribution of cash benefits to asthmatic children in Norway. Artikkel under publisering i *International Journal of Health Geographics*.

Fotaki M. 2007. Patient choice in healthcare in England and Sweden: from quasi-market and back to market? A comparative analysis of failure in unlearning. *Public Administration* (85), 1059 – 1075.

Gal, J., 1998. Formulating the Matthew Principle: On the role of the middle classes in the welfare state. *Journal of Social Welfare*, 7, 42-55.

Greener I. 2003. Patient Choice in the NHS: The View from Economic Sociology. *Social Theory & Health* 1, 72-89.

Greener, I. 2007. Are the assumptions underlying patient choice realistic?: a review of the evidence. *British medical bulletin*, 1-10.

Grue, L. 2008. En vanskelig pasient? Sykehusene og pasienter med sjeldne medisinske tilstander. NOVA Rapport 11/08.

Goddard, M., Smith, P. 2001. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine* 53, 1149-1162.

Goddard, M., Smith, P. 1998. Equity of access to health care. Centre for Health Economics, University of York.

Hall, J. A., Roter D.L. & Katz N.R 1988. Meta-analysis of Correlates of Provider Behavior in Medical encounters. *Medical Care*, 26, 657-675.

Hansell, A., Hollowell J., McNiece R., Nichols T. 2003. Validity and interpretation of mortality, health service and survey data on COPD and asthma in England. *European Respiratory Journal*, 21, 279-286.

Hem, K-G. 2008. Pasienthjelpere i Hedmark – en evaluering. SINTEF Rapport

Lipsky, M. 1980. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services, New York: Russel Sage Foundation.

Lorenzen, H. 1995. Når ikke alle kan få – om fordeling av knappe goder. INAS Rapport 1995:13.

Macintyre, S., Maciver, S. & Sooman, A. 2003. Area, Class and Health: Should we be Focusing on Places or People? *Journal of Social Policy*, 22, 13-33.

Macleod, U., Ross, S., Gillis, C., McConnachie, A., Twelves, C. & Watt, G. C. 2000. Socio-economic deprivation and stage of disease at presentation in women with breast cancer, *Ann Oncol*, 11, 105-7.

- Malat, J., 2001. Social Distance and Patients' Rating of Health Care Providers, *Journal of health and Social Behavior*, 42, 360-372.
- Mohan, J. 1998. Explaining geographies of health care: A critique. *Health and place* 4, 113-124.
- Murphy E. Dingwall R. 2003. *Qualitative methods and health policy research*. Aldine de Greuter, New York.
- Mooney G.H. 1983. Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care* 1, 179-185.
- Pitkin Derose K. 2008. Do bonding, Bridging, and Linking Social Capital Affect Preventable Hospitalizations? *Health Services Research*, 43, 1520-1541
- Powell M. Exworthy M. 2003. Equal Access to Health Care and the British National Health Service. *Policy Studies* 24, 51-64.
- Rosato, M. & O'Reilly D. 2006. Should uptake of state benefits be used as indicators of need and disadvantage? *Health and Social Care in the Community*, 14, 294-301.
- Rothstein, B. 1998. *Just institutions matter. The moral logic of the universal welfare state*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Sosial- og helsedepartementet: Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. St. meld. Nr. 20 2007/2007
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd*. NOVA Rapport 22/07.
- Wise M. 1997. Inappropriate attendance in Accident and Emergency. *Accident and Emergency Nursing* 5, 102-106.
- Woods, L. M., Rachet, B. & Coleman, M. P. (2006): Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: a review. *Annals of Oncology*, 17, 5-19.

Vedlegg

TABELL. Multivariate logistiske regresjonsanalyser. Sannsynlighet for å ha brukt tenester med ulik spesialiseringsgrad. Odds-ratio.

	Kontakt med legevakt siste 12 mnd.	Akutt opphold på sjukehus siste 12 mnd.	Opphold på Voksentoppen sentral- institusjon
Foreldres utdanning			
Begge høgare utdanning	1.01	0.82	2.08*
Ein av foreldrene høgare utdanning	1.05	1.11	1.77**
Vidaregåande skule/lågare univers/ høgskuleutd.	Ref.	Ref.	Ref.
Begge foreldre grunnskule	1.44*	1.19	0.98
Behovsindikatorar/helsetilstand			
<i>Eigenrapportert helse</i>			
Svært god	Ref.	Ref.	Ref.
God	1.58**	2.24	1.00
Verken god eller dårlig	2.44**	3.73*	1.30
Dårleg/svært dårleg	3.79**	7.42**	2.64**
<i>Grunn/hjelpestønad, nivå ²</i>			
Lågt	Ref.	Ref.	Ref.
Lågt/medium	1.04	0.94	1.42
Medium/høgt	0.91	1.36	2.63**
Høgt	1.03	1.36	3.33**
Brukt kortison i tablettform siste månad	1.67*	7.10**	2.54**
Mest sentrale kommunar	0.86	0.69	0.71
Sentrale kommunar	Ref.	Ref.	Ref.
Minst sentrale kommunar	0.94	0.41*	0.71
Medlem in NAAF	1.13	1.64	1.94**
Deltatt på aktivitetar arrangert av NAAF	1.18	1.08	2.10**
Har lege i nær familie/omgangskrets	0.63	0.48	2.32*
	1584	1624	1621
* P < .05 ** p < .01			
2 Stønad, utbetaling pr. månad:			
Lågt = 5760-10308, Lågt/medium = 10309-16068, Medium/høgt = 16069-26363, Høgt = > 26363			



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