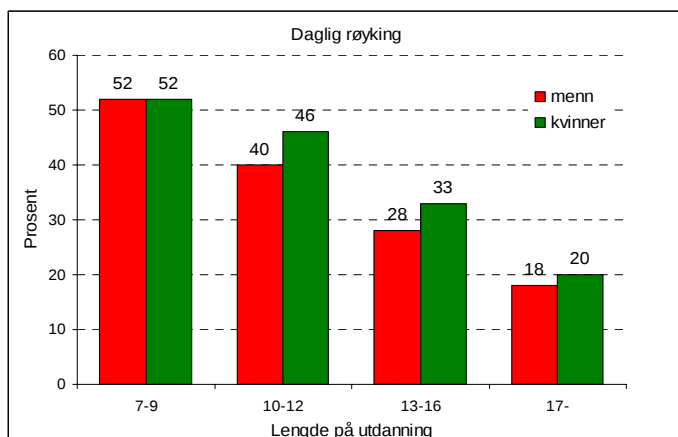


Faktaark: årsaker til sosiale helseforskjeller 2

Forskjeller i helseatferd og helsetjenestebruk bidrar til sosiale helseforskjeller

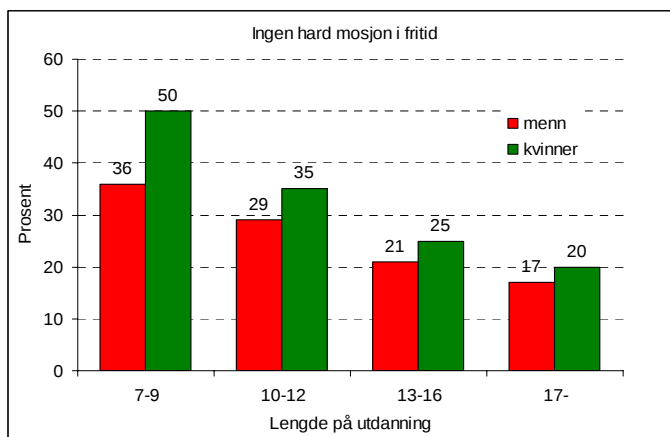
Røyking, ernæring og fysisk aktivitet er sosialt skjevfordelt i befolkningen. Slike forskjeller bidrar til å forsterke sosiale helseforskjeller. Det er sannsynlig at også forskjeller i helsetjenestebruk bidrar til å øke helseforskjellene.

- Forskjeller i fordelingen av grunnleggende ressurser som inntekt, oppvekstvilkår og arbeid (se eget faktaark) påvirker fordelingen av helserisikofaktorer.
- Helseatferdsfaktorer som tobakksbruk, fysisk aktivitet og kosthold er sosialt skjevfordelt i befolkningen.



- Figuren til venstre viser utbredelsen av daglig røyking blant 40-45-årige menn og kvinner etter lengde på utdanning.
- Tallene er basert på helseundersøkelser i fem fylker i perioden 2000-2003.
- I tillegg er sjansen for å klare å slutte å røyke sosialt skjevfordelt: grupper med lengre utdanning, har større sjanse for å klare å slutte.

- Et annet eksempel på helseatferd som er sosialt skjevfordelt, er fysisk aktivitet.
- Figuren til høyre er basert på de samme helseundersøkelsene, og viser andelen som ikke driver noen form for hard mosjon i fritiden.
- Hard mosjon er ikke nødvendigvis et mål på fysisk aktivitet, men gir likevel en indikasjon. Andre studier bekrefter den samme tendensen.
- Også kosthold har sammenheng med sosial bakgrunn: sunnere kosthold er mer utbredt i grupper med lang utdanning og høy inntekt.



Vi vet ikke nok om sosiale forskjeller i tilgang til og bruk av helsetjenester

- Selv om helse først og fremst er et resultat av påvirkningsfaktorer utenfor helsesektoren, kan velfungerende og rettferdig fordelte helsetjenester bidra til å motvirke sosiale helseforskjeller.
- Vi vet ikke nok om hvordan norske helsetjenester virker i forhold til sosial fordeling, men det finnes indikasjoner på systematiske sosiale skjevheter i fordelingen av helsetjenester på enkelte områder:
 - En studie av helsetjenestebruk blant barn og unge viste at bruken av spesialisthelsetjenester økte med lengden på foreldrenes utdanning
 - Også blant voksne tyder studier på at bruken av spesialisthelsetjenester øker med lengde på utdanning
 - Bruken av primærhelsetjenester er tilsynelatende større i grupper med kortere utdanning, men ikke dersom det korrigeres for at også sykkeligheten er større i disse gruppene
 - En studie av fastlegen som "portvokter" for spesialisthelsetjenester, viste at personer med kort utdanning i mindre grad enn personer med lang utdanning blir henvist til spesialist, når det tas hensyn til sykkeligheten
 - En undersøkelse av overlevelse ved kreftsykdommer, viste at pasienter med lav inntekt, grunnskoleutdanning eller manuelt arbeid hadde lavere overlevelse, selv når det ble tatt hensyn til utbredelse av sykdommen ved diagnosetidspunktet.

Kilder for dette faktaarket: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statistisk sentralbyrå, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.