
Slik jobber de fagmedisinske foreningene med å redusere sosial ulikhet i helse

AKTUELT I FORENINGEN

MARIA SKAGE EL-YOUSEF

maria.skage.el-yousef@legeforeningen.no

Samfunnspolitisk avdeling

Under vårens faglandsråd vedtok fagstyret en resolusjon om sosial ulikhet i helse. Aktuelt i foreningen har stilt representanter fra de ulike foreningene spørsmål om hvordan de aktivt jobber med problematikken.



STORE SOSIALE FORSKJELLER: – I Norge har en person med grunnskoleutdanning i gjennomsnitt god helse til fylte 60 år, mens en med høyskole- eller universitetsutdanning har god helse til fylte 70 år, sier leder i Norsk forening for allmenntidrett, Marte Kvittum Tangen. Foto: Anita Sælø

Resolusjonen om sosial ulikhet i helse har som hensikt å forplikte den enkelte fagperson og fagmiljøer til å se på hva de kan bidra med for å ivareta likeverd og rettferdighet i helsetjenestene. Fagstyret trekker særlig fram hvordan de sosioøkonomiske forskjellene har økt de siste ti årene, også innenfor helse. «Igjen og igjen viser forskning at lavere sosioøkonomisk status gir økt risiko for dårligere helse og desto større behov for helsetjenester», heter det i resolusjonen.

Fem måneder etter vedtaket er det interessant å høre hva foreningene gjør for å redusere sosial ulikhet i helse. Felles for de fagmedisinske foreningene er at de vektlegger legenes ansvar om å «gi mest hjelp til de som trenger det mest».

– Sosial ulikhet har en klar sammenheng med psykiske lidelser og rusproblemer, og den psykiske uhelsen forsterkes. Dette blir et hinder for bedring, skaper urettferdighet og forhindrer mennesker i å nå egne potensialer, sier Lars Lien i Norsk psykiatrisk forening.

Mange drivere

Lien får støtte fra Guri Spilhaug i Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM). Spilhaug legger til at drivere for sosial ulikhet i helse er dårlige boforhold, svak sosial tilknytning, dårlig økonomi og lavt utdanningsnivå.

– Det er mange drivere som spiller en viktig rolle for hvordan du tar vare på egen helse. Sårbare grupper får ikke den helsehjelpen de trenger når de blir syke, og det er særlig komplisert å finne riktig tilbud for pasienter med rus- og/eller avhengighetsproblemer, forteller hun.

Leder for Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Marte Kvittum Tangen, poengterer hvor urettferdig sosial ulikhet i Norge er. Hun trekker frem at det resulterer i mange tapte arbeidsdager og leveår med god helse og livskvalitet.

– I Norge har en person med grunnskoleutdanning i gjennomsnitt god helse til fylte 60 år, mens en med høyskole- eller universitetsutdanning har god helse til fylte 70 år. Man ser store skiller mellom Oslos bydeler, spesielt mellom menn. I gjennomsnitt lever menn i Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker sju til åtte år lengre enn menn i bydel Sagene, forteller Kvittum Tangen.

Hun forklarer videre at pasienter med alvorlig psykisk sykdom er særlig utsatt, hvor forventet levealder er rundt 20 år kortere for denne gruppen enn befolkningen for øvrig.

– 60 prosent av denne overdødeligheten skyldes somatiske sykdommer som ofte er livsstilsrelatert og kan forebygges. Vi ser for eksempel at kreftpasienter med høyere utdanning har signifikant flere sykehuskonsultasjoner enn pasienter med lav utdanning. Her har vi leger et ansvar for å jevne ut disse forskjellene, sier Kvittum Tangen.

Likeverdige helsetjenester

Ole Christian Mjølstad fra Norsk cardiologisk selskap og Jana Midelfart Hoff fra Norsk nevrologisk forening, er enige i utfordringene knyttet til sosial ulikhet i helse.

– Vi ser økende sosiale forskjeller og sosial ulikhet i helse, til tross for vår sterke og velfungerende velferdsstat med ambisjon om å tilby befolkningen likeverdige offentlige helsetjenester, påpeker Mjølstad.

– Det er grunnleggende at alle har tilgang og mulighet til å få den behandlingen de trenger. Det må være uavhengig av alder, kjønn, hvor man bor eller hva man tjener. Det er også sentralt i forebyggingsarbeidet slik at man så godt som unngår å bli syk eller klarer å leve med den sykdommen man har, tillegger Midelfart Hoff.

Aktiv oppfølging

De fagmedisinske foreningene er åpenbart opptatt av problematikken. Men er dette nok for å følge opp resolusjonen? Foreningene utfordres på hvordan de aktivt jobber for å redusere sosial ulikhet i helse og får spørsmålet: *Hvordan jobber din fagmedisinske forening for å redusere sosial ulikhet i helse?*

Lars Lien i Norsk psykiatrisk forening understreker at det er viktig å dokumentere og formidle sammenhenger innenfor sosial ulikhet.

– Problematikken er tema i LIS-undervisning og annen undervisning for både leger og annet helsepersonell. I tillegg jobber vi med å formidle funnene utad ved blant annet å skrive kronikker. Likevel er det viktig å poengtere at sosial ulikhet i helse er transgenerasjonell og må løses på andre måter enn kun behandling, bemerker Lien.

Tverrfaglig behandling

Guri Spilhaug og NFRAM jobber særlig med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som sikter å gi pasienter innenfor rus og avhengighet best mulig tilrettelagt behandling. Spilhaug understreker at TSB er et viktig tiltak for å imøtekomme en sårbar gruppe:

– TSB er fremdeles et ungt fagområde i spesialisthelsetjenesten og er ikke fullt utbygget i hele landet. Så å synliggjøre og videreutvikle denne behandlingen er et viktig tiltak. Vi jobber aktivt med å løfte fagområdet på diverse arenaer og blant kolleger, og ønsker oss et forpliktende samarbeid med somatikken og psykisk helsevern for å tilby samtidig utredning og behandling av ruspasienter.

NFA trekker frem den spesielle rollen til allmennleger i arbeidet, og legger blant annet vekt på holdninger i møte med pasienter.

– Vi må fortsette å diskutere hva vi som fastleger kan gjøre for å utlikne noen av forskjellene. Vi må endre egne holdninger, se på oss selv og spørre – hvem velger vi å gi mest og hvorfor? Får de som etterspør våre tjenester mest? Vi må etter beste evne forsøke å identifisere pasienter som trenger spesiell innsats for å forstå og nyttiggjøre seg helsehjelpen vi gir. Vi jobber tettest på pasientene og kjenner både dem og lokalsamfunnet best, forteller Kvittum Tangen.

Konkrete tiltak

Allmennlegene foreslår også konkrete tiltak som skal fjerne hindre for utsatte grupper. Dette inkluderer blant annet sosialt frikort, å fjerne egenandel for personer opptil 20 år og tilrettelagt informasjon og digitale løsninger som gjør det enklere for personer med lavere digital helsekompetanse.

Ole Christian Mjølstad fra Norsk cardiologisk selskap poengterer at det er viktig å jobbe for å beholde og videreutvikle en sterk offentlig helsetjeneste med nok ressurser:

– Dette er viktig både for å behandle og forebygge marginaliserte grupper med de dårligste levekårene. De svakere gruppene taper den preventive kampen – som for eksempel med røyking. Her er det viktig å nå ut til alle for å bidra til at folk tar gode og sunne valg.

En stadig innskrenking av lege-pasienttid og rettigheter knyttet til legemidler og refusjon bekymrer Norsk nevrologisk forening.

– Muligheten til å få medisinen du trenger kan bli avhengig av om du har råd til å legge ut selv eller om du er ressurssterk nok til å kjempe, forklarer Midelfart Hoff.

Utover høsten vil Legeforeningens fagstyre arrangere frokostmøter om sosial ulikhet i helse. I første omgang er planen et møte med særlig fokus på sammenhengen mellom en dårlig oppvekst og sykdom i voksen alder. Følg med på Legeforeningens Facebook-side for mer informasjon.

Publisert: 11. oktober 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.14.14

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.