
Klimaavtrykk og sosial ulikhet i helsetjenesten

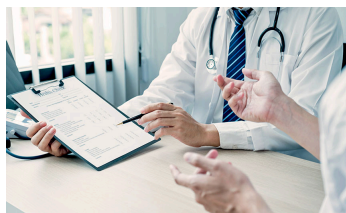
LEGELIVET

BERIT H. BRINGEDAL

berit.bringedal@lefo.no

Berit H. Bringedal er seniorforsker ved Legeforskningsinstituttet.

Helsevesenet er en betydelig bidragsyter til klimaskadelige utslipp. Tiltak for å redusere utslippene kan ramme de dårligst stilte hardest.



Illustrasjonsfoto:

Lucky7trader/iStock

I Norge står helsevesenet for ca. 4 % av alle klimagassutslipp, og målt per innbygger er norsk helsevesen blant de mest utslippsintensive i verden [\(1\)](#). Å redusere helseskadelige utslipp er derfor en stor oppgave for helsetjenesten, ikke minst globalt. Men hvordan kan dette gjøres uten å ramme skjevt?

Det er velkjent at mennesker fra lavere sosiale lag har dårligst helse. De har også høyest forbruk av helsetjenester. Selv om de får mindre helsetjeneste i forhold til behovet sammenlignet med andre, har de det høyeste absolutte forbruket [\(2\)](#). Dette har konsekvenser for hvilke tiltak som bør iverksettes for å redusere klimaskadelige utslipp.

Dersom vi ignorerer den sosiale ulikheten i behovet for og bruken av helsehjelp, risikerer vi å øke den sosiale ulikheten ytterligere, skriver tre forskere i en fersk kommentarartikkel [\(3\)](#). Karbonutslipp fra helsevesenet representerer nesten 20 % av det totale klimaavtrykket per innbygger for det fattigste desilet, og mindre enn 2 % for det rikeste [\(3\)](#). Klimamessig er det mest å hente på å redusere aktiviteten der hvor utslippene er høyest, men det kan innebære å redusere helsehjelpen til gruppene med høyest sykkelighet.

Hvilke løsninger finnes?

Bhopal og medarbeidere peker på tre muligheter til å redusere utslipp fra helsevesenet og samtidig unngå sosial ulikhet (3). For det første kan man inkludere klimautslipp i kriteriesettet for bruken av ressurser, i tillegg til kriterier som kostnadseffektivitet og rettferdighet. Alternativt kan man betrakte utslipp som en begrensning. Det vil si at fordelinger av tiltak og ressurser gjøres under et begrenset utslippsbudsjett tilsvarende et økonomisk budsjett. En tredje mulighet er å formulere oppgaven som å minimere utslipp og helsetap samtidig.

«Hvor stor potensiell helseforbedring er vi villige til å oppgi av hensyn til miljøet?»

Alle alternativene krever avveininger. Hvor stor potensiell helseforbedring er vi for eksempel villige til å oppgi av hensyn til miljøet? Regnskapet er komplisert. Klimaendringene har stor betydning for folkehelsen, dermed gjelder ikke regnestykket bare avveiningen mellom helsetap og reduserte utslipp i dag, men også hvor stort helsetapet kan forventes å bli med lavere eller høyere utslipp i fremtiden.

Bhopal og medarbeidere legger mest vekt på avveiningen mellom ulike sosiale grupper (3). Kan man – på en moralsk forsvarlig måte – forskjellsbehandle pasienter på grunnlag av sosial bakgrunn? Et godt argument for ulikebehandling er å skille mellom vesentlig og mindre vesentlig helsetap, og mellom det som representerer livsviktige tjenester, og det som er mindre viktig. Dersom bruken av helsetjenester varierer mellom sosiale grupper langs denne dimensjonen, vil reduksjon av mindre viktige tjenester kunne innebære reduserte utslipp uten at den sosiale ulikheten øker. Dette er selvsagt et empirisk spørsmål. Gitt at sykeligheten er høyest blant de dårligst stilte, kan vi imidlertid forvente at en slik fordelingspolitikk i det minste ikke vil øke den sosiale ulikheten i helse.

En annen vesentlig avveining er potensialet som ligger i reduksjon av innsatsfaktorene. Den norske prioriteringsdiskusjonen har stort sett dreid seg om hvor stort helsetap vi som pasienter er, eller bør være, villige til å akseptere. Sjeldnere diskuteres betydningen av infrastruktur, forvaltning, reformer, bygningsmasse eller arbeidskraft. Siden det ikke er hugget i stein hvor mye som kreves av innsatsfaktorer for å produsere en gitt mengde helseforbedring, kan det også diskuteres hvor mye av det som kan reduseres for å opprettholde nivået på helseforbedringen – i klimaregnskapets navn.

REFERENCES

1. Brean A. Helseskadelige helseutslipp. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0830. [PubMed][CrossRef]

2. Cookson R, Propper C, Asaria M et al. Socio-economic inequalities in health care in England. *Fisc Stud* 2016; 37: 371–403. [CrossRef]
 3. Bhopal A, Bærøe K, Norheim OF. How do we decarbonise fairly? Emissions, inequities and the implications for net zero healthcare. *J R Soc Med* 2022 doi: 10.1177/01410768221113069. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 10. oktober 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0534
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. juni 2026.