
Den sosiale gradienten på legekontoret

LEGELIVET

BERIT BRINGEDAL

berit.bringedal@legeforeningen.no

LEFO – Legeforskningsinstituttet

Studier tyder på at det er sosiale forskjeller i tilgangen til spesialisthelsetjenester i Norge. Kan dette skyldes kommunikasjonen mellom pasient og lege?



Illustrasjon:
thorbjorn66/iStock

Det er godt dokumentert at det er store helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper. Både sykelighet og dødelighet følger en sosial gradient: Forventet levealder synker og sykeligheten øker med lavere sosioøkonomisk status [\(1\)](#). De viktigste årsakene til dette mønsteret ligger i forhold utenfor helsetjenesten: utdanning, inntekt, boligforhold og levestett.

Men helsevesenet kan også bidra til å opprettholde, kanskje også øke, de sosiale helseforskjellene. Norske studier tyder på at det ikke er sosiale forskjeller i tilgang til primærhelsetjenesten, mens tilgangen til spesialisthelsetjenester er enklere for pasienter med høyere utdanning [\(2\)](#).

En årsak til denne skjevheten kan være at kommunikasjonen mellom lege og pasient påvirkes av pasientens sosiale bakgrunn. Det er ikke urimelig å tenke seg at kommunikasjonen varierer med pasientens kulturelle kapital (like barn «leger» best) – og at dette igjen kan bety at de som er «likere», lettere kommer til spesialist.

Mange studier viser at det er systematiske sosiale forskjeller i måten legen kommuniserer med pasienten på, både verbalt og på andre måter (3). Kulturell bakgrunn, hudfarge, språk, klesstil, talemåter, kjønn og alder – slike forhold påvirker alle menneskelig relasjoner, og relasjoner på legekontoet er selvfølgelig ikke unntatt. En oppsummeringsstudie viser at leger informerer pasienter med høy sosioøkonomisk status bedre, forklarer mer, uttrykker mer emosjonell støtte og involverer pasienten mer i beslutninger om hva som skal gjøres. Konsultasjoner med pasienter med lavere sosioøkonomisk status preges i større grad av direkte spørsmål, biomedisinsk informasjon, fysiologiske målinger og undersøkelser – og mindre av sosialemosjonell samtale eller pasientinvolvering.

«Helsevesenet kan bidra til å opprettholde, kanskje også øke, de sosiale helseforskjellene»

Hvilken betydning dette har for sosial ulikhet i helse, er ikke godt dokumentert. Under forutsetning av at medisinsk behandling har positiv effekt på helsetilstanden, er det imidlertid rimelig å anta at lettere tilgang til spesialisthelsetjeneste også gir bedre helse og kanskje lavere mortalitet (4).

Samtalen med pasienten er ofte den viktigste informasjonskilden i medisinsk behandling, samtidig som den er avgjørende for pasientens involvering i sin egen helse. Kunnskap om våre ubevisste kommunikative skjevheter er første skritt på veien til å jevne ut uønskete forskjeller i møter mellom mennesker fra ulike sosiale grupper.

LITTERATUR

1. Dahl E, Bergsli H, van der Weel KA. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, 2014. <https://fagarkivet-hioa.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Lest 26.6.2019.
2. Godager G, Iversen T. Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i Norge, I: Botten GS, Frich JC, Hagen TP et al, red. Helsetjenestens nye logikk. Bergen: Akademika forlag, 2014: 231–45.
3. Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S et al. The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health* 2012; 11: 12. [PubMed] [CrossRef]
4. Elstad JI. Educational inequalities in hospital care for mortally ill patients in Norway. *Scand J Public Health* 2018; 46: 74–82. [PubMed][CrossRef]