
Likebehandling og sosioøkonomisk status

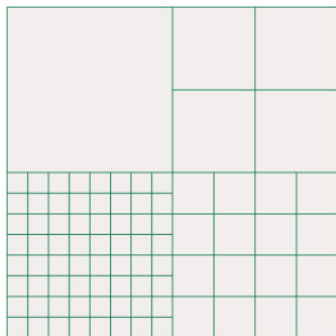
LEGELIVET

BERIT BRINGEDAL

berit.bringedal@lefo.no

Berit Bringedal er seniorforsker ved LEFO – Legeforskningsinstituttet.

Å ta hensyn til sosioøkonomiske faktorer i helsetjenesten vil gi pasienter likere muligheter til å nyttiggjøre seg helsehjelp. Dette mener de fleste leger i Norge.



Illustrasjon: Tidsskriftet

De viktigste årsakene til sosial ulikhet i helse ligger utenfor helsetjenesten. Inntekt, familiebakgrunn og utdanningsnivå er eksempler på sosiale forhold som har stor betydning for forventet levealder og andre helseindikatorer. Men pasientens sosiale, økonomiske og kulturelle bakgrunn kan også påvirke tilgang til helsetjenestene og hvilken behandling man får (1, 2).

Tar norske leger hensyn til slike forhold, og er det riktig å gjøre det? Vi har spurt et representativt utvalg om dette på tre tidspunkter (2008, 2012 og 2016) (3). Resultatene viste at legene i økende grad er positive til å ta hensyn til pasientens sosioøkonomiske situasjon i behandlingen. De vil bruke mer tid på pasienter med færre sosiale og økonomiske ressurser og også be om lavere egenbetaling. Fastlegene vil i større grad enn sykehusleger ta slike hensyn.

Pasientens behov skal telle

Er det riktig å forskjellsbehandle på bakgrunn av sosioøkonomisk situasjon? Profesjonsetikken er klar. Ingen andre forhold enn pasientens behov skal telle. Prinsippet er der for å forhindre ubegrunnet forskjellsbehandling, for å unngå at det gjøres forskjell på kong Salomo og Jørgen hattemaker. Men det betyr ikke at man skal unngå *begrunnet* forskjellsbehandling. Dersom en pasient av ulike årsaker f.eks. trenger mer tid enn en annen, vil ulik behandling øke muligheten for at utfallet av behandlingen blir lik.

Ulike ressurser ved samme diagnose

Et virkemiddel for å redusere ubegrunnet forskjellsbehandling i helsetjenesten er eksplisitt anerkjennelse av at pasienter med samme diagnose kan trenge ulik behandling, fordi de har ulike forutsetninger for å nyttiggjøre seg behandlingen.

Hva forstår leger med «lik tilgang på tjenester av god kvalitet»? Det var en signifikant økning fra 57 % til 65 % som var helt enig i at det er riktig å bruke ulike ressurser for samme diagnose for å oppnå lik helseeffekt.

Genève-erklæringens formulering om at legen ikke skal tillate at sosial, politisk, religiøs eller kulturell bakgrunn skal påvirke «min plikt overfor min pasient» kan gi et signal om å ignorere slike forutsetninger (4). Vi har derfor foreslått en alternativ formulering: «Legen forplikter seg til å gjøre sitt beste for å fordele sin tid og andre ressurser slik at alle pasienter får like muligheter til å nyttiggjøre seg behandlingen til tross for sosiale, økonomiske og kulturelle barrierer» (5).

LITTERATUR

1. Devaux M. Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *Eur J Health Econ* 2015; 16: 21–33. [PubMed][CrossRef]
2. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics* 2017; 18: 19. [PubMed][CrossRef]
3. Bringedal B, Isaksson Rø K. Should a patient's socioeconomic status count in decisions about treatment in medical care? A longitudinal study of Norwegian doctors. *Scand J Public Health* 2021; 49: 14034948211033685. [PubMed][CrossRef]
4. World Medical Association-deklarasjonen.
<https://www.legeforeningen.no/om-oss/etikk/etiske-regler-koder-deklarasjoner-og-lignende/world-medical-association-deklarasjonen/> Lest 28.10.2021.

5. Bringedal B, Bærøe K, Feiring E. Social disparities in health and the physician's role: A call for clarifying the professional ethical code. *World Med J* 2011; 57: 196–8.

Publisert: 10. desember 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0771

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. mars 2026.